UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

SEMINARIO DE TÍTULO: FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMEMTARIA

ASERTIVIDAD Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN POBLACIÓN CLÍNICA, EN RIESGO Y SIN RIESGO DE PADECER UN TRASTORNO ALIMENTARIO

SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO

Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

POR
RODRIGO MANZO GÁMEZ

PROFESORAS GUÍA
LILIANA CONTRERAS Y CLAUDIA CALDERÓN

VALPARAÍSO, CHILE
MARZO DE 2005

A mi familia, y a las personas que me brindaron su interés y apoyo...

INDICE

	Pág.
LISTA DE FIGURAS	4
LISTA DE TABLAS	4
ABSTRACT	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	12
ASPECTOS GENERALES	13
MARCO TEÓRICO	20
• Concepto de Continuidad	21
• Habilidades Sociales	23
• Asertividad	32
• Habilidades sociales y Trastornos de la Alimentación	37
• Asertividad y Trastornos de la Alimentación	40
• Prevención y trastornos de la alimentación	46
• Tratamiento y trastorno de la alimentación	51
HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	54
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	55
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	64
DISCUSIÓN	70
BIBLIOGRAFÍA	77
APENDICES	
• Apéndice A: Carta de consentimiento e instrucciones para la aplicación de los instrumentos de medición	82
• Apéndice B: Test de Actitudes Alimentaria EAT – 40	84
• Apéndice C: Cuestionario para la detección y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	87
• Apéndice D: Cuestionario de Asertividad de Rathus	89
• Apéndice E: Tabla resumen de datos y resultados	92

LISTA DE FIGURAS

Nº		Pág.
1.	Modelo Evolutivo para el desarrollo de Trastornos de la Alimentación en la Adolescencia.....	45

LISTA DE TABLAS

Nº		Pág.
1.	Factores Predisponentes de los trastornos de la Alimentación.....	18
2.	Factores desencadenantes de los trastornos de la Alimentación.....	19
3.	Factores Mantenedores de los Trastornos de la Alimentación.....	19
4.	Paradigma Norteamericano y Europeo sobre Habilidades Sociales.....	24
5.	Datos correspondientes a las Variables Descriptivas de los Grupos Comparativos.....	64
6.	Medias y desviación estándar en asertividad, de los grupos Clínico y No-clínico.....	66
7.	Comparación de medias (Prueba t de Student) en asertividad de los grupos Clínico y No-clínico.....	66
8.	Medias y desviación estándar en asertividad, de los grupos Clínico, En riesgo y Sin riesgo de padecer un T. A.....	67
9.	Comparación de las medias (Prueba t de Student) en asertividad de los grupos Clínico, En riesgo y Sin riesgo de padecer un trastorno alimentario.....	67
10.	Correlación entre el riesgo de padecer un trastorno alimentario y asertividad en la totalidad de las participantes.....	69

ABSTRACT

La presente investigación explora la relación entre trastorno de la alimentación y la habilidad social conocida como *asertividad*. Esta variable será evaluada y comparada en primera instancia, entre un grupo clínico compuesto por pacientes de sexo femenino diagnosticadas según DSM - IV y un grupo no-clínico de estudiantes de sexo femenino, en segunda instancia, y luego de diferenciar en el grupo no-clínico la población en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario, según EAT - 40, la variable asertividad se evaluará y para luego ser comparada entre el grupo clínico, el grupo en riesgo y el grupo de estudiantes sin riesgo padecer un trastorno de la alimentación. Finalmente, las variables asertividad y riesgo de padecer un trastorno alimentario serán correlacionadas en el universo total de las participantes.

El resultado de la comparación de la conducta asertiva entre el grupo clínico y el no-clínico, confirma la presencia de déficits asertivos en pacientes con trastornos de la alimentación.

Por otra parte, los resultados de la evaluación de la conducta asertiva en los tres grupos, nos brinda la posibilidad de reconocer en el grupo clínico la media en asertividad más baja (7.2), seguido por el grupo en riesgo (14,5) y finalmente el grupo sin riesgo (22,4). Por otra parte, al comparar estos resultados, podemos distinguir diferencias significativas sólo al comparar las medias en asertividad entre el grupo clínico y el grupo sin riesgo de padecer un trastorno alimentario. A pesar de obtener un puntaje en asertividad superior al grupo clínico e inferior al grupo sin riesgo, el grupo en riesgo de padecer un trastorno alimentario no logra diferenciarse significativamente de los grupos comparados.

Respecto a la correlación de las variables riesgo de padecer un trastorno alimentario y asertividad, en la totalidad del universo estudiado, cabe mencionar que ésta fue inversa, pero débil (-0,266), es

decir, no significativa. Lo que implica a su vez, la imposibilidad de predecir con seguridad a partir del riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria un déficit en asertividad y viceversa.

.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La prevalencia de los trastornos de la alimentación en Chile, según un estudio realizado por la Universidad de Chile es de 0,5 a 1% de la población general, siendo las mujeres en proporción 7:1 en comparación con los hombres, por otra parte, de entre un 5% a un 15% de la población adolescentes practica conductas de riesgos que podrían originar trastornos alimentarios en el futuro.

El desarrollo de los trastornos de la alimentación es un fenómeno multicausal. En este contexto, algunos investigadores en el ámbito de la salud, han centrado su mirada en la conducta interpersonal de las pacientes con trastorno de la alimentación, con el propósito de conocer el rol y la importancia que éstas tienen en relación con la existencia del trastorno.

Al respecto, Vizcarro (1994) plantea que el déficit de habilidades sociales y asertividad, se traducirían en un riesgo adicional a la posibilidad de padecer y mantener, no tan solo un trastorno alimentario, sino un sin numero de trastornos psiquiátricos o psicológicos. Esta idea la justifica Elena Gismero (1996), quien destaca la importancia del riesgo que puede ejercer la falta de asertividad en el desarrollo de los trastornos alimentarios, entiendo que "una gran mayoría de los trastornos simples o complejos conllevan, por parte de quienes los padecen, dificultades para interaccionar adecuadamente con otras personas, por lo que es frecuente considerar el déficit en asertividad como un elemento concurrente, cuando no causal, en los trastornos de la alimentación". Otros autores, consideran además, que las personas que sufren de anorexia o bulimia nerviosa, frecuentemente se hallan en un proceso de deterioro de sus relaciones interpersonales, por lo que a su vez esto implica, un factor de agravamiento y mantenimiento del trastorno alimentario, estableciéndose un circulo vicioso y por lo tanto, la perpetuación de la existencia del trastorno (González E. y Merino B., 2000).

En el ámbito de la prevención, diversos autores coinciden en que el déficit de habilidades sociales y asertividad, se presentarían antes del desarrollo de la enfermedad, fomentando el riesgo y la prediposición, especialmente a las adolescentes dado el momento evolutivo en el que se encuentran, para el desarrollo de alguno de los trastorno de la conducta alimentaria (Morande, 1999; González y Begoña, 2000; Shisslak y col., 2000; Gismero, 2001).

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Antes que todo, la forma más eficaz de rehabilitar y prevenir de los trastornos de la alimentación a la población, parte justamente a través de estudios empíricos que demuestren la existencia de factores que favorecen (y protegen) el desarrollo de los trastornos alimentarios. Entonces, resulta pertinente estudiar la variable asertividad, dado que si bien, existen numerosos estudios que citan la presencia de dificultades interpersonales, son pocas las investigaciones que han tratado de constatar empíricamente la existencia de una posible relación entre estas dos variables. La evaluación y el conocimiento que se tiene de la relación entre asertividad y trastornos de la alimentación es un terreno incipiente en la investigación actual (Gismero, 2001).

Además, cabe mencionar que ciertos autores han llegado a considerar los déficit de asertividad y habilidades sociales como una característica propia de las pacientes que sufren de alguno de los trastornos de la alimentación (Gismero, 1996).

Desde otra perspectiva, la mayoría de las teorías contemporáneas sobre psicopatología hacen referencia a la relación existente entre determinados aspectos del funcionamiento interpersonal y diferentes desórdenes psicológicos y psiquiátricos. No obstante, existe un divorcio entre el posicionamiento conceptual o teórico y la practica clínica, ya que en gran parte del esfuerzo terapéutico, se orienta a la supresión del o de los síntomas, y no a generar un repertorio de competencias interpersonales que capacite al paciente para afrontar las situaciones que le llevaron al padecimiento de su trastorno, con nuevos recursos personales e interpersonales que eviten recidivas (Marín, 1995). Al respecto, Vizcarro (1994), plantea que ayudar al paciente a establecer un mejor ajuste social es una de las formas más eficaces de protegerlos de futuros episodios o trastornos psicopatológicos.

De hecho, Lemberg y May (1991) se refieran al valor terapéutico del aprendizaje de habilidades

sociales y de conductas asertivas, en la superación del estado psicopatológico. Estos autores, al estudiar la eficacia de distintas terapias para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosa, evaluadas desde el punto de vista del paciente, de entre un elenco variadísimo de técnicas terapéuticas, los 25 pacientes consultados percibían entre las más efectivas y que más le habían ayudado, el entrenamiento en aserción (cit. en Gismero, 2001). Dentro del mismo ámbito terapéutico, Calvo y col., (1987) al ejercer y evaluar el entrenamiento de habilidades sociales y aserción en pacientes con trastornos de la alimentación, encuentran que existe una recuperación del aislamiento social, casi en paralelo con la evolución de la asertividad; los pacientes se mostraban más seguros de sí mismos, no sumisos respecto a su ambiente, y con mayor capacidad para tomar sus propias decisiones (cit. en Gismero, 2001).

En el ámbito de la prevención, como ya hemos dicho, los factores asociados a la población en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación, resulta básico para valorar la conveniencia de establecer programas preventivos y para estimar las necesidades básicas asistenciales en esta población (Gandarillas, 2002). En este sentido, resulta relevante considerar los planteamientos de Séller – Adar, Sjostrom, Franko, Pai, Tucker, Becker y Herzog, (2002), quienes consideran que la prevención primaria sobre los trastornos de la alimentación es más adecuada cuando además de contemplar los factores específicos del trastorno, consideran aquellos factores generales asociados, como las habilidades sociales, resolución de conflictos y autoestima (cit., por Solano, 2004).

De esta manera, y en un intento por identificar la importancia de uno de los factores individuales que favorecería el desarrollo inicial y mantenimiento de los trastornos de la alimentación en un contexto educativo y clínico respectivamente, esta investigación pretende evaluar y comparar el grado de asertividad entre una muestra clínica, una muestra de estudiantes en riesgo y una muestra de estudiantes sin riesgo de padecer un trastorno alimentario. Si a partir de esta comparación,

surgen diferencias significativas y el déficit de asertividad resulta característico del grupo clínico y el grupo en riesgo, tales resultados podrían considerarse necesarios en la planificación de programas de preventivos y de rehabilitación más efectivos y específicos en sus actividades.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la relación entre asertividad y trastornos de la alimentación en un grupo clínico con trastorno de la alimentación, según criterios DSM – IV, un grupo con riesgo y un grupo sin riesgo de padecer un trastorno alimentario, según criterios EAT - 40.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la expresión de asertividad en el grupo clínico, compuesto por pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta no especificado.
- Evaluar la expresión de asertividad en el grupo no clínico compuesto por estudiantes en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación.
- Distinguir en el Grupo no Clínico, a un grupo de personas con riesgo y un grupo de personas sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación, mediante la utilización del Cuestionario EAT-40
- Comparar la expresión de asertividad entre pacientes pertenecientes al grupo clínico y estudiantes pertenecientes al grupo no clínico.
- Comparar la expresión de asertividad entre pacientes pertenecientes al grupo clínico y las estudiantes con y sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación.
- Describir la relación entre asertividad y riesgo de padecer un trastorno de la alimentación en el universo total de las participantes.

ANTECEDENTES GENERALES

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Según el DSM - IV, los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Estos incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Además, se utiliza la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico. Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, SEGÚN DSM - IV

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ejemplo, con la administración de estrógenos.)

Será necesario especificar el tipo: Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

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

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio,

al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Será necesario especificar el tipo: Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

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 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación

del vómito después de haber comido 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.

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de la alimentación (según DSM - IV) abarcan el 1 a 3% de la población femenina y 5 a 10% padece algunos o muchos síntomas. Lucas y col. (1991) establecen que la anorexia es 10 veces más frecuentes en mujeres que en hombres, además, descubrieron que la anorexia nerviosa constituye la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes (cit. por Stewart A. 2000). La prevalencia de la bulimia nerviosa es mayor que de la anorexia, se ha detectado hasta en un 3% de las mujeres jóvenes. Al igual que la anorexia es más frecuente en mujeres, pero su inicio es más tardío, ya que puede ocurrir en la adultez.

Con respecto a la bulimia, la prevalencia entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.

CURSO Y PRONOSTICO

El curso de la anorexia nerviosa es muy variable; remisiones espontáneas sin tratamiento, curso fluctuante de aumento de peso seguido de recaídas, deterioro gradual hasta la muerte debido a las complicaciones de la emaciación. En general, el pronostico no es bueno. Los estudios señalan unas tasas de mortalidad entre el 5% y el 18%. Los indicadores de pronostico favorable son: que el paciente sea capaz de reconocer que pasa hambre, una menor negación e inmadurez, y una mayor autoestima. Factores tales como neuroticismo infantil, conflictos paténtales, bulimia

nerviosa, vómitos, uso de laxantes, se han relacionado con un pronostico desfavorable en algunos estudios, pero no en otros (Kaplan, 2000).

Se sabe poco del pronostico de la bulimia nerviosa a largo plazo, y a corto plazo es variable. Parece tener un mejor pronostico que la anorexia. El pronostico depende de la gravedad de las secuelas de las conductas purgativas, en algunos casos de bulimia nerviosa que no han recibido tratamiento, se producen remisiones espontáneas en uno o dos años (Kaplan, 2000).

Entre las pacientes que reciben tratamiento, (ambos cuadros en general) incluso en los casos más favorables, éste rara vez dura menos de 2 a 3 años. El porcentaje de pacientes que se recuperan totalmente se sitúa alrededor del 50%, un 20% aproximadamente quedan con problemas residuales (control permanente de la dieta, alteraciones de la imagen corporal) y el 30% sigue un curso crónico (Salorio, 1997).

LA ANOREXIA NERVIOSA Y SU MULTIDETERMINACIÓN

La explicación que se le otorga a la etiología de los trastornos alimentarios, puede entenderse desde variadas perspectivas, dependiendo del énfasis que se le otorga a los diferentes ámbitos de riesgo. A partir de esta variedad de explicaciones, se ha generado la creación de un consenso en el sentido de entender a la etiología de tales trastornos como un fenómeno multifactorial, es decir, "que el riesgo nace de una combinación de factores específicos de riesgo (es decir propios de la enfermedad) y factores de riesgo generales (relacionados con una serie de trastornos), que la exposición al riesgo ocurre en ambientes variados (por ejemplo la familia, la escuela, los grupos pares), que la fuerza o poder de los factores deriva en parte del momento evolutivo en que ocurren, y que el riesgo es acumulativo (cuanto más factores de riego se experimentan, mayores son las posibilidades de desarrollar un trastorno alimentario" (Striengel R., Steiner C., 2000).

De tal forma, uno de los modelos etiopatogénicos más ampliamente aceptado y utilizado, como alternativa a aquellos que distinguen entre factores de vulnerabilidad o de riesgo y factores de cronicidad o mal pronostico, es el que divide los factores en predisponentes, precipitantes o desencadenantes y mantenedores. Los **factores predisponentes** son aquellas características biológicas, individuales, familiares y socioculturales que hacen que quien las posee sea más sensible a desarrollar estas patologías y no otras. Las personas que presentan algunos de estos factores, pueden llegar a tener actitudes anormales respecto a la dieta, el peso y la figura, de tal forma que, probablemente, ante la presencia de un **factor precipitante o desencadenante**, desarrollarán un trastorno de la alimentación. Por ultimo, los **factores de mantenimiento** que pueden ser equiparados con los factores de cronificación o de mal pronostico, limitan la recuperación y potencian el estado patológico.

A continuación se presentaran 3 tablas comparativas en relación a factores predisponentes (tabla 1), desencadenantes (tabla 2) y mantención (tabla 3) según Chinchilla (1995), Morandé (1999) y Toro & Vilardell (1987) (cit. por González L., y col. 2002):

Factores Predisponentes (Tabla 1)

Morandé (1999)	**Chinchilla (1995)**	**Toro y Vilardell (1987)**
Predisposición genética Obesidad premórbida Enfermedad crónica infantil Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil Familia muy sensible a las apariencias Perfeccionismo Aceptación de las normas sociales Aparente autonomía	Predisposición genética Sexo femenino Clase media alta Dependencia parental Identidad personal incompleta Disminución de la actividad sexual Dificultad para ser independiente Déficit en pensamiento conceptuales y razonamiento abstracto Periodos de negativismo	Factores genéticos Etapa adolescente Sexo femenino Trastorno afectivo Introversión / inestabilidad Obesidad Nivel social medio / alto Familiares con trastorno afectivo Familiares con adiciones Familiares con trastornos de la ingesta Obesidad materna Valores estéticos dominantes

Tabla 1: Factores Predisponentes de los trastornos de la alimentación

Factores desencadenantes (Tabla 2)

Morandé (1999)	**Chinchilla (1995)**	**Toro y Vilardell (1987)**
Ayuno o dieta adelgazante Vómitos autoinducidos Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso Ejercicio físico excesivo Enfermedad física con baja de peso Subida significativa de peso Malestar o insatisfacción emocional Pérdida amorosa Ruptura con amigos Cambio de ciclo escolar o colegio Agresión física o sexual Separación de la familia Conflictos de los padres Enfermedad o muerte de familiar	Alteraciones neuroendocrinas Mediadores en conflictos familiares Familia sobre protectora Matrimonio Muerte de padre Dieta	Cambios corporales Separación y pérdidas Ruptura conyugal del padre Contactos sexuales Incremento rápido de peso Críticas sobre el cuerpo Enfermedad adelgazante Traumatismo desfigurador Incremento en la actividad física Acontecimientos vitales

Tabla 2: Factores desencadenantes de los trastornos de la alimentación

Factores Mantenedores (Tabla 3)

Morandé (1999)	**Chinchilla (1995)**	**Toro y Vilardell (1987)**
Ayuno o dieta adelgazante Ayuno - desnutrición Vómito como purgación Uso masivo de laxantes Ejercicio físico compulsivo Pérdida sostenida de peso Digestiones lentas Desaparición del hambre Ausencia o negación de fatiga Estudios o trabajos compulsivos Terror a subir de peso Obsesión de adelgazar Disociación mental Distorsión de la imagen corporal Negación de la enfermedad Interacción familiar ante enfermedad Aislamiento social Consumo de drogas Omnipotencia Refuerzo social por bajar de peso	Alteraciones hormonales Autoexigencia profesional Responsables y vigilantes de obligaciones Dificultad para expresar con palabras afectos y emociones Influencia externa en actitudes hacia la comida Reducción de carbohidratos y grasas Hiperactividad Pensamientos recurrentes hacia la comida Amplios cambios de humor Ambivalencia ante trastorno	Cambios corporales Consecuencias de la inanición Interacción familiar Aislamiento social Cogniciones anoréxicas Actividad física excesiva

Tabla 3: Factores Mantenedores de los Trastornos de la Alimentación

MARCO TEÓRICO

"...Christa había hablado de sus grandes dificultades en sus relaciones con los demás,...Ella dijo: También mejoré en ese sentido. Sigo siendo algo tímida y me pongo ansiosa cuando hay demasiada cercanía en las relaciones...Estoy haciendo progresos por etapas, pero no se puede ir demasiado rápidamente. Caso contrario, pierdo el control y reacciono con mi cuerpo." (Stierlin y Weber, 1997)

Dado que el objetivo de esta investigación es conocer la relación de la asertividad en grupos diferenciados conforme su gravedad hacia el trastorno alimentario (grupos clínico, en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación), y que representan momentos distintos en el continuo salud – enfermedad de los trastornos psicopatologicos, en esta sección se ahondara en: a) definir y conocer el concepto de continuidad aplicado al ámbito de los trastornos de la alimentación, b) definir los conceptos de habilidades sociales y asertividad, c) presentar aquellos antecedentes que vinculan habilidades sociales y asertividad, con los trastornos alimentarios y grupos en riesgo de padecer esta patología d) realizar una aproximación al ámbito de la prevención de los trastornos alimentarios y e) conocer algunas perspectiva que abordan el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos alimentarios.

CONCEPTO DE CONTINUIDAD SALUD - ENFERMEDAD

El concepto de continuidad salud-enfermedad surge desde la perspectiva psicosocial propuesta por Engel (1982) y Schawrtz (1982). Desde este enfoque, se concibe el fenómeno de salud y enfermedad como un proceso dinámico, en el que los polos son justamente la salud y la enfermedad, hallándose estados intermedios donde el individuo pasa de un estado a otro, repetidamente, a lo largo de su vida.

Consecuentemente, a partir de esta perspectiva surge una alternativa diagnostica a la utilizada por la concepción medica, que requiere el establecimiento de diagnósticos dicotómicos entre la población clínica y no clínica. En este sentido, la idea de continuidad plantea que la existencia de los síntomas claves de los trastornos de la alimentación ocurren en un continuo de gravedad diversa (Striengel-Moore y Steinder-Adair, 2000), o desde otra mirada, nos permite entender la evolución de los síntomas que caracterizan a un trastorno alimentario desde conductas transitorias leves hasta entidades clínicas mayores bien definidas (Gandarillas, 2002).

En nuestra revisión bibliografica no se pudo encontrar alguna investigación que abordara la relación entre asertividad y trastorno de la alimentación desde la perspectiva de la continuidad del trastorno alimentario. Sin embargo, como antecedentes de interpretación sobre la continuidad de los síntomas propios de los trastornos de la alimentación hay algunos autores que abordan este tema. Walters y Kendler, (1995) al comparar mujeres que presentaban todos los signos del síndrome de anorexia nerviosa y mujeres que tenían todos excepto la amenorrea, revelaron que sólo 3 de los 17 factores de riesgo estudiados se diferenciaban en el síndrome total del parcial de anorexia nerviosa. Estos autores concluyen *que existe un continuo etiológico de impacto para los factores de riesgo en toda la gama de conductas similares a la anorexia nerviosa*. De igual modo, algunos estudios, sugieren que los mismos factores que influyen en el riesgo en el caso de

la bulimia nerviosa hacen lo propio pero en menor gravedad con síndromes incompletos de la bulimia (Garfinkel, 1995., cit. por Striengel-Moore y Steinder-Adair, 2000). Finalmente, Solano (2004), plantea que los individuos con síndrome parciales suelen presentar las mismas conductas respecto de la comida que quienes sufren síndromes completos, pero con un nivel de menor frecuncia y gravedad.

En este estudio, los grupos comparativos que se han formado, ha sido justamente asumiendo la concepción de la continuidad salud – enfermedad respecto a la gravedad de los síntomas propios de los trastornos de la alimentación, es decir un grupo sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación, un grupo en riesgo de padecer un trastorno alimentario y un grupo clínico de pacientes con el trastorno propiamente tal.

En consecuencia, la utilidad de una mirada más flexible respecto al diagnostico, nos permite optar por una mayor discriminación de grupos en distintas etapas en el continuo salud – enfermedad del trastorno alimentario, lo cual significa, un conocimiento mayor de las características propias de estos grupos y la consecuente elaboración de intervenciones más adecuadas.

HABILIDADES SOCIALES (HHSS)

Antecedentes Históricos de las HHSS

Los orígenes históricos, las bases teóricas y conceptuales del que denomina "enfoque de las habilidades sociales" se centran en dos focos con ubicación geográfica y características diferentes (García y Gil., 1995). Por una parte, en Norteamérica, en los años 20, Thorndike y otros autores realizan trabajos bajo la etiqueta de "inteligencia social", termino que refería a las capacidades necesarias para comprender a los demás y relacionarse con ellos. En la década de los 30 se realizan los primeros estudios sobre socialización infantil (que incluyen comportamientos que más tarde serían denominados "asertivos"), así como una serie de trabajos referidos a la incompetencia social producida por la deficiencia mental. En los años 40 y 50 surgen dos obras importantes (Salter, 1949; Wolpe, 1958) en las que se proponen métodos de aprendizaje de respuestas (denominadas conductas de "autoexpresión" y/o "asertivas") incompatibles con respuestas desadaptadas (relacionadas con la ansiedad, depresión, etc.), (Caballo, 1993). En los años `70, Alberti y Emmons dieron nuevos impulsos a la investigación a través de publicaciones dedicadas al tema de la Asertividad, término que en ese tiempo fue confundido con el de habilidades sociales. Fue en esta época cuando el concepto de "Habilidades Sociales" empezó a tomar fuerza como sustituto del concepto "Conducta Asertiva" ambos términos fueron utilizados en un mismo sentido por bastante tiempo (Baeriswyl, 2001).

Dentro del enfoque norteamericano son los modelos de "asertividad" y "cognitivo" los que cobran mayor relevancia e identifican el desarrollo del enfoque de las habilidades sociales en el país del norte.

Con respecto al otro punto de origen, Europa, cabe señalar que, con algunos precedentes en los

años 40, no es hasta los años 60 cuando el tema cobra especial relevancia, a raíz de la aplicación en el ámbito industrial del enfoque del procesamiento de información (tomando como analogía la relación hombre-máquina se aplica a la relación hombre-hombre, bajo la etiqueta de "habilidad social") (Caballo, 1993). Este enfoque se encuentra centrado principalmente hacia la psicología social, además se destacan los modelos de la "percepción social", del "aprendizaje social" y la "teoría de roles", como teorías que otorgan el sustento conceptual para el desarrollo del enfoque de las habilidades sociales en Europa.

Ahora bien, esta evolución marcó importantes diferencias entre los dos polos de desarrollo, diferencias que se recogen, de forma resumida, en la siguiente tabla:

Paradigma Norteamericano	**Paradigma Europeo**
Enfoque: Centrado en la psicología clínica y en el consejo psicológico. **Énfasis**: Asertividad. **Evaluación**: Empleo predominante de medidas de auto-informe. **Aplicación**: Pacientes psiquiátricos. **Críticas**: Metodológicas y practicas. **Contexto de intervención:** Consideración de variables situacionales.	**Enfoque**: Centrado en la psicología social e industrial **Énfasis**: Formación de amistades y atracción interpersonal. **Evaluación**: Empleo predominante de medidas conductuales. **Aplicación**: Ambiente laboral/social. **Críticas**: Teóricas y conceptuales. **Contexto de intervención:** Consideraciones de variables situacionales y culturales.

Tabla 4: Paradigma Norteamericano y Europeo sobre Habilidades Sociales. Furnham, 1985; cit. por García y Gil, 1995.

La diferencia entre estas dos perspectiva, con todo, no es radical. Muchos psicólogos norteamericanos, por ejemplo, trabajan en el campo de las habilidades heterosexuales (Caballo, 2002).

De todas formas, es a partir de los años sesenta cuando la expresión de "habilidades sociales" empieza a utilizarse como sustituta de la "conducta asertiva", y esta ultima queda englobada en la primera al irse ampliando el concepto (Gismero, 1996).

Concepto de Habilidad Social

El problema de definir de manera unitaria qué es una conducta socialmente habilidosa en términos concretos y específicos es prácticamente irresoluble, puesto que esta va a depender del contexto cultural en el cual se desarrolle, y aun dentro de una misma cultura, de la educación, el estatus social, la edad o el sexo (caballo, 2002). Además, hay muchas variables personales y situacionales que hacen que una conducta apropiada en una situación no lo sean en otra. Sin embargo, aunque no puede, haber criterios absolutos, una conducta socialmente habilidosa sería la que posibilitara a un individuo relacionarse adecuadamente con las personas su entorno (Gismero, 1996). En general, se espera que la conducta socialmente habilidosa produzca reforzamiento positivo más a menudo que castigo, además, a nivel clínico es importante considerar y evaluar tanto lo que hace la gente como las reacciones que su conducta provoca en los demás.

Seguidamente, expondremos una serie de definiciones de habilidad social, todas tomadas de la excelente recopilación que realiza Vicente Caballo (2002), en su Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales:

a. La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimiento (Rimm, 1974).
b. La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una perdida del reforzamiento social (Hersen y Bellack, 1997).
c. La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás (Alberti y Emmons, 1978)
d. El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga

los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, con los demás en un intercambio libre y directo (Phillips, 1978).

e. Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo (Hargie, Saunders y Dickson, 1981).

f. Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos e las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente (Kelly, 1982).

En estas definiciones, es posible apreciar que mientras algunas resaltan el contenido, otras consideran fundamental las consecuencias. El contenido se refiere principalmente a la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos, deseos, etc.) mientras que las consecuencias aluden principalmente al refuerzo social. En opinión de Caballo, resulta necesario para realizar una adecuada conceptualización de la conducta hábil socialmente, considerar tanto el contenido, como las consecuencias, ya que, según este autor, *el fin no justifica los medios*. Además, resulta necesario considerar la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental). En este sentido, y considerando los aspectos anteriormente señalados, es posible definir la conducta socialmente hábil, como *comportamientos de carácter verbal y no verbal que incluyen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas, que acrecientan con seguridad el reforzamiento social. Son de naturaleza reciproca y suponen una correspondencia efectiva y apropiada, dadas e influidas por el medio* (Michelson, 1987., cit. Por Rosentreter, 1996).

Modelos Teórico Y HHSS

No existen datos definitivos sobre cómo y cuando se adquieren las habilidades sociales, pero la niñez es sin duda un periodo critico. Al respecto, se ha planteado de que las personas nacen con un sesgo temperamental y que su manifestación conductual se relaciona con un sesgo fisiológico heredado que podría mediar la forma de responder (Morrison, 1990. cit. por Caballo, 2002). De este modo, las primeras experiencias de aprendizaje podrían interactuar con predisposiciones biológicas para determinar ciertos patrones relativamente consistentes de funcionamiento social.

Sin embargo, aunque la influencia de la predisposición biológica pueda ser un elemento básico de la conducta social, es probable que, en la mayoría de las personas, el desarrollo de las HHSS dependa principalmente de la maduración y de las experiencias de aprendizaje. Al respecto Buck (1991), propone que la competencia social de un adulto esta relacionada con factores temperamentales, pero principalmente con la experiencia en una situación determinada y que el grado de esta relación varia según la situación. Cuando más experiencia tenga el individuo de una situación, más dependerá su conducta social de lo que el individuo ha aprendido a hacer en esa situación y menor será la contribución aparente del temperamento. Por lo que cuando más experiencia tenga un individuo en una situación determinada, el temperamento no será un elemento predictor de su conducta (cit. por Caballo, 2002).

Belleck y Morrison (1982), postulan que una de las explicaciones más aceptables para el aprendizaje de las HHSS la ofrece la teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura. Desde esta perspectiva, se plantea que el desarrollo social responde a la interacción de múltiples factores (ambientales, individuales y conductuales) que permiten el aprendizaje del comportamiento social. Entonces, el comportamiento interpersonal se aprende por asociación, modelado y por aprendizaje instrumental, siendo fundamental el refuerzo social tanto para la

adquisición como para la mantención de la conducta interpersonal (cit, por Baeriswyl, 2001).

Las capacidades cognitivas, parecen ser procedimientos implicados en la adquisición de las HHSS. Desde este modelo cognitvo, Spivack y Shure (1979), proponen que los procesos cognitivos internos están mediando las habilidades sociales, concepto al que llaman *habilidades sociocognitivas*. Dentro de éstas, se describe la habilidad de resolución de problemas interpersonales y la relación de causalidad de los hechos (locus de control). Desde esta perspectiva, se definen las habilidades sociales como, "la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas" (cit, por Abarca e Hidalgo, 1992).

Garcia y Gil (1995), recopilar los aspectos más relevantes de los modelos anteriormente expuestos, y proponen un modelo interactivo, en el que participan los siguientes componentes:

- Comportamientos manifiestos: Refiere a la capacidad e actuación que se manifiesta en situaciones de interacción social, tales capacidades pueden enseñarse y/o mejorarse a través de experiencias de aprendizaje.
- Orientación a objetivos: Se trata de aquellos comportamientos orientados a la obtención de distintos objetivos o refuerzos del entorno o personales. Estos comportamientos han de estar bajo control de los sujetos, y deben realizarse teniendo en cuenta, tanto a los demás, como el contexto social en el que acontecen.
- Especificidad situacional: Los sujetos han de adecuar su comportamiento en función de sus objetivos y de las experiencias de la situación, lo cual requiere poseer y utilizar un repertorio conductual variado, y evitar el empleo de patrones de comportamiento rígidos o estilos uniformes.
- Componentes de las Habilidades: Estos pueden ser considerados a distintos niveles, en

función del grado de inferencia y nivel de análisis que se adopte: nivel molar (por ejemplo, habilidad de autoafirmación), nivel intermedio (por ejemplo, hacer una reclamación) y nivel molecular (por ejemplo, establecer contacto ocular). Además, las HHSS comprenden tanto, componentes conductuales, como cognitivos y su exhibición implica la combinación adecuada de sus distintos componentes.

Por otra parte, las HHSS pueden perderse por la falta de uso, después de largos períodos de aislamiento; además, la actuación social también puede ser inhibida u obstaculizada por perturbaciones cognitivas y afectivas (ansiedad y depresión) (Caballo, 2002). Sobre este tema, y por el interés que tiene esta investigación en conocer el posible déficit en aquellas personas con desordenes en sus hábitos alimentarios, se describirán algunos de los modelos que explican desde su perspectiva y de manera parcial el déficit de HHSS:

Modelos asociados al déficit de HHSS

- Modelo de déficit en HHSS

Este modelo plantea que el déficit en esta área se debería a que la persona no ha adquirido el suficiente aprendizaje de los componentes motores, verbales y no verbales necesarios para desenvolverse socialmente en forma adecuada. La persona carece de un repertorio conductual y/o usa respuestas inadecuadas (Curran, 1979, cit. por Passi y Torres, 1991).

- □□□□□Modelo de inhibición de respuesta por procesos de ansiedad

Este modelo plantea que la persona tiene las HHSS necesarias para dar su respuesta, pero que están inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada a las situaciones sociales. Altos

niveles de ansiedad condicionada bloquean la expresión de la conducta asertiva (Riso, 1988, cit. por Abarca e Hidalgo, 1992).

- Modelo de inhibición mediatizada

Este modelo plantea que se trataría de una inhibición mediada por diversos procesos cognitivos; evaluaciones cognoscitivas distorsionadas, autoverbalizaciones negativas e inhibitorias, autoinstrucciones inadecuadas, estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación, expectativas y creencias irracionales (Hidalgo y Abarca, 1992). Por ejemplo, una persona puede estar influenciada por una idea irracional del tipo "Mi valor como persona depende de lo que otros piensen de mí", en este caso, cada una de las interacciones con otras personas será un verdadero examen crucial en el que la persona deberá colocarse a prueba (González, 1986). Los procesos cognitivos con los que se evalúa la propia conducta y la de los demás sería el principal factor causal del origen de los déficit en las habilidades sociales (Juri y Molina, 1982).

- Modelo de percepción social

Este modelo atribuye la falta de habilidades sociales a dificultades en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento social es adecuado o no. "La persona debe tener un conocimiento no sólo de la respuesta adecuada, sino también de cómo y cuándo esa conducta puede emitirse. Es una habilidad de leer el ambiente social. Esta habilidad se denomina percepción social. La persona con una buena percepción social ha aprendido a interpretar adecuadamente las señales y mensajes del emisor" (Argyle, 1978, cit. por Abarca y hidalgo, 1992).

Por si solo, ninguno de estos modelos explica en forma cabal las dificultades que se presentan en las relaciones interpersonales. Por este motivo se le han hecho diversas críticas a estos modelos en el sentido de que la comprensión del déficit de habilidades sociales requiere una explicación de multicausalidad que permita integrar los pensamientos, acciones y sentimientos de las personas.

Finalmente, cabe mencionar que muchos autores utilizan el concepto de habilidad social como sinónimo del concepto de asertividad. En esta investigación se considerará ambos conceptos de manera diferenciada. Ya que, siguiendo los planteamientos de Abarca e Hidalgo (1992), la asertividad debe ser considerada como un ámbito de las habilidades sociales y no como sinónimos, ya que la asertividad se conceptualiza como un subconjunto de habilidades conductuales sociales que permiten obtener ciertos objetivos sociales especialmente en situaciones que implican rechazo, negociación y peligro de consecuencias negativas.

ASERTIVIDAD

Antecedentes Históricos

El concepto de asertividad es un constructo multidimensional que se compone de factores que interactúan en el individuo y dentro de un contexto social. Para Vicente Caballo (2002), la asertividad se refiere a "un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal. La persona en este ámbito expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás y generalmente permite al sujeto resolver los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas".

En sus orígenes la idea de asertividad se tomo como sinónimo del concepto de habilidades sociales. De igual forma, ambos conceptos fueron desarrollados, en principio por los autores Andrew Salter y Joseph Wolpe.

Andrew Salter en la década de los 50 y Joseph Wolpe en la década de los 60, utilizan y desarrollan al igual que el concepto de habilidades sociales, la idea de "asertividad", destacando la importancia de la expresión emocional para considerar aspectos de la efectividad personal, junto con la responsabilidad y respeto por otras personas.

Salter afirma, desde el punto de vista psicológico que la expresión emocional es un equivalente conductual del proceso excitatorio (fisiológico). Este autor, veía la asertividad como un rasgo de la personalidad ampliamente generalizado; el planteo que las personas "no asertivas" desarrollan "personalidades inhibitorias" que aprenden a través de una historia de condicionamiento clásico en la presencia de otras personas (Cornejo M., Baranda B., 1983).

Wolpe, basándose en los trabajos de Salter, señala que la conducta asertiva "se refiere, no sólo a

una conducta más o menos agresiva, sino a la expresión abierta de amistad, afecto y otros sentimientos no ansiosos (Wolpe 1958, cit. por Cornejo & Baranda, 1983)".

Wolpe (1966), ya en la década de los 70 plantea otra definición de conducta asertiva, "en ésta señala a la expresión de rabia y el resentimiento como las respuestas asertivas más comunes, pero agrega que él termino de conducta asertiva va más allá e implica también las expresiones socialmente aceptables de los propios derechos y sentimientos. Esta nueva idea de defensa de los derechos personales, se debe en gran parte al aporte de Lazarus en la definición de la conducta asertiva (Wolpe y Lazarus, 1966., cit por Caballo, 2002). Al concebir estos derechos personales, se amplio el concepto de asertividad a la expresión social no sólo de las emociones, sino también de ideas, opiniones, etc.

Wolpe (1973) en un intento por clasificar los distintos estilos de conducta interpersonal, identifica y define los estilos Agresivo, Pasivo y Asertivo (Marín, 1995):

- **Estilo agresivo:** por ejemplo, una pelea, la acusación y la amenaza. Todas aquellas conductas que signifiquen agredir física o moralmente a los demás sin tener en cuenta sus sentimientos. Ventajas: la gente no pisa a la persona agresiva. Desventajas: nadie quiere acercarse a ella
- **Estilo pasivo:** una persona actúa de forma pasiva cuando permite que los demás la pisen, cuando no defiende sus intereses y derechos personales y cuando hace todo lo que los demás le dicen si importar lo que ella misma piensa y siente al respecto. Ventajas: raramente es rechazado. Desventajas: los demás se aprovechan de la persona y ésta acumula resentimiento e irritación.
- **Estilo asertivo:** Una persona es asertiva cuando defiende sus propios intereses y derechos, expresa libremente sus opiniones y no permite que se aprovechen de ella.

De igual forma, estableció la diferencia entre oposición y aceptación asertiva, indicando los componentes de cada una de ellas:

- **Oposición asertiva**: es una respuesta apropiada a la situación, mediante la cual el individuo se opone o rechaza la conducta o comentarios inaceptables de los interlocutores.
- **Aceptación asertiva**: es la habilidad de un individuo para trasmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demás cuando la conducta positiva de éstos lo justifique.

Por ultimo, Wolpe desarrollo una nueva modalidad terapéutica llamada "Entrenamiento Asertivo", que tenía como objetivo facilitar y desinhibir conductas expresivas en personas que sufren de ansiedad social, y por otra parte, enseñar un repertorio conductual adecuado a los sujetos con déficit de habilidades asertivas (Caballo, 2002).

En esta misma época, Alberti y Emmons en 1970, ponen especial énfasis en la defensa de los derechos personales, planteando enfáticamente que la asertividad "es una conducta que capacita a una persona para actuar de acuerdo a sus propios intereses, sin ansiedad excesiva, y expresar sentimientos honestos de un modo confortable, o ejercitar sus derechos personales sin violar los derechos de los demás" (cit. por Cornejo y baranda, 1983 p. 10).

Uno de los teóricos que contribuyen con una visión más renovada, en la década de los setenta - ochenta al estudio de la conducta asertiva es A. Lazarus. Dicho autor plantea un concepto más global y amplio que el constructo de asertividad, pero de origen similar a éste, que él titula "libertad emocional". Según este autor, la libertad emocional puede entenderse como "el reconocimiento y la manifestación adecuada de cada estado afectivo... incluyendo los matices de amor y aprecio, empatía y compasión, admiración y aprecio, curiosidad e interés, como también ira, temor, tristeza..." (Cornejo y Baranda, 1983). El aporte más importante en cuanto al concepto de asertividad, es su énfasis en la expresión de emociones positivas y de conductas de acercamiento positivo a otras personas. Hasta ahora, se había puesto mucho énfasis en enseñar a

las personas que tenían que defenderse, atacar o contradecir, como una manera de ser más asertivas en las relaciones sociales.

Fensterheim en 1975 define la asertividad como "la acción de mostrarse uno mismo, de afirmarse". Este autor otorga mucha importancia a la autoestima, dándole especial relevancia al respeto que se tiene cada persona a sí misma (Baeriswyl, 2001).

Seligman y Kelley en 1979, siguiendo la misma línea que Fensterheim, ponen el acento en la autoafirmación, definen la asertividad como "la habilidad referida a desarrollar la autoestima y la autoconfianza, es decir, una persona asertiva respetaría su propia individualidad comunicándose abierta y francamente con los otros, creería básicamente en sí misma y al ser criticada, podría responder sin agredir, pues la crítica no cuestiona su autoestima" (Baeriswyl, 2001).

Concepto de Asertividad

En la década de los noventa, Olga Castenyer, psicóloga española, afirma que la asertividad está estrechamente ligada a la autoestima y la define como la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular ni manipular a los demás. Para esta psicóloga la persona asertiva se caracteriza por conocer sus derechos y defenderlos, pero respetando a los demás, pretendiendo llegar a un acuerdo. Su ***comportamiento externo*** se caracteriza por un hablar fluido, con seguridad, presentando contacto ocular directo, relajación muscular y comodidad postural. Además, la persona asertiva expresa sentimientos tanto positivos como negativos, se defiende sin agresión, con honestidad, capacidad para decir que "no" y aceptar sus propios errores. En cuanto a los ***patrones de pensamiento*** las personas asertivas conocen y creen en sus derechos, pero también respetan los de aquellos que los rodean. Además, sus convicciones en su mayoría son "racionales". En este último aspecto alude a las creencias irracionales planteadas por Ellis, pues

esta autora señala que las creencias irracionales muchas veces llevan a las personas a comportarse de manera agresiva o de forma no asertiva. Finalmente, agrega que la persona asertiva presenta en su ***emocionalidad*** una alta autoestima, mantiene relaciones satisfactorias, respeto por si mismo y control emocional (Baeriswyl, 2001).

En resumen, la conducta asertiva puede ser entendida como un conjunto de habilidades aprendidas que un individuo pone en juego en una situación interpersonal, habilidades que son especificas, y que se manifiestan o no en una situación dada, en función de variables personales, factores de ambiente y la interacción entre ambos. Una conceptualización adecuada de la conducta asertiva implica la especificación de tres componentes: una dimensión conductual, una dimensión personal y una dimensión situacional dentro de un contexto cultural o subcultural.

Al respecto, Abarca e Hidalgo (1992) definen a partir de estas tres dimensiones el concepto de asertividad de la siguiente manera:

1. Dimensión conductual.
    - Defensa de los propios derechos
    - Rehusar peticiones
    - Dar y recibir cumplidos
    - Iniciar, mantener y finalizar una conversación
    - Expresión de afectos positivos y negativos
    - Expresión de afectos personales
2. Dimensión Personal: esto apunta a que la situación social necesariamente implica el relacionarse con otras personas que cumplen diferentes roles y es la percepción clara de estos roles la que define que las conductas sean consideradas adecuadas o no a la relación interpersonal.

3. Dimensión Situacional: se refiere tanto al ambiente físico como también al contexto que acompaña a una relación interpersonal y que debe ser considerado para el logro de una interacción adecuada. Este punto tiene mucho que ver con las normas, valores y creencias sociales, ya que, son estos los que participan en la formación de los diferentes contextos sociales.

CONDUCTA SOCIAL, HABILIDADES SOCIALES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Primeramente cabe mencionar, que el estudio de la conducta social en el ámbito de los trastornos de la alimentación, se ha llevado a cabo generalmente, empleando terminologías y constructos diferentes, como por ejemplo: alteraciones interpersonales, desconfianza interpersonal, introversión social, aislamiento social, déficit comunicativos, falta de asertividad, etc., sin embargo, esta diversidad de términos utilizados hacen referencia de manera común, según lo planteado por García y Gil (1995), describir en esta población clínica una incapacidad para relacionarse eficaz o hábilmente con los demás.

Por ejemplo, Selvini - Palazzoli (1978), logra discriminar en las pacientes anoréxicas sentimientos de desconfianza interpersonal, los que reflejaría una sensación de alienación y de repugnancia general para establecer relaciones cercanas...además de una incapacidad para establecer vínculos, o para sentirse a gusto para expresar las propias emociones (cit. por Enguix, 1995). González y col. (2002), plantean que las relaciones que mantienen las pacientes anoréxicas suelen verse gravemente afectadas por la restricción emocional que presentan, la que se caracteriza por una dificultad para identificar y expresar sus emociones, todo esto trae como consecuencia una dificultad para el desarrollo de relaciones de pareja duraderas y estables, debido a que son

incapaces de establecer vínculos íntimos.

Por otra parte, la conducta socialmente deficitaria existentes en pacientes que sufren de alguno de los trastornos de la alimentación, ha sido identificada por algunos autores (Fernández, 1994; Morande, 1999; Gismero, 2001), como una característica o factor que favorece el mantenimiento del trastorno. El aislamiento social, la incapacidad para resolver problemas interpersonales, la dificultad para expresar desacuerdos, etc. y el hecho final de no poder establecer relaciones interpersonales gratificantes, favorecen legítimamente la mantención y duración del trastorno (González y col., 2002) .

La conducta socialmente deficitaria característica de estas pacientes, puede ser entendida a partir de la teoría de la insatisfacción corporal. En este sentido, Elber y Col., (2003), proponen que la restricción de la conducta social y el déficit de habilidades necesarias para establecer relaciones sociales gratificantes, guarda relación con la insatisfacción corporal, y específicamente con la percepción de tener sobre peso. Las preocupaciones corporales y la apariencia física, se traducen en un miedo a ser humilladas y calificadas como poco atractivas, por lo que estas pacientes tienden a aislarse del contacto con los demás. En esta misma línea, Caballo (1998) considera en estas pacientes que a partir de la insatisfacción con el propio cuerpo, surgirían cambios conductuales, tales como la restricción de la socialización y la evitación de la intimidad sexual, provenientes de la creencia de que la figura corporal propia no es atractiva.

Desde otra perspectiva, González E. y Merino B., (2000)., plantean que esta conducta socialmente deficitaria que conlleva un déficit de habilidades sociales, podría hallarse previa a la aparición del trastorno alimentario, y se explicaría por aquellas dinámicas familiares que fomentan, la escasa comunicación entre los miembros de la familia, la incapacidad para resolver los conflictos y de las escasas oportunidades para lograr la individuación del sujeto a través de la sobreprotección familiar. Behar (1990), considera que los agentes socializadores se encargan de educar desde

temprana edad a las mujeres para que internalicen conductas como la pasividad y dependencia, mientras que comportamientos como la independencia y la asertividad son poco estimulados. Como parte de esta socialización, la mujer aprende a suprimir sus necesidades en beneficio de la satisfacción de otros.

A continuación, se presentan algunas investigaciones de carácter empírico que abordan el tema de las habilidades social en estas pacientes.

Fernández F. (1996) psicólogo español, plantea que pacientes anoréxicas, desarrollan escasas habilidades sociales, lo que les impide establecer adecuadas redes de apoyo, necesarias para el afrontamiento de situaciones conflictivas. A su vez, "las anoréxicas muestran tanto insatisfacciones y déficit en el área social e interpersonal, como un aislamiento social frecuente, hecho que se ha observado igualmente en pacientes con bulimia nerviosa".

El propio Fernández (1993), utilizando un diseño de línea base múltiple en 5 pacientes con anorexia nerviosa, identificó de forma experimental la existencia de déficit comunicativos y conversacionales en este tipo de pacientes, que justifican sus relaciones sociales deficitarias (Fernández, 1996).

Morey y Kurtz (1995) en una revisión de 32 estudios publicados desde 1980, buscaron datos que pudieran aportar desde el MMPI sobre mujeres anoréxicas, bulímicas y obesas. Estos autores hallaron que, como grupo, el perfil de las anoréxicas sugería personas con "autoestima pobre, afecto depresivo, y retirada de los contactos sociales", así como que las anoréxicas mostraban "mayor introversión social que las bulímicas" (Cit. por Gismero, 2001).

Böhle y cols. (1991), utilizando la escala de autoexpresión para adultos (Adult self-expression Scale, 1975) compararon un grupo de 80 pacientes con trastorno de la alimentación (46 con anorexia nerviosa y 34 con bulimia) con un grupo control de 50 pacientes quirúrgicos. Los resultados mostraron la existencia de un mayor aislamiento social en el grupo de pacientes con

anorexia nerviosa que en el grupo de pacientes bulímicos o de control. Estos autores encontraron la existencia marcada de déficit comunicativos en pacientes con anorexia nerviosa, especialmente en relaciones con personas de confianza o en relaciones de pareja (Fernández, 1996).

En definitiva, muchas de estas descripciones hacen referencia a un déficit en habilidades sociales y en algunos casos, a un déficit en asertividad en población anoréxica y bulímica. Para profundizar aun más en este tema, se pasará a revisar aquellas investigaciones que han centrado su análisis específicamente en la relación existente entre conducta asertiva y trastornos de la alimentación.

ASERTIVIDAD Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Como ya ha sido planteado, existen escasas investigaciones que traten de constatar empíricamente una posible relación entre trastornos de la alimentación y la conducta asertiva (Gismero, 2001). Sin embargo, "las investigaciones que han orientado su evaluación al comportamiento alimentario y la asertividad, comparten la idea de la existencia de ciertas dificultades en el área de las habilidades sociales y específicamente, en la expresión de conductas asertivas" (Fernandez, 1996). Williams y col. (1993) describen a estas pacientes "como padeciendo un sentimiento paralizante de ineficacia... siendo no asertivos y deferentes"(cit. en Gismero, 2001).

En otra investigación Williams y col. (1990), comparando un grupo con trastorno alimentario (N=31) con pacientes psiquiátricos (N=30), mujeres que hacían dieta (N=30) y personas que no llevaban a cabo dietas (N=93), encuentran que la sintomatología de los trastornos alimentarios presenta fuertes correlaciones positivas con locus de control externo y agresividad autodirigida, así como correlación alta y negativa con aserción. Comparando los grupos entre sí, el grupo con trastornos alimentario obtiene una media en asertividad menor que los demás grupos controles:

son significativamente menos asertivos que los grupos de dieta y normal, y presentan puntuaciones más bajas (aunque no significativas), que el grupo psiquiátrico. El instrumento utilizado para evaluar la asertividad fue el cuestionario elaborado por Spencer Rathus en 1973.

Elena Gismero (2001), psicóloga española que ha trabajado en el área de las habilidades sociales en los trastornos de la alimentación, publica en su articulo "Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las dificultades sociales en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa", una detallada evaluación de la conducta asertiva en pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa (N = 45) y Bulimia Nerviosa (N = 28), comparando los resultados con tres grupos: control (N =57), mujeres que hacen dietas (N = 33) y mujeres que hacen psicoterapia (N = 23). Los instrumento utilizado constan de distintas medidas de auto-informe breves, todas tomadas de Gismero (Habilidades Sociales y Anorexia Nerviosa, 1996). Para medir la actitud hacia el propio cuerpo se empleó la "Escala de Satisfacción con el Propio Cuerpo" (SPC), que consta de 8 ítems. Una escala de autoconcepto - Autoestima, compuesta de 13 items. La escala de conducta asertiva estuvo compuesta por 4 factores de 4 ítems cada uno (con un índice de fiabilidad total de 79): Expresión de Desacuerdo y Sentimientos Negativos (AS-I). Iniciar interacciones con el otro sexo (AS-II). Autoafirmación ante extraños: defensa de los propios derechos como consumidor (AS-III). Autoafirmación ante personas cercanas; saber decir no (AS-IV). A ella se añadió una subescala de 6 ítems (con un índice de fiabilidad de 75), dirigida a medir el aspecto de inhibición social y retraimiento a la hora de expresarse en situaciones sociales (dificultad para expresar los propios sentimientos y opiniones, preguntas, etc.): Escala de Autoexpresión Social (AES).

Los resultados indican, que al comparar con las mujeres controles y mujeres que hacen dieta adelgazante, las anoréxicas y bulímicas muestran claros déficit de autoestima, y una valoración de sí mismas y de su vida muy negativa. Manifiestan mucha mayor insatisfacción con su propio

cuerpo (comparadas con los tres grupos controles). En cuanto a la conducta asertiva, no se encontraron grandes diferencias entre los grupos en su habilidad para defender sus derechos como consumidoras, en iniciar interacciones con el sexo opuesto o en su autoafirmación ante personas cercanas, pero sí aparecen diferencias estadísticamente significativas en dos aspectos que discriminan claramente el funcionamiento de las anoréxicas, respecto del grupo control y el de dieta: ***1) tienen mucho más limitada su auto-expresión social (hacer preguntas, expresar opiniones, y sentimientos, evitan más las reuniones sociales, etc.), y 2) expresan mucho menos su desacuerdo y sus sentimientos negativos (sea ante amigos, familiares próximos o personas del sexo opuesto).*** Esto último también les ocurre a los grupos de Bulímicas y de mujeres en psicoterapia.

Para Elena Gismero (2001), estos resultados apoyan la idea de que todos estos aspectos serían característicos de las mujeres con anorexia nerviosa (y en algunos casos, de las bulímicas), que permitirían diferenciarlos de otros grupos (clínicos y no clínicos). Dada la importancia de estos resultados, entonces será necesario considerar la conveniencia de una evaluación sistemática de tales variables, para tener en cuenta no sólo en la intervención y el abordaje terapéutico, sino incluso como factores de prevención.

Con respecto a la bulimia nerviosa hay datos que apuntan en este mismo sentido: Fisher-McCanne (1985) encuentra que los bulímicos son más extrovertidos que los anoréxicos, se muestran menos asertivos que los controles y que otros sujetos en psicoterapia sin trastornos de la alimentación. Holleran, Pascale y Fraley (1998), utilizando el Assertion Inventory, encuentran correlaciones bajas, pero significativas y negativas, entre el test de bulimia y el cuestionario de asertividad; más aun, las puntuaciones bajas en aserción permitían identificar aquellos estudiantes con altas puntuaciones en el test (cit. en Gismero, 2001 Pág. 294).

Para Wolf y Crowther (1983), no encuentran relación entre bulimia y medidas de auto-informes

de aserción, aunque sí entre bulimia y grado de tensión experimentado en situaciones de aserción. Mizes (1989), encuentra más cogniciones inhibidoras de conductas asertivas en bulímicas que en chicas normales (cit. en Gismero, 2001 Pág. 294).

En conclusión, es posible aseverar considerando las investigaciones revisadas, que los pacientes con trastorno de la alimentación deberían poseer menor asertividad que otros grupos, con seguridad al compararlos con grupos sanos y probablemente al compararlos con muestras psiquiátricas, en dieta o controles. Además, entre los pacientes con trastornos alimentarios, son los pacientes que sufren de anorexia nerviosa las que han registrado mayores déficit en asertividad en comparación con aquellas que sufren de bulimia nerviosa.

Finalmente cabe recordar, que desde el contexto de la psicología clínica, empírica y teóricamente el déficit de habilidades sociales y de asertividad se han relacionado a aquellos factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos de la alimentación. Entonces resulta pertinente, sobre todo en el área de la prevención, evaluar en una población no clínica de estudiantes en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación el nivel de asertividad y conocer si existen alguna relación entre este grupo y las características descritas (déficit en asertividad) en las pacientes y grupos clínicos con trastornos de la alimentación.

ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En el modelo de los desafíos evolutivos formulado por Stewart (2000), basado en las ideas de Levine y Smolack (1996), propone que las adolescentes se ven enfrentadas a una serie de cambios y desafíos que pueden ser difíciles de sortear, en especial para las niñas. Desde esta perspectiva, se entiende por cambios en la adolescencia, las transformaciones físicas y biológicas, establecer relaciones interpersonales, incrementar habilidades, independizarse, las exigencias escolares y

definir la identidad. A la ves las niñas, se ven enfrentadas a mensajes socioculturales que sostienen que la felicidad y el éxito dependen de una silueta esbelta. Presiones de este tipo pueden conducir a la reducción de la autoestima y a un sentimiento de perdida de control, si no se cuentan con las habilidades necesarias para sortearlas (Stewart, 2000). Tensiones adicionales, como ruptura familiar, bromas sobre el aspecto físico, etc. pueden generar sentimientos negativos y en particular, una preocupación exagerada por el peso y la figura, que a su vez conducen a las dietas.

Este modelo, como otros más que describen y relacionan este período evolutivo con el desarrollo inicial de los trastornos de la alimentación, no profundizan en el rol que las habilidades sociales y la asertividad puedan tener en el surgimiento de esta patología, sin embargo, el hecho de establecer relaciones interpersonales reciprocas de carácter asertivo, contribuye notoriamente a una adecuada formación del autoestima y el autoconcepto, las adolescentes se sienten más seguras y fuertes antes las exigencias y desafíos en este periodo (González y Begoña, 2000). Por otra parte, las adolescentes que desarrollan escasas habilidades sociales, les impide establecer adecuadas redes de apoyo, necesarias para el afrontamiento de situaciones conflictivas propias de este periodo (González y col, 2002).

Además, Shisslack, (2000) considera que las dificultades para expresar sentimientos y las propias necesidades, la tendencia a evitar conflictos, la inhibición social, la sumisión y la restricción emocional, serían factores de riesgo que precederían y favorecen al desarrollo de los trastornos alimentarios. Chinchilla (1994), destaca entre otros, los siguientes factores predisponentes en la anorexia nerviosa: dificultad para expresar con palabras afectos, emociones, deseos y ambiciones (cit. por Gismero 1996).

Modelo evolutivo para el desarrollo de los trastornos alimentarios en la adolescencia

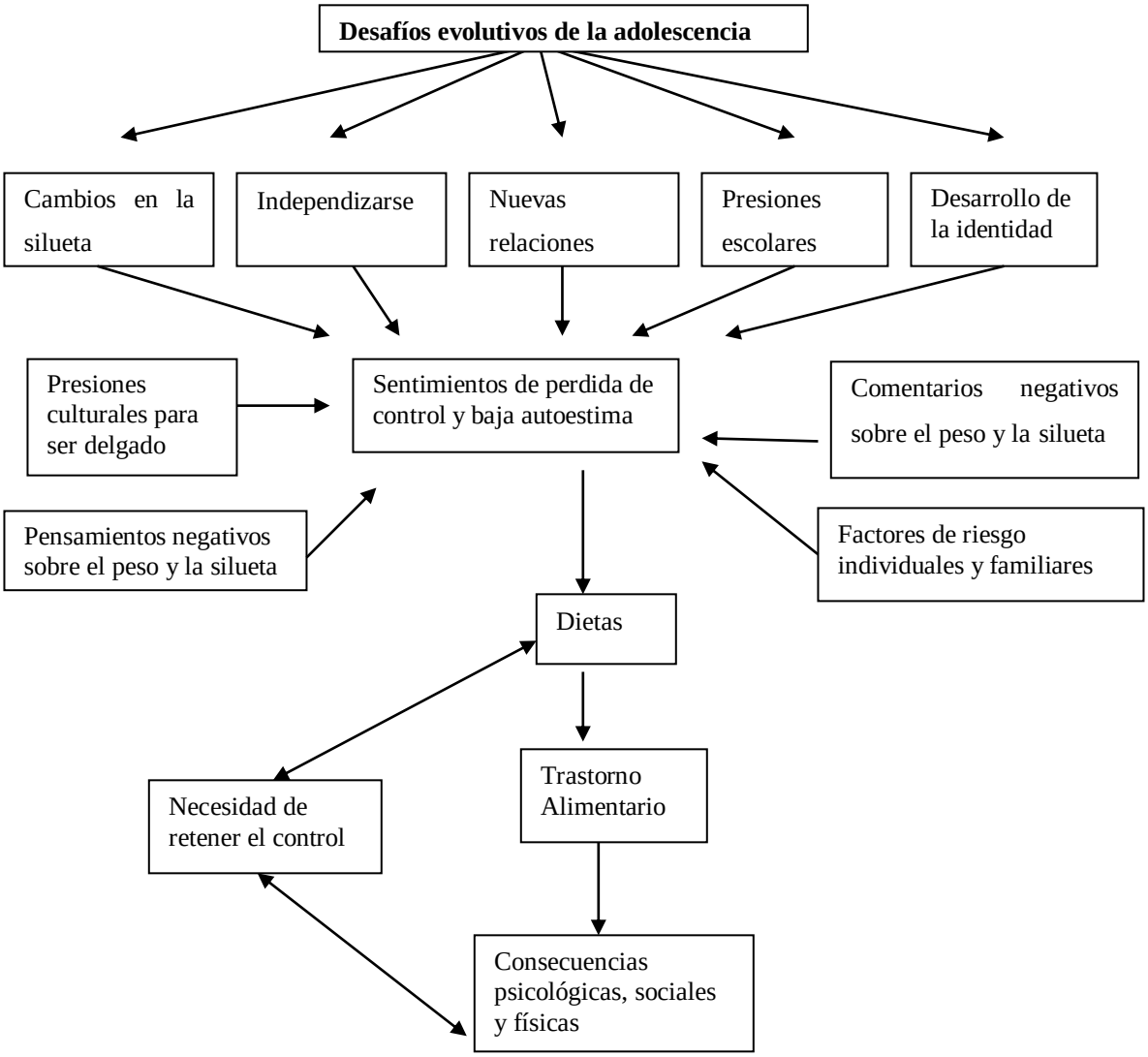

Figura Nº1: Modelo Evolutivo para el desarrollo de Trastornos de la Alimentación en la Adolescencia

Finalmente, podríamos plantear que en el periodo de la adolescencia las habilidades sociales y la asertividad resultan de gran importancia, dado que favorecen a la creación de redes sociales y la formación del autoestima y autoconcepto, aspectos necesarios para afrontar de mejor forma los desafíos propios de esta etapa. En consecuencia, el déficit, al igual que lo postulado por otros autores, favorecería ante la presencia de factores de riesgo más directos (dieta, insatisfacción corporal, etc.) el desarrollo inicial de un trastorno de la alimentación.

Estos aspectos protectores de las habilidades sociales, han sido considerados por algunos programas preventivos en la elaboración de sus objetivos, los cuales, pasaremos a revisar a continuación.

PREVENCIÓN Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Al considerar como criterio el continuo salud - enfermedad, las actividades preventivas que se realizan en salud se organizan en niveles (primaria, secundaria y terciaria), según sea el estado de salud de la persona, grupos o comunidad a las que están dirigidas. Por consiguiente, la prevención primaria esta destinada básicamente a prevenir la aparición del trastorno, la prevención secundaria a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno y finalmente, la prevención terciaria a la rehabilitación de las personas que padecen la enfermedad a fin de que puedan utilizar sus capacidades para reintegrarse a la sociedad (Solano, 2004).

Dado que uno de nuestros intereses, es conocer el comportamiento de la variable asertividad en una muestra en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación, en este apartado nos concentraremos en aquella información que hace referencia específicamente a la prevención a un nivel primario y secundario desarrollado en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria.

En principio, para llevar a cabo exitosamente la prevención primaria de los trastornos alimentarios, es necesario conocer aquellos factores relacionados con el inicio de los trastornos de la alimentación (es decir, las señales de riesgo) y los factores asociados con la reducción del riesgo (los que brindan protección) y sus mecanismos de funcionamiento (Shisslak y col. 2000). Entonces, la prevención primaria en el ámbito de los trastornos de la alimentación implica, reducir el poder determinante de los factores de riesgos y potenciar aquellos que protegen al individuo ante la posible aparición de unos de los trastornos alimentarios, pero cabe destacar que la

prevención primaria y secundaría pueden estar presentes al mismo tiempo, siempre y cuando, se contraste la evaluación de los síntomas de riesgo y se realiza la derivación a los recursos asistenciales especializados si fuese necesario (Petit, 2002, cit., por Solano, 2004).

En la actualidad, la fundación McKnight en un intento por prevenir el creciente aumento de la prevalencia de los trastornos de la alimentación, ha elaborado estudios de carácter longitudinal a fin de obtener un modelo correcto de la trayectoria e identificación de los factores de riesgo y protección a lo largo del tiempo. Este estudio ha determinado la importancia de contextualizar el inicio del trastorno en el periodo evolutivo (pubertad – adolescencia) en el cual se desarrolla y detectado factores de riesgo que favorecen el desarrollo de los trastornos alimentarios, de origen biológico, psicológico, familiar y socioculturales, los que han de ser considerados en la elaboración de programas preventivos, y que además algunos de los cuales se describirán brevemente a continuación:

- Desarrollo puberal / madurativo: puesto que la pubertad se asocia con un aumento considerable del tejido adiposo en las niñas y el hecho de evitar el aumento de peso/grasa es unos de los principales de riesgo.
- Atracones y purgas: entre el 5 y el 15% de las adolescentes recurren a estos métodos para controlar su peso, conductas que favorecerían el desarrollo posterior de un trastorno alimentario.
- Control del peso / preocupación exagerada por el peso y la silueta: antes de los 13 años el 80% de las niñas ya han seguido una dieta para controlar el peso, siendo este el único factor común que permite prever actitudes y conductas alimentarías anormales. Relacionadas con el control del peso, las preocupaciones excesivas por el peso y la silueta desempeñan un papel fundamental como causantes del desarrollo de los trastornos

alimentarios. Taylor y col. (1997) demostraron que, en una población de estudiantes primarios y secundarios, la mejor forma de predecir los niveles de riesgo era medir las preocupaciones por el peso. Esta medición mostró, una relación significativa con el inicio de los síntomas en varios estudios longitudinales (Killen y col. 1997).

- La imagen corporal / la insatisfacción con el propio cuerpo: la insatisfacción con el propio cuerpo surge de la creencia de que determinadas partes del mismo, relacionadas con la silueta, resultan inaceptables por que son "demasiado grandes" o "demasiado gordas". En un estudio longitudinal de tres años de duración la insatisfacción con el propio cuerpo condujo a la restricción de alimentos (Cattarin y Thompson, 1994, cit., por Shisslak y col. 2000).
- Los pares: los pares pueden ejercer gran influencia, en particular cuando los niños entran a la adolescencia, en este sentido, las mujeres con más amigas que siguen dietas y las bromas hechas por sus pares, llevaban a la presentación de más síntomas de trastornos alimentarios en el futuro (Crandall, 1998., cit. por Shisslak y col. 2000).
- La cultura de los medios de comunicación: se cree que unas de las principales influencias culturales en el desarrollo de los trastorno alimentarios es la glorificación social de la delgadez. Levine y Smolak (2000), en un análisis de los efectos de los medios de comunicación en el desarrollo de este trastorno, concluyeron que las imágenes mediáticas del éxito y la belleza femenina eran un aspecto importante del contexto del cual se desarrollan la alimentación anormal.
- Funcionamiento psicológico general: dado el interés de nuestra investigación, esta dimensión de análisis se ha dejado para el final. Según el estudio realizado por la fundación McKnight existen ciertos factores de riego en la incidencia de los trastornos de

la alimentación. Además del perfeccionismo, la baja autoestima y la depresión identificados como factores de riesgo, cabe destacar en la personalidad de las bulímicas tendencia a evitar los conflictos en el área interpersonal, dificultades para expresar sus propias necesidades y emociones, y en el caso de las anoréxicas, inhibición social, sumisión y restricción emocional.

El ámbito escolar es considerado como un contexto ideal para la realización de programas preventivos, sin olvidar que el alumnado, no constituye la única diana, sino que existen figuras (profesorado, familia y profesionales de la salud) que son importantes en su educación en general, y por lo tanto son fundamentales en la educación para la salud (Solano, 2004).

En este ámbito de prevención surgen algunos programas que incorporan dentro de sus objetivos el desarrollo de habilidades sociales y la asertividad, como una forma eficaz de favorecer el desarrollo de habilidades que fomenten relaciones sociales gratificantes, la autoestima y la aceptación personal..

Con respecto a tales programas, es posible citar a Steward y col. (2000) de la Universidad de Oxford, Reino Unido, quienes proponen un programa de prevención primaria para estudiantes en población de riesgo, cuya elaboración retoma las deficiencias de varios estudios realizados sobre la temática. Este programa, posee entre sus objetivos específicos, la estimulación del desarrollo de estrategias para superar las presiones interpersonales, a través del aprendizaje de habilidades sociales que le permitan defender y expresar sus derechos, sentimientos y creencias.

También Borresen R. Y Rosenvinge J. (2000), en su articulo “El modelo preventivo escolar Noruego: desarrollo y evaluación”, plantean la necesidad de establecer objetivos para la prevención capaces de abarcar tanto los aspectos generales como los específicos implicados en el desarrollo de los trastornos de la alimentación. En este sentido, unas de las áreas prioritaria, es aquella relacionada con el mejoramiento de la conducta interpersonal de los estudiantes. Algunos

objetivos que identifican este modelo preventivo se relacionan con el incremento de la autoestima y la seguridad en sí mismo, y la motivación de los adolescentes para que sean más expresivos y confiados.

Otro programa orientado a la prevención de los trastornos de la alimentación, es aquel desarrollado en la provincia de Jaén, España. Ejecutado por Zagazal Y col. (2002), quienes incorporan dentro de los contenidos del programa, un modulo dedicado al desarrollo de la "autoestima – autoconcepto", el cual pretende el desarrollo de la autoestima y fomento de las habilidades sociales y técnicas de solución de problemas.

En conclusión, y en un intento por identificar aquellos factores que favorecen el desarrollo inicial (y la protección) de los trastornos de la alimentación en un contexto educativo, esta investigación pretende evaluar y comparar el grado de asertividad entre una población estudiantil con riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario. Si a partir de esta comparación, surgen diferencias significativas y el déficit de asertividad resulta característico del grupo en riesgo, tales resultados podrían considerarse necesarios en la planificación de programas preventivos más efectivos y específicos en sus actividades.

A continuación se repasarán brevemente, algunos de los modelos terapéuticos más utilizados en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, resaltando en cada uno de ellos, el énfasis que hacen del ámbito interpersonal y la utilización de técnicas orientadas al desarrollo de habilidades sociales y asertivas.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Tratamiento cognitivo conductual

En la actualidad este tipo de tratamientos se muestra como uno de los más efectivos en pacientes con trastornos de la alimentación. Incide en aspectos sintomáticos o directos de los problemas alimentarios y en aspectos no sintomáticos o indirectos. Este tipo de enfoque, como su nombre lo indica, se compone de aspectos conductuales y cognitivos.

Dentro de los aspectos conductuales comprende un conjunto de técnicas terapéuticas con el objetivo de cambiar en el paciente conductas anómalas, más que de preocuparse por la resolución de conflictos internos y/o traumas que indirectamente condujesen a la resolución del trastorno alimentario; es decir, están dirigidos al aquí y al ahora.

Bajo esta perspectiva, consideran cono conductas problemáticas tanto aspectos sintomáticos, por ejemplo hábitos alimentarios, bajo peso y miedos ante determinados alimentos, como no sintomáticos o indirectos, por ejemplo déficit y carencia conductuales que aparecen con frecuencia en estos pacientes (baja autoestima, escasas relaciones sociales, tendencia al aislamiento, ambivalencia, conflictos interpersonales) que determinan y/o mantienen un trastorno alimentario. (Aranda y Gil, 2004).

Terapia grupal

Generalmente en este tipo de programas, la mayoría de las actividades se realizan en grupo, con ello se favorece la cohesión de los pacientes y se mantiene la relación coste-efectividad. Las terapias grupales realizadas son principalmente de dos tipos: a)las centrada en sintomatología

alimentaria, abordando temas como hábitos de alimentación y nutrición y b)no centrada en la sintomatología alimentaria, terapias que generan espacios para que las pacientes puedan aceptar su imagen corporal, la expresión artística y el desarrollo de habilidades sociales, dado que a causa de los déficit comunicativos y/o asertivos comunes en pacientes aquejados de anorexia nerviosa (Fernández y cols. 1996), este tipo de grupos suelen mostrar un buen resultados (Fernández y cols. 1997), y adhesión entre los participantes, en ellos pueden abordarse tanto estos déficit en habilidades sociales, presentes en situaciones laborales, familiares y sociales, como conductas de evitación y/o fobia social (cit., en Aranda y Gil, 2004).

Terapia Interpersonal

Fairbun y cols. (1991) fueron unos de los primeros autores en aplicar la psicoterapia interpersonal a esta patología. En esta psicoterapia los problemas interpersonales se ven como factores desencadenantes y causales de este trastorno.

En esta modalidad de tratamiento se trabajan, de una forma semi-directiva (sin llegar a poseer la estructura rígida y directiva de la terapia cognitivo-conductual), las deficiencias en las relaciones interpersonales de los pacientes, y soluciones concretas a éstas. Por lo tanto, esta intervención terapéutica no ésta centrada en los síntomas, sino en el trabajo y la solución de los problemas de fondo que existen en las pacientes.

El objetivo principal de este método es conseguir una reducción de las emociones negativas que aparecen como consecuencia de los déficit en la esfera interpersonal, y que produzcan así una reducción indirecta de los episodios bulímicos.

Este tratamiento muestra buenos resultados a medio-largo plazo (Fairbiurn y cols., 1995) que son comparables a los obtenidos por la terapia cognitivo-conductual (Wilfley y cols., 1993). Sin

embargo a corto plazo presenta resultados algo inferiores (Fairburn y cold., 1993), (citados, en Aranda y Gil, 2004).

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

A partir de la revisión bibliografíca y de aquellas investigaciones que han estudiado la relación entre asertividad y trastornos de la alimentación es posible plantear las siguientes hipótesis:

1. El grupo clínico compuesto por pacientes con trastorno de la alimentación resultará ser menos asertivo que el grupo no-clínico compuesto por estudiantes en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario.
2. Las pacientes clínicas diagnosticadas de trastorno alimentario (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y no especificado) resultarán ser menos asertivas que las estudiantes en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación, y éstas a su vez resultarán ser menos asertivas que las estudiantes sin riesgo de padecer un trastorno alimentario.
3. Existe una relación inversa que es significativa en los valores de asertividad y el riesgo de padecer un trastorno alimentario, en el universo total de las participantes.

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación a realizar será de carácter descriptivo, comparativo y además, correlacional, debido a que, por una parte se describen la variable asertividad y se comparan los resultados entre diferentes grupos, y por otra parte, se correlaciona esta ultima variable y el riesgo de padecer un trastorno de la alimentación en grupos de edad similar. Un grupo clínico compuesto por mujeres diagnosticadas de anoréxicas nerviosa , bulímicas nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado según criterios DSM - IV, un grupo no-clínico de estudiantes en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario, según criterios EAT - 40.

DISEÑO

El presente estudio es no experimental y transeccional. No experimental, por que no hay manipulación deliberada o intencional de las variables a estudiar, y transeccional por que los datos que se recolectarán serán en un sólo momento temporalmente. De esta manera se pretende conocer el comportamiento de la variable asertividad en grupos clínicos y no clínicos.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra posee las característica de no probabilística y por cuota, ya que, por un lado no se realizó una selección aleatoria de ésta, sino que fue escogida y compuesta por sujetos voluntarios

y por otro, por que es un estudio de opinión cuyos participantes conforman cuotas o grupos que son representativos de una población (de pacientes con trastornos de la alimentación y de estudiantes) más amplia.

Este estudio estará constituido en principio por 2 grupos comparativos, con objetivos de indagación distintos. El primero, esta formado por una población clínica de mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado según criterios DSM – IV, y el segundo por una población no-clínica de estudiantes de sexo femenino, que a su vez esta conformada por 2 subgrupos, uno con riesgo de padecer un trastorno alimentario y otro sin riesgo de padecer un trastorno alimentario, según criterio EAT - 40.

1. La muestra clínica esta constituida por 60 mujeres que cumplen de manera primaria con los criterios diagnósticos según DSM - IV para anorexia nerviosa (20), bulimia nerviosa (19) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (21), de entre 13 a 38 años de edad, y que han consultado por este problema con una Psiquiatra, docente del departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Adulto del Hospital Fricke de la comuna de Viña del Mar.
2. La muestra no-clínica esta compuesta por 120 estudiantes de entre 14 a 26 años de edad, de enseñanza media y universitaria pertenecientes al colegio Winterhill de la comuna de Viña del Mar y a la carrera de fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso respectivamente y que además, no cumplen con los criterios diagnósticos para alguno de los trastornos de la alimentación:

a. La muestra en riesgo de padecer un T.A. esta compuesta por 16 estudiante, que han obtenido en el cuestionario EAT – 40 puntuaciones igual o superior a 30 puntos.
b. La muestra sin riesgo de padecer un T.A. esta compuesta por 104 estudiantes, que han obtenido en el cuestionario EAT – 40 puntuaciones inferiores a 30 puntos.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente: Asertividad

- Definición Conceptual: Se ha elegido la definición que Vicente Caballo (2002) le atribuye al concepto de asertividad, ya que representa en gran medida la idea original de autoafirmación que Spencer Rathus le otorga a este constructo. Para Caballo, la asertividad se refiere a "un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal. La persona en este ámbito expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas y derechos de los demás".
- Definición Operacional: Según los criterios del cuestionario de asertividad de Rathus, pudiendo variar los puntajes entre 90 positivo y 90 negativo, una puntuación positiva alta indica una alta capacidad para ser asertivo socialmente, mientras una puntuación negativa alta indica una baja capacidad para ser asertivo.

Variable Independiente: Conducta Alimentaria

Variable Trastorno de la Alimentación

- Definición Conceptual: La población clínica estará compuesta por todas aquellas personas que sufran de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de conducta alimentaria no especificado. Tales trastornos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, siendo una característica común de la anorexia y de la bulimia nerviosa la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.
- Definición Operacional: Según el cuestionario para la detección y clasificación de los trastornos alimentarios, las personas que cumplan con los criterios para algunos de los trastornos alimentarios contemplados en el DSM - IV, ya sean para Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno de la conducta alimentaria no especificado serán parte del grupo clínico.

Variable Riesgo de un Trastorno Alimentario

- Definición Conceptual: Alta probabilidad de padecer un trastorno de la alimentación.
- Definición Operacional: Según los criterios del EAT - 40, habiendo una puntación igual o superior a 30 es indicativo de la existencia de un probable (alto riesgo) trastorno de la conducta alimentaria.

Variable Sin Riesgo de un Trastorno Alimentario

- Definición Conceptual: Baja probabilidad de padecer un trastorno de la alimentación.
- Definición Operacional: Según los criterios del EAT - 40, habiendo una puntación inferior 30 es indicativo de una ausencia de riesgo de llegar a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Variables Descriptivas

Edad

Escolaridad

Estado Civil

Peso Actual / Talla: Índice de Masa Corporal

CARACTERÍSTICA DE LA MUESTRA

GRUPO CLÍNICO

- Sexo: femenino
- Rango de edad: 13 a 30 años
- Diagnostico según criterios DSM - IV: Para Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

GRUPO NO-CLÍNICO

a. Grupo en Riesgo de padecer un T.A.

- Sexo: femenino
- Rango de edad: 14 a 26 años
- Puntaje igual o superior a 30 puntos en el cuestionario para la detección del riesgo de padecer un trastornos alimentarios (EAT – 40).

b. Grupo sin Riesgo de padecer un T.A.

- Sexo: femenino
- Rango de edad: 14 a 26 años
- Puntaje inferior a 30 puntos en el cuestionario para la detección del riesgo de padecer un trastornos alimentarios (EAT – 40).

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevara a cabo básicamente a partir de la utilización de tres instrumentos:

- *Cuestionario de Asertividad de Rathus*: Rathus construye en 1973 esta escala de 30 ítems que se basan, por un lado, en ciertas situaciones de asertividad de los test de Wolpe (1969), de Wolpe y Lazarus (1966) y, por otro, en algunos, ítems de las escalas de Allport (1928) y de Guilford y Zimmerman (1956). Esta escala posee una confiabilidad test-retest entre 0.76 y 0.80, y una consistencia interna de 0.73 a 0.86 (Beck y Heinberg, 1983., cit. Por Gismero, 1996). Los ítems restantes fueron seleccionados por el autor a partir de una

"lista de comportamientos" confeccionada por alumnos universitarios; en ella, inventariaban los comportamientos que les hubiese gustado adoptar de no tener en cuenta las consecuencias sociales aversivas (cit. por Muldman, 1984). Esta escala fue la primera para medir la asertividad desarrollada de manera sistemática, teniendo por objetivo evaluar el comportamiento social autoafirmativo del sujeto. Consta de 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde +3 "Muy característico en mí, muy descriptivo" hasta -3 "muy poco característico de mí", sin incluir el cero (Caballo, 2002). Hay 17 ítems en los que se invierte el signo (1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30) y luego se suman las puntuaciones de todos los ítems. Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras una puntuación negativa alta indica una baja asertividad.

- *EAT - 40*: Este cuestionario diseñado por Garner y Garfinkel en 1982, evalúa a través de 40 preguntas autoaplicables con alternativas de frecuencia (siempre, generalmente, a menudo, algunas veces, raramente y nunca) las actitudes de carácter anoréxico, con relación al miedo a ganar peso, deseo de estar delgado y restricción voluntaria de la alimentación, siendo una puntación igual o superior a 30 indicativo de la existencia de un probable trastorno de la conducta alimentaria (Fernández, 1996). Estos autores distinguen tres factores en este cuestionario (Factores que no se utilizarán en el análisis de los resultados, ya que, sólo será utilizada la medida indicadora de riesgo de trastorno alimentario en la población no clínica). El factor I, "Dieta", se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y con la presencia de pensamientos rumiativos en torno a la idea de adelgazar. El factor II, "bulimia y preocupación por el alimento", mensura detalladamente estos parámetros. El factor III, "control oral", evalúa el autocontrol demostrado ante la ingestión de alimentos y el conocimiento de la presión social ejercida por los demás para subir de peso (Garner y col. 1982).

- *Cuestionario para la detección y clasificación de los trastornos alimentarios según los criterios diagnósticos del DSM - IV*: Esta entrevista estructurada fue confeccionada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso y está basada en los criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria del DSM-IV. Este cuestionario es utilizado para la detección y clasificación de los trastornos de la alimentación, especialmente en el ámbito de la atención psiquiátrica, a través de 16 preguntas de carácter dicotómico (si/no) -más otras 2 dirigidas a conocer la altura y el peso-, haciendo uso en sus reactivos de los criterios diagnósticos utilizados por el DSM - IV, para su identificación.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo la investigación se seguirán los siguientes pasos:

1. Como primer paso, se formalizó la relación con aquellas personas e instituciones que han facilitado y proporcionado el acceso a las pacientes clínicas y a aquellas estudiantes que han formado el grupo no clínico. Sr. Osvaldo Lepe Vega Director del Colegio Winterhill de la comuna de Viña del mar; Sr. Patricio Valdevenito Villena Coordinador de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso; Elizabet Gallardo Directora de la Unidad de psiquiatría Infanto–Juvenil y Adulta del hospital Gustavo Fricke; y finalmente, Rosa Behar Psiquiatra y Docente de la facultad de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso.
2. En segundo lugar, se confecciono una declaración de consentimiento informado con el propósito de dar a conocer el contenido de las evaluaciones, garantizando además el

carácter voluntario de su participación y la confidencionalidad de los datos.

3. En tercer lugar, durante el segundo semestre del año 2003 y el primer semestre del año actual, se evaluaron a las pacientes clínicas. Dichas evaluaciones se llevaron acabo en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Adulto del hospital Gustavo Fricke, y en la consulta privada una Psiquiatra docente de la Universidad de Valparaíso.
4. Paralelamente se evaluaron a las estudiantes de enseñanza media y superior pertenecientes al grupo no clínico. Estas evaluaciones se realizaron en el Colegio Winterhill de la comuna de Viña del Mar y en la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso respectivamente.
5. Finalmente lo instrumentos utilizados para evaluar al grupo clínico y el no-clínico, fueron: el cuestionario para detección y clasificación de trastornos de la alimentación según criterios DSM – IV, EAT - 40 y el cuestionario de asertividad de Spencer Rhatus.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

El análisis de los datos se realiza sobre un universo total de 180 mujeres. Esta muestra se distribuye en 2 grupos estudiados, un grupo clínico y otro no-clínico, este ultimo compuesto a su vez por 2 subgrupos (en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario) que se especifican, de acuerdo a sus variables descriptivas, en el siguientes cuadro:

Variables Descriptivas de los grupos comparativos (clínico, no-clínico, en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario)

	Grupo Clínico	**Grupo No-Clínico**	**Subgrupo en Riesgo**	**Subgrupo sin Riesgo**
Nº de Sujetos	60	120	16	104
Edad*	20.6	18,6	18,8	18.6
Altura*	1.59	1,61	1,63	1,61
Peso*	56.2	58	62	57
Índice de M/C	22,7	22,2	23,4	22
Desviación Estándar Índice de M/C	4,95	1,95	2,21	1,89
Estado Civil	S: 59 C:1	S:119 C:1	S: 15 C:1	S: 104 C: 0
Escolaridad	B: 1,6% - M: 30% - T: 11,7% - S: 56,7%	M: 33,1% S: 66,9%	M: 37,5% S: 62,5%	M: 32,4% S: 67,6%

Tabla Nº 5: Datos correspondientes a las Variables Descriptivas de los Grupos Comparativos. En la variable Estado Civil, S representa soltera y C casada. En la variable Escolaridad, B representa a la educación básica, M a la media, T a la técnica y S a la universitaria. * indicador de la media grupal.

El numero de sujetos que constituye la población clínica es de 60 mujeres diagnosticadas de alguno de los trastornos específicos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y trastorno de la conducta alimentario no especificado), el numero de sujetos que componen el grupo no-clínico es

de 120 estudiantes, el subgrupo en riesgo 16 sujetos y 104 el numero total de sujetos que componen el subgrupo sin riesgo de padecer un trastorno alimentario.

La edad promedio del grupo Clínico fue 20,6 años (± 4,9), la del grupo no-clínico 18,6 (±1,6), la del subgrupo Con Riesgo 18,8 años (± 2,2), y la del subgrupo Sin Riesgo fue de 18,6 años (± 1,9) siendo el grupo clínico quien presenta una diferencia de alrededor de 2 años al compararlos con los otros grupos, sin embargo, no es de interés para tenerla en cuenta en el análisis, debido a que la diferencia de edad no se traduce en diferencias significativas en el grado de asertividad de los sujetos.

El índice de masa corporal en los cuatro grupos se encuentra dentro del rango normal, siendo el grupo clínico quien presenta la mayor desviación en comparación con los otros dos grupos.

Además la gran mayoría de las participantes eran solteras, con respecto al nivel de escolaridad de los grupos fue similar, sin diferencias relevantes entre ellos.

PRUEBA T DE STUDENT

Comparación de Medias en Asertividad entre los Grupos Clínico y No-Clínico.

En la tabla Nº 6, se describen los puntajes correspondiente a las medias y desviaciones estándar obtenidos por los grupos clínico y no-clínico en el cuestionario de asertividad de Rathus.

Puntaje en Asertividad	Grupo Clínico	Grupo No-Clínico
Media	7,2	21,4
Desv. Estándar	26,3	22,0

Tabla Nº 6: Medias y desviación estándar del puntaje de asertividad (Rathus), del grupo Clínico y grupo no clínico.

Para contrastar la hipótesis Nº 1, y determinar si las diferencias entre las medias en asertividad del grupo clínico y no-clínico resultaron ser estadísticamente significativas, se aplicó la Prueba T de Student (Tabla Nº 7).

Prueba t de Student	Grupo Clínico y Grupo No-clínico
Estadístico t	3,586
P(T=t) una cola	0,000
Valor critico de t (una cola)	1,659

Tabla Nº 7: Comparación de medias (Prueba t de Student) entre el puntaje obtenido en el cuestionario de asertividad (Rathus) del grupo clínico y el grupo no-clínico.

A partir de la aplicación de ésta prueba estadística, se logro determinar que si existen diferencias de carácter estadísticamente significativo (Tabla Nº 7). Por lo que hipótesis Nº 1, ***El grupo clínico compuesto por pacientes diagnosticadas de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria resultará ser menos asertivo que el grupo no-clínico compuesto por estudiantes aquellas estudiantes en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario.*** Es aceptada.

Comparación de Medias en Asertividad entre los Grupos Clínico, En Riesgo y sin Riego de padecer un trastorno de la alimentación.

En la tabla Nº 8, se describen los puntajes correspondiente a las medias y desviaciones estándar obtenidos por los grupos Clínico, En Riesgo y Sin Riesgo de padecer un Trastorno Alimentario en el cuestionario de Asertividad de Rathus.

Puntaje en Asertividad	**Grupo Clínico**	**En Riesgo**	**Sin Riesgo**
Media	7,2	14,5	22,4
Desv. Estándar	26,3	21,2	22,0

Tabla Nº 8: Medias y desviación estándar del puntaje de asertividad (Rathus), de los grupos Clínico, En Riesgo y Sin Riesgo de padecer un Trastorno Alimentario.

Para contrastar la hipótesis Nº 2, y determinar si en el grado de asertividad existen diferencias significativa entre los grupos Clínico, En riesgo y Sin Riesgo de padecer un Trastorno Alimentario, se aplicó la Prueba T de Student entre las medias de los siguientes grupos: clínico y con riesgo; clínico y sin riesgo; y en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno de la alimentación (tabla Nº 9).

Prueba t de Student	**Clínico – En Riesgo**	**Clínico – Sin Riesgo**	**En Riesgo – Sin Riesgo**
Estadístico t	-1,153	-3,771	-1,382
P(T=t) una cola	0,129	0,00	0,091
Valor critico de t (una cola)	1,699	1,659	1,724

Tabla Nº 9: Aplicación de la Prueba t de Student a los medias obtenidas en asertividad de los grupos Clínico, En Riesgo y Sin Riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Primero, al comparar las medias en asertividad obtenidas por los grupos **Clínico y En riesgo de padecer un T. A.**, podemos determinar que aunque el grupo En Riesgo obtuvo un mayor puntaje (mayor asertividad), tal diferencia no es estadísticamente significativa.

Segundo, al comparar y aplicar la prueba T de student a las medias en asertividad de los grupos

clínico y sin riesgo de padecer un T.A., la diferencia resultó ser estadísticamente significativa, por lo que el grupo clínico es menos asertivo que el grupo sin riesgo.

Y tercero, al comparar las medias entre los grupos **Con Riesgo y Sin Riesgo de padecer un T. A**., la prueba T de student nos informa que aunque el grupo con riesgo obtuvo un menor puntaje en el cuestionario de asertividad esta diferencia no es estadísticamente significativa.

En conclusión, y en relación con la hipótesis Nº 2, ***las pacientes clínicas diagnosticadas de trastorno alimentario (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y no especificado) resultarían ser menos asertivas que las estudiantes en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación, y éstas a su vez, resultarán ser menos asertivas que las estudiantes sin riesgo de padecer un trastorno alimentario***, podemos afirmar que esta se rechaza, debido a que el grupo en riesgo de padecer un trastorno alimentario no logra diferenciarse significativamente respecto a su grado de asertividad de los grupos clínico y sin riesgo.

Correlación entre las variables Riesgo de padecer un trastorno alimentario y asertividad en el universo de las participantes.

En la siguiente tabla, y con el propósito de contrastar nuestra 3ra hipótesis, en la que se predice una relación inversa entre las variables Riesgo de padecer un trastorno alimentario y Asertividad, en el universo estudiado, se describe el resultado de la correlación.

Resultado de la correlación entre Asertividad y Riesgo de padecer un T. A.	**-0,266**

Tabla Nº 10: Correlación entre el puntaje de asertividad y el riesgo de padecer un trastorno alimentario obtenido por la totalidad de las participantes.

Al aplicar la prueba de coeficiente de correlación, podemos determinar que existe una correlación negativa débil entre el riesgo de padecer un trastorno de la alimentación y la expresión de asertividad en el total de las participantes, sin embargo, la correlación entre estas variables no logra ser significativa, por lo que la hipótesis Nº 3: ***Existe una relación inversa que es significativa en los valores de asertividad y el riesgo de padecer un trastorno alimentario, en el universo total de las participantes***, se rechaza.

DISCUSIÓN

La Asertividad, entendida como una habilidad que permite a los individuos incrementar sus niveles de reforzamiento interpersonal, favorecer el autoestima y el logro de metas instrumentales, y finalmente un mejor ajuste social, resulta relevante en el contexto de los trastornos alimentarios si consideramos la descripción y la definición del comportamiento interpersonal que se ha realizado sobre estas pacientes. Al respecto, Chinchilla (1994) describe a las pacientes con trastorno de la alimentación con dificultades para expresar con palabras afectos y emociones, dificultad para expresar deseos y ambiciones, esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima, etc. Por su parte, Gismero (1996), reconoce en pacientes con anorexia nerviosa una dificultad para mostrar conductas asertivas, tanto a la hora de poner limites a otras personas y diferenciarse de ellas, como al momento de expresar opiniones discrepantes de manera independiente, incluso cuando se refieren a la propia autoexpresión de sentimientos y emociones. Más allá de la descripción misma, recae importancia en la función que el déficit de asertividad tiene en el deterioro de las relaciones interpersonales y su relación con el desarrollo de los trastornos alimentarios, pues para González E. y Merino B.(2000), éste implica un factor de agravamiento y mantenimiento del trastorno alimentario, estableciéndose un circulo vicioso y por lo tanto, la perpetuación de la existencia del trastorno.

En la presente investigación, y en coherencia con el objetivo de diferenciar a una población clínica de una no-clínica en su grado de asertividad, se puede señalar que el resultado de la comparación entre las medias obtenidas en el cuestionario de Asertividad de Rathus en una muestra clínica compuesta por pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado, y una muestra no-clínica de estudiantes con y sin riesgo de padecer una trastorno alimentario, indican la existencia de diferencias

estadísticamente significativas respecto al déficit de asertividad en las pacientes clínicas al compararlas con las no-clínicas. Por lo tanto, la muestra de pacientes con trastorno de la alimentación evaluadas en esta investigación, se caracterizan por presentar un mayor déficit en su grado de asertividad que aquella estudiantes pertenecientes a la muestra no-clínica, diferencia que según la prueba estadística correspondiente, resultó ser estadísticamente significativa.

Este resultado es coherente con los estudios realizados por Gismero (1996 y 2001) y, Willians y cols. (1990 y 1993) quienes a partir de algunas investigaciones postulan déficit significativos de asertividad en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y anoréxicas respectivamente, al ser comparadas con grupos controles.

Dentro de los factores responsables de los déficit asertivos y desde el punto de vista del aprendizaje social, se considera que los individuos con déficits severos en aserción podrían poseer realmente conductas asertivas en su repertorio, sin embargo, la inhibición de su expresión se debe a la anticipación de la evaluación negativa, o cualquier otro tipo de consecuencias negativas proveniente de la reacción de otras personas. Por lo que resulta fundamental considerar la valoración social en el funcionamiento asertivo.

Siguiendo esta idea, y en el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria, se relaciona la carencia de habilidades sociales y de asertividad, con la insatisfacción corporal propia de estas pacientes, pero más específicamente con la percepción de tener sobrepeso. En este sentido, las preocupaciones por la figura corporal y la apariencia física se traducen en un miedo a ser humilladas y calificadas como poco atractivas, por lo que el contacto interpersonal y la conducta asertiva, es restringida y evitada (Elber y Col., 2003 y Caballo 1998).

En congruencia con lo anterior, el esfuerzo terapéutico debiera estar orientado a un entrenamiento asertivo que considere en principio las fuentes de esta inhibición.

Como ya hemos destacado anteriormente, este estudio confirma una vez más la existencia de déficit asertivos en pacientes con trastornos de la alimentación, entonces, y dada la existencia de algunos autores que relacionan el déficit de asertividad a factores de riesgo/protección en el desarrollo inicial de los trastornos alimentarios (Chinchilla, 1994; Morande, 1999; González y Begoña, 2000; Shisslack, 2000, Gismero, 2001), resulta pertinente preguntarse por la conducta asertiva en una muestra de mujeres que no cumplen con los criterios diagnósticos, pero, que si se encuentran en riesgo de padecer esta patología. Para responder esta pregunta, y conocer la relación entre asertividad en una muestra en riesgo de padecer un trastorno alimentario, el grupo no-clínico compuesto por mujeres que estudian en la enseñanza superior y media, fue dividido en dos grupos diferenciados según la existencia de riesgo/no-riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Lo cual nos permite conocer, evaluar y comparar la conducta asertiva en un grupo clínico, en riesgo y sin riesgo de padecer un trastorno alimentario.

El resultado de la evaluación de la conducta asertiva en estos tres grupos, nos brinda la posibilidad de reconocer en el grupo clínico la media en asertividad más baja (**7,2**), seguido por el grupo en riesgo (**14,5**) y finalmente el grupo sin riesgo (**22,4**). Por otra parte, al comparar estos resultados, podemos distinguir diferencias significativas sólo al comparar las medias en asertividad entre el grupo clínico y el grupo sin riesgo de padecer un trastorno alimentario. A pesar de obtener un puntaje en asertividad superior al grupo clínico e inferior al grupo sin riesgo, el grupo en riesgo de padecer un trastorno alimentario no logra diferenciarse significativamente de los grupos comparados.

A pesar de esto, resulta relevante destacar que los resultados de las medias en asertividad de los grupos comparados se sitúan en tal orden, que resultan en coherencia con la idea que, existiría un continuo etiológico de impacto para los factores de riesgo en toda la gama de conductas similares a la anorexia nerviosa (Walters y Kendler, 1995). Esta idea también la desarrolla Garfinkel

(1995), quien plantea que los mismos factores que influyen en el riesgo en el caso de la bulimia nerviosa hacen lo propio pero en menor gravedad con síndromes incompletos de la bulimia. Respecto al grado de asertividad mostrado por los grupos, el grupo que representa al trastorno clínico propiamente tal exhibe el mayor déficit en asertividad, el grupo en riesgo un grado de asertividad intermedio en comparación con el grupo clínico y sin riesgo, y este ultimo, un puntaje que equivale al mayor grado en asertividad.

A partir del resultado de la correlación (**-0,266)** entre las variables riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria y asertividad en la totalidad del universo estudiado, se concluye una correlación inversa débil, lo que significa una correlación no significativa, de esta situación se desprende además, la imposibilidad de predecir con seguridad a partir del riesgo de padecer un trastorno alimentario un déficit en asertividad y viceversa.

Cabe mencionar que en el contexto de los trastornos alimentarios, la existencia de déficit en asertividad se encuentra estrechamente ligada a un conjunto de factores, como por ejemplo, para Olga Castaner la asertividad se encuentra ligada a la autoestima (cit. por Baeriswil, 2001); Para Caballo (1994), una alta insatisfacción corporal se vincula con dificultades en la expresión de conductas asertivas; Raich (1994), plantea que la presencia de alexitimia se vincula a la incapacidad para identificar y expresar sentimientos, evitar los conflictos y las tensiones emocionales; Geller J. y col. (1999), determinan que la depresión en pacientes anoréxicas influye directamente en la inhibición de la expresión de emociones negativas, etc.

Esto implica, en cierto sentido precaución al momento de concluir, debido a la existencia de otras variables que condicionan la presencia de déficit de asertividad, sin embargo, este resultado apunta a considerar la conducta asertiva como un factor inespecífico en el riesgo de padecer un trastorno de la alimentación.

En conclusión, el déficit de asertividad en pacientes con trastornos de la alimentación se ha visto confirmada por este estudio y respaldada por anteriores investigaciones, por lo que resulta recomendable previa evaluación, entrenar y desarrollar la expresión de conductas asertivas en estas pacientes. Sin embargo, en el ámbito de la población en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria, los resultados no son determinantes. El grupo en riesgo de padecer un trastorno alimentario, no logra diferenciarse significativamente de los demás grupos, y además, el puntaje del universo de las participantes correspondiente al riesgo de padecer un trastorno alimentario y asertividad correlacionan débilmente. Esto hace suponer la inespecificidad de la variable y su incapacidad para predecir el riesgo de padecer un trastorno alimentario, ante esto, sería pertinente que la variable asertividad pueda ser estudiada con relación a variables especificas de los trastornos alimentarios, siendo ésta una manera de conocer que factores específicos condicionan o se relacionan a la existencia de déficit en asertividad en población en riesgo y diagnosticada de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria.

LIMITACIONES

Una limitante de nuestra investigación consiste en que los resultados pueden haberse visto influidos por las diferencias existentes en el número de sujetos de cada grupo, en particular, aquellas consideradas en riesgo, cuyo tamaño muestral fue el más pequeño. Por otra parte, la muestra escogida es de carácter no probabilístico, lo que implica que no es posible generalizar los resultados al resto de población. Finalmente, se encontró escasa literatura especializada en este tópico, tanto nacional como extranjera, lo que restringe el ejercicio comparativo con otras poblaciones de estudio.

SUGERENCIAS

En las futuras investigaciones que aborden los temas de las habilidades sociales y la asertividad en el contexto de los trastornos de la alimentación, sugerimos considerar los siguientes aspectos:

a. Realizar estudios correlaciónales en aquellos individuos en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación y que presenten déficit en asertividad con otras variables de interés (autoestima, insatisfacción corporal, etc.)
b. Realizar un estudio de carácter longitudinal en pacientes con trastornos de la alimentación y evaluar las habilidades sociales o la conducta asertiva antes y después de un tiempo determinado de psicoterapia.
c. Discriminar en un grupo clínico los distintos tipos de trastornos alimentarios, para ser evaluada y comparada entre los distintos síndromes la conducta asertiva y sus factores.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría; Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (4ta edición), Barcelona, Masson, 1995.

Abarca, N. & Hidalgo, C. Evaluación de Programas de Prevención Primaria y Secundaria para el Desarrollo de Habilidades Sociales en Jóvenes. Informe Final Proyecto 91-010-E, DIUC 523-64. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1992.

Baeriswyl L., Campos R., Cerda A., Mora J., Medición de la Asertividad y de la Agresividad en alumnos de psicología de las universidades de la V región. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título Profesional de Psicólogo. Universidad Católica de Valparaíso. 2001.

Behar R., La Interpersonalidad en la Anorexia Nerviosa. Rev. de Psiquiatría, VII: 491 – 493. Chile. 1990.

Borresen R., Rsenvinge J., cap. 4. El modelo preventivo escolar Noruego: desarrollo y evaluación; La Prevención de los trastornos alimentarios Vandereycken W., Noordenbos G. Compiladores. Editorial Granica, Barcelona, 2000.

Caballo V., Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Editorial Siglo XXI, Madrid, 2002.

Caballo V., Manual para el entrenamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2, cap. 5. Editorial Siglo XXI, Madrid, 1998.

Cornejo A., Estudio sobre asertividad en una muestra de alumnos de la comuna de lo Herminda. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1986.

Cornejo L., Baranda B., Estudio comparativo de dos métodos de entrenamiento asertivo grupal: conductual - cognitivo vs. Imagineria eidética. Tesis para optar a título de Psicólogo, Pontificia U. Católica de Chile, 1983.

De Dios Vega J. L**.** Factores de vulnerabilidad en los Trastornos del comportamiento alimentario. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 24-CIC: Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_c.htm.

Echeburúa E., Marañon I., Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. Universidad del País Vasco, España, 2001.

Eiber R., Vera L., Mirabel-Sarron C., Guelfi J. D., Estime de soi: éstude comparative entre patients avec troubles de conduites alimentaires et phobiques sociaux. L´Encéphale, XXIX: 35 - 41. 2003.

Fernández F. Y cols. Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. Rev. de Psiquiatría Fac. de Medicina Barcelona, 23,1,30-35 (1996).

Gandarillas A., Trastornos de la alimentación en adolescentes de la población de Madrid: prevalencia de la población con riesgo. Servicio de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2002.

Géller J. Y Col., Inhibited Expresión of Negative Emotions and Interpersonal Orientation in Anorexia Nervosa, Departament of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, 1999.

Garner D., Olmer M., Bohr Y and Garfinkel P. The Eating Attitideds Test: psychometric and clinical correlates. Psicilogical Medicine, 12, 871-878, Great Britain, 1982.

Gil F., León J. Jaranta E., Habilidades sociales y salud. Editorial Pirámide, Madrid, 1995.

Gismero E., Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Clínica y salud, Vol. 12 nº. 3, Pág. 289 - 304. 2001.

Gismero E., Habilidades Sociales y Anorexia Nerviosa. Editorial Grafica Ortega, Madrid, 1996.

González E. y Merino B., Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos de la Alimentación. Ministerio de Salud Publica, Madrid, 2000

González L., Hidalgo M., Hurtado M., Nova C., y Venegas M. Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desordenes alimentarios en alumnos de enseñanza media. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XI, Nº 1, 2002.

Juri A. & Molina V. Asertividad: un Concepto en Evolución. Tesis para optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1982

Kaplan H., Cap: 23. Trastornos de la conducta alimentaria. Sinopsis de Psiquiatría, 8va edición. Editorial Medica Panamericana, Madrid, 2000.

Marín J., Cap. 8, Entrenamiento asertivo en grupo en un servicio hospitalario de consultas externas de psiquiatría. Habilidades sociales y salud. Gil. y cols. Ediciones Pirámide, Madrid, 1995.

Morande G., Conductas de riesgo en adolescentes; trastornos por hacer dietas, anorexias y bulimias nerviosas. Psykhe, vol. 8, Nº 2, 31 - 42. Madrid, 1999.

Muldman S. La escala de asertividad de Spencer A. Rathus (R.A.S.): estructura factorial Terapia Psicológica.-- N°4, (1984), p. 72-77 URL .

Muñoz M. y Turón V., Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria; Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente, 1(2): 33-41, España, Barcelona, 2002.

Murcia M. y col., Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI - II. Rev. Psiquiatría, Psicología del niño y adolescente, 1(1):2 - 8, España. 2001.

Passi, S. & Torres, M. Estandarización para Chile del "Interpersonal Behavior Survey". Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1991.

Pérez, A. & Sepúlveda, V. (1991). Estandarización de las Escalas de Evitación y Ansiedad Social (SAD) y Temor a la Evaluación Negativa (FNE), y Relación entre la Ansiedad Social y los Comportamientos Asertivo y Agresivo. Tesis para optar al título profesional de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Raich R., Anorexia y Bulimia; trastornos alimentarios. Editorial Pirámide. Madrid. 1994.

Rosentrter J., Análisis critico del enfoque y tratamiento de las habilidades sociales desde una perspectiva ontológico - lingüística. Seminario de tesis para optar al grado de licenciado en psicología y al titulo profesional de psicólogo. Universidad Católica de Valparaíso, 1996.

Salorio P. y col., Personalidad y trastornos alimentarios: un estudio mediante el Test de Rorschach. Anales de Psiquiatría Madrid, vol. 19. Nº 1, pp.1 - 4, 2003.

Sampieri R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, México, 1998.

Solano N., Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: "Educando en Salud". Hospital Universitario de Andalucía, Unidad de Nutrición, Madrid, 2004. Disponible en: www.Psiquiatria.com

Stewart A., Cap 5. Experiencias recogidas de un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios; La Prevención de los trastornos alimentarios Vandereycken W., Noordenbos G. Compiladores, edit. Granica, Barcelona 2000.

Stierlin H. Y Weber G. ¿Que hay detrás de la puerta de la familia?; llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa. edit. Gedisa. Barcelona, 1997.

Striengel R., Steiner C., Cap. 1, Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. La Prevención de los trastornos alimentarios Vandereycken W., Noordenbos G. Compiladores, edit. Granica, Barcelona, 2000.

Toro, J., El Cuerpo del Delito, Editorial Ariel S.A., Barcelona, 1999.

Vizcarro C., Cap. 10, Evaluación de las Habilidades Sociales. Evaluación conductual hoy; un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Fernández - Ballesteros compiladores, edit. Pirámide, Madrid, 1994.

Williams G., Chamove A., Millar H. Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. British journal of Clinical Psychology. 29, 327-335, 1990.

Zagalaz L., Romero S., Contreras O., La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal; programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. OEI - Revista Iberoamericana de educación (ISSN: 1681-5653). España, 2002.

APÉNDICE A

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Psicología
Departamento Clínico

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valparaíso___/____/2004

Yo,.....

Rut..... doy completa autorización, en el entendido que esta información será estrictamente confidencial, para ser incluido (a) e un trabajo de investigación efectuado por el departamento Clínico de la Escuela de Psicología, de la Universidad de Valparaíso, en el cual deberé contestar voluntariamente cuestiones para estudiar hábitos alimentarios y características de la conducta social, de las cuales estoy absoluta y claramente informado (a) y por lo tanto, de acuerdo a someterse a las condiciones de dicho estudio.

Firma.....

APÉNDICE B

Test de Actitudes Alimentaria EAT – 40

Edad:

Escolaridad:

Estado Civil:

Peso Actual:

Talla/Altura:

INSTRUCCIONES

Esta es una escala que mide una variedad de actitudes, sentimientos y conductas. Algunos items se relacionan con los alimentos y el comer. Otros preguntan sobre sus sentimientos sobre Ud. Misma (o). **NO HAY PREGUNTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, POR LO TANTO TRATE CON RIGUROSIDAD DE SE LO MÁS FRANCA (O) POSIBLE EN SUS RESPUESTAS, LOS RESULTADOS SON COMPLETAMENTE CONFIDENCIALES.** Lea cada pregunta y coloque una (X) bajo la columna que UD. Considere mejor. Por favor responda cada pregunta muy cuidadosamente. **TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS, GRACIAS.**

Preguntas	**Siempre**	**General-mente**	**A menudo**	**Algunas veces**	**Rara-mente**	**Nunca**
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comida para los demás pero yo no como lo que cocino						
3. Me angustio antes de comer						
4. me asusta mucho estar sobre peso (con exceso de peso)						
5. Evito comer cuado tengo hambre						
6. Encuentro que me preocupo constantemente por el alimento						
7. me he puesto a comer y a beber en grandes cantidades sin control y siento que no voy a poder dejar de hacerlo						
8. Corto mi alimento en pequeños pedazos						
9. Estoy conciente del contenido calórico de los alimentos que como						
10. particularmente evito los alimentos con alto contenido de carbohidratos (ej: pan, papas, arroz, etc.)						
11. Me siento hinchada (o) después de as comidas						
12. Créo que los demás preferirían que yo comiera más						
13. Vomito después que he comido						

Preguntas	Siempre	General-mente	A menudo	Algunas veces	Rara-mente	Nunca
14. Me siento terrible clpable después de comer						
15. El deseo de ser más delgada (o) me da vueltas constantemente en la mente						
16. Hago Ejercicios enérgicamente para quemar calorías						
17. Me peso varias veces durante el día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Me gusta comer carne						
20. Me despierto temprano en la mañana						
21. Como las mismas comidas todos los dias						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicios						
23. Tengo periodos mentruales regulares						
24. Me preocupa el pensar que pueda tener grasa en mi cuerpo						
25. Me demoro más que los demas en comer las comidas						
26. me gusta comer en restorantes						
27. Tomo laxantes (purgantes)						
28. Los demas piensan que soy demasiado delgada (o)						
29. Evito los alimentos que contienen azucar						
30. Consumo alimentos de dieta						
31. Siento que el alimento controla mi vida						
32. Demuestro autocontrol ante la precensia de alimentos						
33. Siento que los demás me presionan para que coma						
34. Pienso mucho en el alimento						
35. Sufro de Estitiquez						
36. Me siento incomoda (o) después de comer dulces						
37. Siempre estoy haciendo dietas						
38. Me gusta que mi estomago este vacío						
39. Disfruto probando alimentos nuevos y ricos						
40. Siento el impulso de vomitar después de las comidas						

APÉNDICE C

- **INSTRUCCIONES:** Por favor, responsa honestamente las siguientes preguntas. Las respuestas son confidenciales. Se agradece su cooperación.

	SI	**NO**
1. ¿Mantiene un peso adecuado a su talla?		
2. ¿Tiene miedo a subir de peso?		
3. ¿Le otorga demasiada importancia a su figura corporal?		
4. ¿Se encuentra más gorda (o) de lo que realmente es?		
5. ¿Cree Ud. Que al estar bajo el peso normal implica algún peligro para la salud?		
6. ¿Siente temor a llega a ser obesa?		
7. ¿Ha presentado suspensión de la menstruación por 3 meses o más sin que sea la causa el embarazo?		
8. ¿Ha ingerido grandes cantidades de alimentos sólidos y/o líquidos en un corto periodo de tiempo sintiendo que pierde el control al ingerir los alimentos, al menos 2 veces por semana?		
9. ¿Se ha provocado el vómito para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
10. ¿Ha usado purgantes para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
11. ¿Ha utilizado diuréticos (medicamento para perder liquido) para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
12. ¿A utilizado enema (lavado intestinal) para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
13. ¿Ha utilizado drogas o medicamentos para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
14, ¿Ha practicado el ayuno para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
15. ¿Ha efectuado ejercicios excesivos para bajar de peso, al menos 2 veces a la semana por un periodo de 3 meses?		
16. ¿Ha masticado y expulsado sin tragar cantidades importantes de comida?		

APÉNDICE D

Inventario de Asertividad de Rathus (1973)

Instrucciones: Indique con una cruz en que medida son descriptivos o característicos de su comportamiento las siguientes afirmaciones, conteste según la opción que más le represente.

	Muy caracte-ristico	Bastante caracte-ristico	Algo caracte-ristico	No muy caract-ristico	No caracte-ristico	Definiti-vamente no caracte-ristico
1. La mayoría de las personas son más agresivas y decididas que yo.						
2. Yo dudo a veces aceptar una invitación debido a mi timidez.						
3. Cuando la comido que he pedido en un restorante, no es satisfactoria yo me quejo con el mozo.						
4. Yo tengo cuidado de no herir los sentimientos de las otras personas, cuando me siento herida (o).						
5. Si un vendedor ha gastado trabajo mostrándome una mercancía que no me gusta, encuentro difícil decirle que no.						
6. Cuando me piden que haga algo, insisto en saber "por que".						
7. Hay momentos en los que deseo una discusión interesante, vigorizante.						
8. yo trata de salir adelante, tanto como otras personas en mi posición.						
9. En realidad a veces las personas se aprovechan de mi.						
10. Me gusta empezar conversaciones con personas nuevas o extrañas.						
11. A veces no sé que decirle a una persona atractiva del sexo opuesto						
12. Dudo en hacer llamadas telefónicas a establecimientos o instituciones publicas.						
13. Prefiero solicitar admisión para un trabajo o una universidad por carta, y no por medio de entrevistas personales.						
14. Me avergüenza devolver un articulo comprado.						
15. Si un familiar cercano me estuviese molestando, preferiría quedarme callada (o) y no expresar mi molestia						

	Muy caracte-ristico	Bastante caracte-ristico	Algo caracte-ristico	No muy caract-ristico	No caracte-ristico	Definiti-vamente no caracte-ristico
16. Trato de evitar de hace preguntas para no parecer como un (a) estúpido (a)						
17. Durante una discusión, a veces tengo tanto miedo de enojarme que tiemblo.						
18. Si un respetado o un famoso conferencista dice algo que yo creo incorrecto, yo deseo también que el publico escuche mi punto de vista.						
19. Evito discutir los precios con los vendedores.						
20. Cuando he hecho algo importante, que vale la pena, intento que otros lo sepan.						
21. Soy abierto (a) y sincero (a) en lo que respecta a mis sentimientos.						
22. si alguien habla mal de mi o circula historias falsas, trato de "hablar" con esa persona tan pronto como sea posible.						
23. A menudo me es difícil decir que "no".						
24. Trato de contener mis emociones para no ser desagradable.						
25. Me quejo del servicio deficiente en un restorante o en cualquier otra parte.						
26. Cuando me dicen un cumplido, a veces no sé qué decir.						
27. Si una pareja cercana de mi en un teatro o conferencias está hablando fuerte, les digo que se callen o que se vallan a hablar a otro lado.						
28. Cualquiera que trate de colocarse delante de mi fila, tendrá que rendirme cuentas.						
29. Expreso mis opiniones rápidamente.						
30. hay momentos en los que no puedo decir nada.						

APÉNDICE E

Nº	EDAD	Diagnostico	Niv. Educacional	PESO	ESTATURA	E.A.T.	ASERTIDAD
1	19	1	Técnica	48	1.61	90	6
2	13	1	Media	58	1.62	70	27
3	16	1	Media	50	1.59	67	-6
4	20	1	Superior	44	1.51	63	-24
5	14	1	Media	40	1.51	63	14
6	24	1	Superior	55	1.72	60	-6
7	21	1	Superior	62	1.62	58	22
8	19	1	Superior	60	1.65	56	-5
9	14	1	Básica	40	1.51	47	-36
10	14	1	Media	42	1.55	44	24
11	21	1	Superior	39	1.51	44	46
12	14	1	Media	39	1.64	38	22
13	16	1	Media	53	1.57	33	-13
14	23	1	Media	46	1.62	26	-25
15	18	1	Media	45	1.54	25	3
16	19	1	Superior	40	1.60	18	5
17	22	1	Superior	53	1.65	16	-19
18	19	1	Técnica	54	1.57	11	-3
19	18	1	Media	43	1.51	8	-30
20	18	1	Media	56	1.60	4	-31
21	27	1	Superior	54	1.57	103	-60
22	17	1	Media	59	1.49	95	-53
23	27	1	Superior	50	1.58	70	27
24	26	1	Superior	67	1.61	68	55
25	17	1	Media	66	1.70	66	1
26	23	1	Media	,	,	65	-19
27	23	1	Técnica	60	1.59	64	-10
28	25	1	Superior	79	1.57	58	17
29	24	1	Superior	59	1.63	57	12
30	21	1	Superior	60	1.60	55	12
31	29	1	Superior	60	1.64	51	-8
32	32	1	Técnica	54	1.63	51	-11
33	20	1	Superior	64	1.62	50	-2
34	21	1	Superior	54	1.51	47	11
35	29	1	Superior	64	1.63	46	39
36	21	1	Superior	64	1.60	42	15
37	16	1	Media	69	1.58	37	46
38	19	1	Superior	52	1.65	35	33
39	21	1	Superior	43	1.52	19	29
40	18	1	Superior	58	1.61	80	-20
41	18	1	Superior	55	1.59	71	34
42	21	1	Superior	56	1.56	63	2
43	22	1	Superior	70	1.64	48	55
44	20	1	Media	56	1.65	48	33
45	20	1	Superior	83	1.64	46	19

46	22	1	Superior	66	1.71	45	32
47	15	1	Media	58	1.63	41	27
48	38	1	Técnica	50	1.59	41	21
49	23	1	Superior	60	1.50	41	9
50	22	1	Superior	67	1.59	39	-29
51	16	1	Media	52	1.58	38	-44
52	26	1	Superior	67	1.56	35	6
53	30	1	Superior	60	1.70	35	21
54	26	1	Superior	100	1.60	34	41
55	25	1	Superior	56	1.45	30	43
56	22	1	Técnica	37	1.55	29	19
57	18	1	Superior	80	1.60	25	13
58	20	1	Superior	58	1.59	23	-1
59	13	1	Media	56	1.54	20	31
60	21	1	Superior	105	1.60	14	17
61	15	2	Media	58	1.66	52	-5
62	19	2	Superior	58	1.57	50	17
63	15	2	Media	49	1.48	45	30
64	18	2	Superior	72	1.75	43	14
65	17	2	Media	63	1.62	40	24
66	20	2	Superior	56	1.57	39	-19
67	23	2	Superior	64	1.61	37	23
68	17	2	Media	70	1.56	36	25
69	18	2	Superior	58	1.58	35	34
70	22	2	Superior	68	1.62	34	31
71	16	2	Media	60	1.66	32	12
72	18	2	Superior	68	1.60	32	-10
73	20	2	Superior	,	1.80	31	32
74	27	2	Superior	67	1.64	31	-37
75	22	2	Superior	58	1.65	31	33
76	14	2	Media	57	1.71	31	28
77	20	3	Superior	60	1.63	29	18
78	16	3	Media	52	1.62	29	28
79	18	3	Superior	56	1.60	29	45
80	22	3	Superior	59	1.63	29	32
81	17	3	Media	51	1.55	28	24
82	21	3	Superior	48	1.54	28	86
83	19	3	Superior	55	1.55	28	26
84	16	3	Media	63	1.63	27	14
85	19	3	Superior	60	1.67	25	18
86	20	3	Superior	90	1.70	24	-13
87	14	3	Media	55	1.61	23	17
88	19	3	Superior	59	1.60	23	35
89	15	3	Media	58	,	22	12
90	19	3	Superior	60	1.63	22	19
91	22	3	Superior	60	1.65	22	-19

92	21	3	Superior	50	1.62	20	51
93	14	3	Media	55	1.55	20	15
94	17	3	Media	56	1.69	20	6
95	16	3	Media	60	1.61	20	28
96	14	3	Media	69	1.68	20	80
97	20	3	Superior	,	1.70	20	-3
98	20	3	Superior	57	1.55	19	-10
99	20	3	Superior	65	1.60	19	-28
100	21	3	Superior	67	1.68	18	64
101	20	3	Superior	60	1.55	19	30
102	23	3	Superior	64	1.70	18	33
103	20	3	Superior	63	1.70	18	-25
104	22	3	Superior	71	1.60	18	26
105	18	3	Superior	69	1.64	18	15
106	16	3	Media	52	1.53	18	36
107	19	3	Superior	60	1.65	18	2
108	21	3	Superior	58	1.67	17	13
109	18	3	Superior	55	1.60	17	17
110	19	3	Superior	49	1.58	17	19
111	15	3	Media	67	1.61	17	26
112	19	3	Superior	63	1.67	17	9
113	23	3	Superior	54	1.56	16	16
114	18	3	Superior	62	1.70	16	40
115	17	3	Media	58	1.54	16	43
116	16	3	Media	60	1.66	16	37
117	19	3	Superior	58	1.60	16	43
118	20	3	Superior	53	1.54	15	-21
119	20	3	Superior	57	1.53	15	58
120	20	3	Superior	63	1.78	15	30
121	20	3	Superior	57	1.64	15	53
122	26	3	Superior	48	1.60	15	30
123	19	3	Superior	52	1.53	15	9
124	22	3	Superior	63	1.68	14	-10
125	20	3	Superior	51	1.67	14	15
126	21	3	Superior	50	1.60	14	68
127	14	3	Media	49	1.60	14	55
128	20	3	Superior	70	1.70	14	39
129	23	3	Superior	45	1.55	13	58
130	17	3	Media	46	1.59	13	-4
131	20	3	Superior	60	1.62	12	6
132	14	3	Media	56	1.61	12	-4
133	20	3	Superior	60	1.59	12	18
134	20	3	Superior	62	1.59	11	-13
135	20	3	Superior	59	1.75	11	9
136	20	3	Superior	67	1.77	11	19
137	21	3	Superior	55	1.59	11	26

138	14	3	Media	54	1.57	11	16
139	18	3	Media	59	1.69	11	-7
140	22	3	Superior	59	1.65	11	-3
141	19	3	Superior	60	1.68	10	15
142	21	3	Superior	47	1.55	10	53
143	20	3	Superior	63	1.61	10	40
144	18	3	Media	52	1.59	10	17
145	16	3	Media	53	1.56	10	-8
146	15	3	Media	65	1.61	9	34
147	17	3	Media	61	1.63	9	18
148	21	3	Superior	55	1.62	9	6
149	20	3	Superior	55	1.65	9	34
150	20	3	Superior	60	2.70	9	30
151	18	3	Superior	58	1.62	9	9
152	15	3	Media	45	1.56	8	18
153	24	3	Superior	57	1.65	8	54
154	21	3	Superior	55	1.58	8	19
155	20	3	Superior	59	1.63	8	29
156	,	3	Superior	50	1.55	7	63
157	22	3	Superior	49	1.63	7	19
158	20	3	Superior	60	1.68	7	23
159	20	3	Superior	54	1.59	7	23
160	14	3	Media	45	1.55	7	0
161	14	3	Media	59	1.67	7	30
162	14	3	Media	50	1.61	7	12
163	16	3	Media	44	1.54	6	8
164	16	3	Media	75	1.61	6	25
165	16	3	Media	53	1.64	6	47
166	14	3	Media	49	1.63	6	22
167	19	3	Superior	49	1.63	7	45
168	,	3	Superior	49	1.58	6	9
169	21	3	Superior	58	1.68	6	52
170	21	3	Superior	56	1.61	5	35
171	19	3	Superior	53	1.61	5	16
172	21	3	Superior	50	1.66	5	12
173	19	3	Superior	53	1.58	5	-20
174	19	3	Superior	49	1.58	5	26
175	20	3	Superior	56	1.71	4	9
176	17	3	Media	58	1.69	4	34
177	17	3	Media	48	1.52	4	32
178	16	3	Media	60	1.57	4	14
179	21	3	Superior	51	1.58	4	16
180	17	3	Media	63	1.73	3	40

Diagnostico:

1: Trastorno de la alimentación Diagnosticado según DSM – IV

2: Riesgo de padecer un Trastorno Alimentario

3: Sin Riesgo de padecer un Trastorno Alimentario