

Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas

Rodrigo César León Hernández,¹ Gilda Gómez-Peresmitré,¹ Silvia Platas Acevedo¹

Artículo original

SUMMARY

Research about ED (eating disorder) has shown important advances in the last decades. We have distinguished two main ways of approaching this topic. On the one hand there are several works in the clinical field, focused in studying the symptomatology, psychiatric taxonomy and treatment of those disorders. On the other hand, there is significant research on the epidemiological field, which is more focused towards the understanding of the phenomenon. In fact, this second approach led to the development of the preventive approach in the late 90s. This approach focuses in the population at risk and this work is framed in the preventive approach.

The difference between a TCA and a risk factor is that the first one forms a syndrome, a set of symptoms (quantitatively and qualitatively) grouped as diagnostic criteria identified in the DSM-IV-TR. On the other hand, risk factors are those isolated manifestations or symptoms that appear with a lesser magnitude and frequency. For example, abnormal eating behavior like following a diet to control weight or excessive concern about personal body weight.

One of the most important factors that occurs before the development of an ED is following a restricted diet. Hence, the risk for people on a diet of turning into clinical cases increases eight times. Moreover, such behavior has become a normative practice, specifically in Western societies.

Thus, several authors have pointed out that patients show autonomy problems previous to the disorder. Examples include interpersonal problems such as introversion, insecurity, dependency, social anxiety, lack of assertiveness, difficulty to establish relationships with the opposite gender, inefficiency feelings, failure and lack of control in the academic, working and social fields. All these are indicators of a latent discrepancy of social skills.

Considering that restricted dieting represents a fundamental risk factor on the development of an ED, and under the assumption that the deficit in social skills is a predisposing factor in such disorders, the aim of this work was to determine if there is a relation between various social skills and abnormal eating behaviors (following a restricted diet or concern about weight and food) in Mexican adolescent women.

We worked with a sample of N=700 women, coming from five different public middle schools mixed with $\bar{X} = 12.81$ years old and $SD=0.73$. The data was collected through two instruments: Health and Nourishing Questionnaire, and Pluridimensional Assertive Behavior Scale, adapted to the Mexican population.

Among the more relevant results we found a significant correlation between the following two variables: social skills and eating behaviors (dieting $r=0.148$, $p<0.01$ and concern about weight and food $r=0.081$, $p<0.05$). Although the correlation was low, it can be interpreted as a tendency in the following way: «the more problems in social skills the person has, the more restricted diets and concerns about weight and food we can observe».

In a second analysis, in which extreme groups (high and low social skills) were compared, our results confirmed the theory about relating these two variables. The mean values indicate that in the first group (low social skills) restricted dieting was a greater problem [$t(306)=-1.329$, $p=.002$] than in the second group (high social skills).

Other results showed that more than half of the participants (56%) have followed a restricted dieting in the past and 65% of them are concerned about their body weight. Additionally, a significant correlation between these two variables was found ($r=0.677$, $p<0.01$), confirming that these behaviors have become normative among women at this age and these constitute a latent risk to the development of ED.

Furthermore, it is a cause of concern that the findings of this study show that girls are involved in restricted dieting even at an early age (seven years old) and that at six years old they begin to be concerned about their body weight. These results are similar to other studies that show women starting practices that might produce eating disorders at very early stages nowadays, due to being more exposed and more vulnerable to social pressure that promotes the thinness culture.

One of the most interesting contributions was the fact that among Mexican adolescent women, similarly to women in the western world (USA, France or Spain), we have found a relation between low levels in social skills and restricted dieting. This phenomenon increases the risk of suffering from an ED, and shows the effects of social pressure referring to the thinness culture in countries such as Mexico, with its still developing society.

It is important to point out that, in order to make the relation clear, it is necessary to accomplish more research towards determining a causal relationship between the two variables. In this way, data can be obtained in order to build up prevention strategies in the following way: training in Social Skills (TSS) could act as a protection factor against the development of these disorders. If a deficit in social skills can predict weight control dieting, the TSS might decrease or eliminate the risk in adolescents frequently subdued to dieting and/

¹ Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Dr. Rodrigo César León Hernández. UNAM. Av. Universidad 3004, Copilco-Universidad, Coyoacan, 04710, México, DF. Correo electrónico: rod_leonher@yahoo.com.mx

Recibido primera versión: 15 de febrero de 2007. Segunda versión: 15 de enero de 2008. Tercera versión: 3 de julio de 2008. Aceptado: 1° de agosto de 2008.

or show risky eating behavior as a consequence of social pressure towards thinness.

Among the limitations of this study we can mention that the results cannot be generalized from the particular study sample. For this purpose we propose working with probabilistic samples and with different features, as well as implementing a new analysis that could show the specific social skills in which the problem is accentuated. This would contribute to search the possible causal link between the variables «social skills» and «risk eating behaviors».

Key words: Eating disorders, risk factors, restricted dieting, social skills, student women.

RESUMEN

En las investigaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se distinguen dos vertientes principales. Por una parte proliferan los trabajos en el ámbito clínico, éstos se enfocan en la sintomatología, en esclarecer la taxonomía psiquiátrica y en el tratamiento de dichos trastornos. Por otra parte, se constata la investigación en el ámbito epidemiológico, la cual está más enfocada en la comprensión del fenómeno. De esta segunda vertiente se deriva, a principios de la década de los noventa, el enfoque preventivo, el cual centra su interés en la población de riesgo. Es en este enfoque en el cual se enmarca el presente trabajo.

La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome, un conjunto de síntomas (cuantitativa y cualitativamente) agrupados como criterios diagnósticos señalados en el DSM-IV-TR, mientras que los factores de riesgo son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia.

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar si existe relación entre las variables: habilidades sociales y conductas

alimentarias anómalas (seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida) en mujeres adolescentes mexicanas.

Se trabajó con una muestra de $N=700$ mujeres de cinco distintas secundarias públicas mixtas con $\bar{X}=12.81$ de edad y $DE=0.73$. Los datos se recopilaron mediante dos instrumentos: el Cuestionario de Alimentación y Salud, y la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva adaptada a población mexicana.

Entre los resultados de mayor relevancia se encontró una correlación significativa entre las variables: habilidades sociales y conductas alimentarias anómalas (dieta $r=0.148$, $p<0.01$ y preocupación por el peso y la comida $r=0.081$, $p<0.05$). Aunque la correlación fue baja resultó ser positiva, esto se puede interpretar como una tendencia en la siguiente dirección: «A mayor problemática en habilidades sociales, mayor seguimiento de dieta restringida y mayor preocupación por el peso y la comida».

En un segundo análisis en el cual se compararon grupos extremos (nivel alto y nivel bajo de habilidades sociales), se encontraron resultados que confirman la relación entre estas variables. El valor de las medias indica que en el grupo con nivel bajo de habilidades sociales se reportó una mayor problemática durante el seguimiento de una dieta restringida [$t(306)=-1.329$, $p=.002$], comparado con el grupo de nivel alto de habilidades.

Una de las aportaciones más interesantes fue el hecho de que entre las adolescentes mexicanas, a semejanza de mujeres que habitan en países de primer mundo como EU, Francia y España, se encontró una relación entre niveles bajos de habilidades sociales y el seguimiento de una dieta restringida. Este fenómeno incrementa el riesgo de padecer un TCA y pone de manifiesto el efecto de la presión social con referencia a la cultura de la delgadez en países como México, que es una sociedad en vías de desarrollo.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, factores de riesgo, dieta restringida, habilidades sociales, mujeres estudiantes.

INTRODUCCIÓN

La investigación en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha mostrado importantes avances en las últimas tres décadas. Estas investigaciones se distinguen porque abordan el tema desde dos vertientes principales. Por una parte se encuentran los trabajos en el ámbito clínico, éstos se enfocan en la sintomatología, en la taxonomía psiquiátrica y en el tratamiento de dichos trastornos. Por otra parte, se constata la investigación en el ámbito epidemiológico, la cual está más enfocada en la comprensión del fenómeno. De esta segunda vertiente se derivaron, a principios de la década de los noventa, las estrategias de prevención, las cuales centran su interés en la población de riesgo.

De acuerdo con autores mexicanos los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma. La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome —un conjunto de síntomas (cuantitativa y cualitativamente) agrupados como criterios

diagnósticos de la anorexia, bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificado señalados en el DSM-IV-TR—,¹ mientras que los factores de riesgo son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia.² De acuerdo con el modelo propuesto por Levine y Smolak,³ no hay distinción entre las entidades diagnósticas porque el supuesto subyacente es que la psicopatología es similar en estos trastornos.

La conducta dietaria representa uno de los factores de riesgo de mayor peso y precede el desarrollo de los trastornos alimentarios.⁴⁻⁶ De acuerdo con algunos autores,⁷ el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos es ocho veces mayor que el de los no dietantes.

En países de primer mundo, el seguimiento de dietas restringidas ha alcanzado el nivel de prácticas normativas. Así, el realizar dietas con propósitos de control de peso se ha convertido en un fenómeno promovido, aceptado y reforzado por la sociedad. Cada vez más gente se involucra en el inicio de estas prácticas sin asistencia profesional, pasando por alto los riesgos para la salud a los que se exponen.

En países en desarrollo, como en el caso de México, el seguimiento de dichas prácticas es cada vez más popular, se

observa que los patrones alimentarios restrictivos también se han convertido en una conducta «normal» ampliamente aceptada.⁸ Además, se ha documentado un punto crítico de riesgo en adolescentes mujeres de 11 años, quienes presentan los más altos porcentajes de factores de riesgo asociados con imagen corporal y seguimiento de dieta restringida, en comparación con adolescentes de distintos grupos etarios.⁹

De acuerdo con algunos estudios existen diferentes causas que han provocado la creciente popularidad de las dietas, entre ellas destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, que está asociada erróneamente con la belleza, salud y el autocontrol.⁷ Cabe destacar que son las mujeres quienes se ven más afectadas por la presión social y consecuentemente se involucran en dietas para bajar de peso, desarrollan trastornos del comer y se someten a intervenciones quirúrgicas que ponen en riesgo su salud.^{10,11}

Por otra parte, es importante mencionar a los factores de riesgo de índole cognitivo-conductual, en particular «la preocupación por el peso y la comida», que hace referencia a los sentimientos de culpa que surgen debido a la forma de comer, a la lucha que se sostiene por no comer, así como a las conductas que se siguen para no subir de peso y, que a su vez, contribuyen a exacerbar la conducta dietaria.^{5,8}

Otra de las variables de estudio fue el nivel de habilidades sociales. Diversos autores coinciden al señalar que previamente al trastorno estos pacientes presentan problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social.¹²⁻¹⁴

En otro estudio se señala que existen factores predisponentes en la anorexia tales como: la dificultad para expresar con palabras afectos, emociones y deseos; necesidad de aprobación externa para mantener la autoestima y desarrollar autonomía,¹⁵ indicadores todos éstos de una latente dificultad en el ámbito de las habilidades sociales.

De este modo, el seguimiento de dieta restringida representa un factor de riesgo medular en el desarrollo de un TCA, e igualmente el déficit de habilidades sociales constituye un factor predisponente de dichos trastornos. En el presente trabajo se tiene como objetivo determinar si existe relación entre las variables: habilidades sociales y conductas alimentarias anómalas (seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida) en mujeres adolescentes mexicanas.

METODOLOGÍA

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de N=700 mujeres que estudiaban primero, segundo y ter-

cer grado de secundaria, de entre 12 y 15 años de edad ($\bar{X}=12.81$ y $DE=0.73$) provenientes de cinco distintas secundarias públicas mixtas del área metropolitana.

Instrumentos

Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos:

1. Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Peresmitré 1998). Se utilizó la Sección B «Conducta alimentaria y estrés», y la Sección K «Imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad». Igualmente se tomaron en cuenta dos factores de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA): el Factor 2 (preocupación por el peso y la comida) y el Factor 6 (seguimiento de dieta crónica y restringida). La escala tipo Likert está formada por 75 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde «nunca» (puntaje=1), hasta «siempre» (puntaje=5) con una opción intermedia «frecuentemente» (puntaje=3). Tiene un alpha general de .9017 y explica 42.8% de la varianza en su versión para mujeres.
- 2) La Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva (EPCA) de Gismero,¹⁶ adaptada a población mexicana.* El instrumento mostró un buen índice de variabilidad en cada uno de sus 33 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van desde «nunca» (puntaje=1), hasta «siempre» (puntaje=4); se obtuvo un alpha general de .84 que explicó 42.9% de la varianza. Además, presentó buena capacidad de discriminación entre el nivel bajo y el nivel alto de habilidades sociales al clasificar al 100% de los casos. El análisis factorial de Componentes Principales con Rotación Ortogonal VARIMAX arrojó siete factores. El criterio de calificación para los dos cuestionarios utilizados en el presente estudio fue «a mayor puntaje, mayor problema».

Procedimiento

Se solicitó la colaboración de las autoridades escolares a quienes se les informó los objetivos de la investigación. Además, se pidió el consentimiento firmado a los padres de familia exponiéndoles los objetivos de investigación y la participación voluntaria. Asimismo, se aclaró que los participantes no se expondrían a ningún riesgo y que los datos serían confidenciales, y con fines de investigación. Posteriormente, en los salones de clase se informó a los participantes, de manera clara y sencilla, los fines de la investigación, así como el anonimato de las respuestas y de su participación voluntaria. Igualmente, se solicitó su consentimiento verbal para iniciar la aplicación de los instrumentos (duración aproximada una hora).

*León, HR. Modelos de prevención en trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. Proyecto de investigación doctoral. Facultad de Psicología, UNAM, 2008.

Por último, se expusieron los resultados de la investigación a las autoridades, maestros y padres de familia de cada una de las cinco escuelas secundarias que colaboraron en el estudio.

RESULTADOS

Como se puede observar en la figura 1, las respuestas obtenidas en el Cuestionario de Alimentación y Salud mostraron que poco más de la mitad de los participantes (56%) había hecho dieta restringida alguna vez en su vida, mientras que 44% no se había involucrado en esta práctica.

Con respecto a la preocupación por el peso corporal, 65% de las participantes respondió «Sí» estar preocupada por su peso (figura 1). Estas variables se midieron por medio de los reactivos: «¿Has hecho dieta alguna vez en tu vida?» y «¿Te preocupa tu peso corporal?», ambos con opción de respuesta dicotómica: «sí» o «no».

El rango de edad de inicio de dieta fue de los siete hasta los 15 años con \bar{X} = 11.66 años y DE = 1.27. Asimismo, la edad en la cual les empezó a preocupar su peso corporal abarcó de los seis a los 14 años, con una \bar{X} = 11.38 y DE = 1.2. Como se puede observar, el punto pico de los factores riesgo se sitúa alrededor de 12 años (figura 2). Estas variables fueron analizadas por medio de preguntas abiertas como por ejemplo: «¿A qué edad hiciste tu primera dieta?» y «¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?»

Cuando se les preguntó a las participantes acerca de cómo se percibían, autopercepción, se puede observar (cuadro 1) que del total de la muestra poco más de la mitad reportó «peso normal» (56%). Los porcentajes restantes se distribuyeron normalmente y disminuyeron hacia los extremos (opciones: «muy gorda» y «muy delgada»).

A diferencia de lo que sucedió con respecto a autopercepción, cuando se les preguntó por el «peso deseado» («¿qué peso te gustaría tener?») se observó que el grueso de la muestra reportó un deseo de disminuir su peso y eligió las siguientes categorías: «menor del que actualmente tengo» (37%) y «mucho menor del que actualmente tengo» (26%) (cuadro 2).

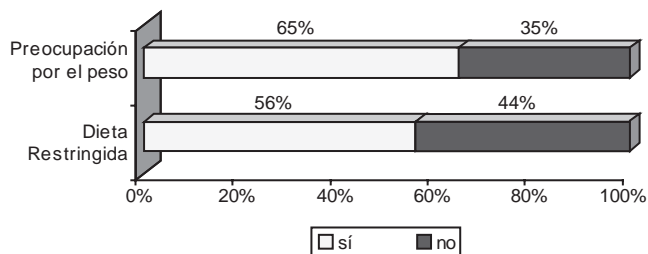


Figura 1. Porcentajes de respuesta a las variables dieta restringida y preocupación por el peso

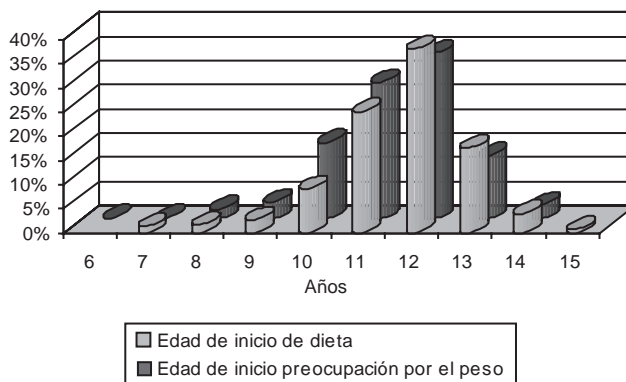


Figura 2. Porcentajes de respuesta a las variables ¿a qué edad hiciste tu primera dieta? y ¿a qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?

Una vez que se confirmó que entre las participantes existe un deseo de reducir su peso y un alto porcentaje de seguimiento de dieta con propósitos de control de peso, se procedió a aplicar una R de Pearson para determinar la relación entre las siguientes variables: «seguimiento de dieta restringida» (Factor 6 EFRATA), «preocupación por el peso y la comida» (Factor 2 EFRATA) y «habilidades sociales» (EPCA).

Como se puede observar en el cuadro 3, se confirmó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida (R=0.68, p<0.01). Es decir, a mayor preocupación por el propio peso y lo que se come, mayor será la conducta dietante o viceversa, ya que esta relación no es causal.

Respecto a la relación entre las variables asociadas con una conducta alimentaria anómala y habilidades sociales,

Cuadro 1. Distribución porcentual de la variable autopercepción del peso corporal

Categorías de autopercepción	%
Obesa-muy gorda	4.1
Con sobrepeso-gorda	23.1
Peso normal-ni gorda ni delgada	56.2
Por abajo del normal-delgada	15.1
Muy por abajo del normal-muy delgada	1.5
Total	100.0

Cuadro 2. Distribución porcentual de la variable peso deseado

Qué peso te gustaría tener	%
Mucho menor del que actualmente tengo	25.9
Menor del que actualmente tengo	36.6
El mismo que tengo	30.0
Más alto del que actualmente tengo	6.7
Mucho más alto del que actualmente tengo	0.6
Total	100.0

DISCUSIÓN

Cuadro 3. Correlaciones (R de PEARSON) entre habilidades sociales, seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida

	Habilidades Sociales (HS)	Seguimiento de Dieta Restringida
Seguimiento de Dieta Restringida (SDR)	0.15**	
Preocupación por el Peso y la Comida (PPyC)	0.08*	.68*

*Correlación significativa a nivel 0.05 (2-tailed)
 **Correlación significativa a nivel 0.01 (2-tailed)

se encontró una correlación baja entre habilidades sociales y seguimiento de dieta restringida (R=0.15, p<0.01), y entre habilidades sociales y preocupación por el peso y la comida (R=0.08, p<0.05). Sin embargo, aunque la correlación fue baja, resultó ser positiva y estadísticamente significativa dado el tamaño grande de la muestra (cuadro 3). Dicha relación se puede interpretar sólo como una tendencia en la siguiente dirección: a mayor problemática en habilidades sociales mayor seguimiento de dieta restringida, y mayor preocupación por el peso y la comida.

Con el propósito de explorar la relación entre las tres variables de estudio, se formaron grupos extremos con la variable: «habilidades sociales por medio de cuartiles». De esta forma, la muestra inicial quedó dividida en tres grupos: Grupo 1 (n=160), nivel alto de habilidades sociales; Grupo 2 (n=392), nivel medio y Grupo 3 (n=148), nivel bajo de habilidades sociales. Además, se realizaron comparaciones entre los grupos 1 y 3 «nivel alto y bajo de habilidades sociales» con respecto a las variables «Seguimiento de dieta restringida» y «Preocupación por el peso y la comida».

La prueba t de Student para muestras independientes mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de habilidades sociales altas y bajas como sigue: a) en la variable «seguimiento de dieta restringida» [t (306)= -1.329, p=.002]. El valor de las medias indica que el grupo con nivel alto de habilidades sociales presenta menor seguimiento de dieta restringida, en comparación con el grupo formado por participantes con niveles bajos de habilidades sociales, quienes presentan en mayor grado esta problemática.

Es decir, cuando existe un bajo nivel de habilidades sociales, mayor es el seguimiento de dieta. b) En la variable «preocupación por el peso y la comida» no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación (cuadro 4).

Los altos porcentajes de participantes que se preocupan por su peso (65%) y que han realizado dieta (56%) confirman la aseveración de que en México los patrones alimentarios restrictivos también se convierten con el paso del tiempo en una conducta «normal», ampliamente aceptada.⁸

Si se toma en cuenta la edad de las adolescentes (\bar{X} =12.81 y DE=0.73), así como el promedio de edad de inicio de seguimiento de dieta restringida (\bar{X} =11.66) y la preocupación por el peso y la comida (\bar{X} =11.38), se confirma el hallazgo mencionado en estudios previos, el cual señala que alrededor de los 11 años los factores de riesgo que predicen trastornos alimentarios se encuentran en el punto más alto.⁹

Sin embargo, resulta preocupante que los datos de la presente investigación indiquen que a edades tan tempranas (siete años por ejemplo), las niñas ya estén involucradas en conductas dietarias y que a los seis años se empiecen a preocupar por su peso corporal (figura 2). Estos resultados coinciden con otras investigaciones en las que se documenta que las mujeres, cada vez a edades más tempranas, se inician en prácticas que las sitúan en riesgo de padecer un trastorno alimentario,⁹ ya que están más expuestas y son más vulnerables ante la presión social que promueve el culto a la delgadez.¹⁷

Los estudios antes citados pueden explicar el fenómeno que se reportó en el presente estudio, en el que se observa que, aunque el grueso de la población (56%) se percibió con peso normal «ni gorda ni delgada», una gran proporción de las participantes opina que les gustaría pesar «mucho menos» (26%) y «menos» (37%) del peso que tenían en el momento que se realizó la investigación. Cabe señalar, que no se tomaron medidas antropométricas, por tal motivo no se puede comprobar si la autopercepción de las participantes es objetiva y el deseo de bajar de peso se debe a razones de salud. Sin embargo, los altos porcentajes de las participantes que deseaban pesar menos sugieren que es por el deseo de lucir una figura delgada, no saludable. No obstante, se sugiere incluir medidas antropométricas en los estudios dirigidos a explorar conductas de riesgo asociadas con TCA, con el propósito de comprobar si la preocupación por el peso es una inquietud emocional o es el reflejo de una preocupación real.

El resultado de mayor relevancia fue la confirmación de una tendencia al correlacionar las variables «habilidades sociales» y «conductas alimentarias anómalas» en la

Cuadro 4. Comparación por niveles de habilidades sociales y conductas alimentarias anómalas

Variable de estudio	Prueba "t de Student para muestras independientes"						
	t	gl	Sig.(2 colas)	\bar{X} y DE Habilidades altas	\bar{X} y DE Habilidades bajas		
Preocupación por el peso y la comida	-3.097	306	0.185	\bar{X} = 1.80 DE=0.73	\bar{X} = 1.91 DE=0.78		
Seguimiento de dieta restringida	-1.329	306	0.002	\bar{X} = 1.38 DE=0.54	\bar{X} = 1.61 DE=0.72		

siguiente dirección: a mayor problemática en habilidades sociales, mayor seguimiento de dieta restringida y mayor preocupación por el peso y la comida. Estos resultados coinciden con estudios anteriores en los que se señala que previamente al trastorno, estos pacientes presentan problemas relacionados con habilidades sociales.^{12,18}

En un segundo análisis en el cual se compararon grupos extremos, se encontraron resultados que confirman la relación entre estas variables: en el grupo con «nivel bajo de habilidades sociales» se reportó mayor problemática en seguimiento de dieta restringida (diferencia estadísticamente significativa) al compararlo con el grupo de nivel alto de habilidades. Esto concuerda con otro estudio realizado con mujeres universitarias del Distrito Federal (N=360) en el cual se sugiere que la ausencia de habilidades sociales, específicamente las que se refieren al manejo de emociones y estrés, incrementan la influencia de una imagen corporal negativa y de conductas alimentarias anómalas.¹⁹ Así pues, estos resultados encuentran sustento en la bibliografía que señala que existen factores predisponentes relacionados con habilidades sociales.¹⁵

La importancia de los resultados obtenidos en el presente estudio radica en que entre las adolescentes mexicanas, a semejanza de mujeres que habitan en países de primer mundo como EU, Francia y España, se encontró una relación entre niveles bajos de habilidades sociales y el seguimiento de dieta restringida, fenómeno que incrementa el riesgo de padecer un TCA, y pone de manifiesto el efecto de la presión social ocasionada por la cultura de la delgadez en países como México, que es una sociedad en vías de desarrollo.

Cabe señalar que para esclarecer dicha relación se requiere continuar realizando investigaciones que contribuyan a determinar un sentido causal entre ambas variables. De esta forma, se pueden obtener elementos para iniciar las estrategias de prevención en la siguiente dirección: el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) no sólo podría fungir como un factor protector en el desarrollo de estos trastornos. Si el déficit de habilidades sociales predice el seguimiento de dietas con propósitos de control de peso, el EHS podría disminuir o eliminar el riesgo de las adolescentes que frecuentemente se someten a dieta y/o presentan conductas alimentarias de riesgo como consecuencia de la presión social de la delgadez. Para confirmar esta propuesta se sugiere realizar estudios longitudinales que utilicen el EHS como estrategia de prevención de estos trastornos.

Entre las limitaciones de la presente investigación se señala que los resultados no pueden ser generalizados a partir de la muestra de el presente estudio, ya que no es represen-

tativa de las mujeres adolescentes de nuestro país. De tal forma, se sugiere trabajar con muestras probabilísticas, así como utilizar nuevos análisis que muestren las habilidades sociales específicas en las que se acentúa la problemática.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: 2002.
2. Mancilla D, Gómez-Peresmitré G, Álvarez G, Franco P, Vázquez A et al. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: Mancilla D, Gómez Pérez-Mitré G (eds). Trastornos alimentarios en hspanoamérica. México: Manual Moderno; 2006.
3. Levine MP, Smolak L. Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: the example of early adolescence. En: Crowter JH, Tennebaum DL, Hobfoll SE, Stephens MP (eds). The etiology of bulimia nervosa. New York: Hemisphere Publishing Corporation; 1990.
4. Herman CP, Polivy J. Restrained eating. En: Stunkard AJ (Ed). Obesity. Philadelphia: Saunders; 1980.
5. Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing: A causal analysis. *Am Psychol* 1985;40:193-201.
6. Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol* 1986;41:246-263.
7. Hill AJ. Preadolescent dieting: Implications for eating disorders. *Int Rev Psychiatry* 1993;5:87-100.
8. Gomez Peresmitre G, Pineda GG, L'esperance LL, Hernández AA, Platas AS et al. Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana Psicología* 2002;19(2):125-132.
9. Gómez-Peresmitré G, Alvarado HG, Moreno EL, Saloma GS, Pineda GG. Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana Psicología* 2001;18(3):313-324.
10. Agras WS. Eating disorders. Management of obesity, bulimic and anorexic nervosa. Nueva Cork: Pergamont Press; 1988.
11. Orbach S. Hunger strike: the anorectics struggle as a metaphor for our age. Penguín: Harmonds Worth; 1993.
12. Mizes JS. Assertion deficits in bulimia nervosa: assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy* 1989;20:603-608.
13. Garner DM, Bemis K. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy Research* 1982;6:123-150.
14. Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 1982;21:167-179.
15. Toro J, Villardel E. Anorexia nervosa. España: Martínez Roca; 1987.
16. Gismero GE. Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1996.
17. Gómez Pérez-Mitré G. Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana Psicología* 1999;1(16):153-166.
18. Godart N, Perdereau F, Curt F, Lang F, Venisse JL et al. Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating Weight Disorders* 2004;9:249-257.
19. Rios SM, Osorio GM. Influencia del modelo estético corporal y déficit de habilidades sociales: Un riesgo para la salud en adolescentes mexicanos. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud* 2001;9:391-403.