

Programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima

Assertive skills program for social interaction in patients with anorexia and bulimia nervosa from a specialized clinic in Lima

Diana Marizol Pacheco Ponce¹

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto del programa de habilidades asertivas para la interacción social en una muestra de pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) quienes asistían a una clínica especializada de Lima. Para tales fines, se efectuó la investigación con un diseño de pre y post test, en un grupo de 49 pacientes diagnosticadas con trastorno de la conducta alimentaria, específicamente AN y BN, divididas en grupo experimental ($n = 24$) y grupo control ($n = 25$), aplicándose la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (EHS), como instrumento de medición de la variable dependiente. Luego de la intervención, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las habilidades asertivas generales, así como en sus diferentes factores ($p < .05$ y $p < .01$), a excepción del Factor I (autoexpresión en situaciones sociales) y el Factor V (hacer peticiones). Se concluye que el programa es en general efectivo para mejorar algunas habilidades asertivas en esta población.

PALABRAS CLAVE: Programa de habilidades asertivas, interacción social, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

SUMMARY

This study had as aims to evaluate the effect of the assertive skills program for social interaction in a sample of patients with anorexia nervosa (AN) or bulimia nervosa (BN) who attended a specialized clinic in Lima. For these purposes, the research was carried out with a design of pre and posttest, in a group of 49 patients diagnosed with eating disorder, AN and BN symptoms, divided into experimental group ($n = 24$) and control group ($n = 25$). The Gismero's Social Skills Scale (EHS), was used as an instrument to measure the dependent variable. After the intervention, the results shown statistically significant differences ($p < .05$ and $p < .01$) between the groups in general assertive skills, as well as in their different factors, except for the Factor I (self-expression in social situations) and the Factor V (making requests). It is concluded in the effectiveness of this program to increase certain assertive skills in this population.

KEYWORDS: Assertive skills program, social interaction, anorexia nervosa, bulimia nervosa

¹ Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú

ARTÍCULO ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, sobre todo en la cultura occidental, se observa un incremento de los problemas relacionados con el peso y la imagen corporal, los adolescentes están muy influenciados por los modelos estéticos corporales de delgadez imperantes en la sociedad, y la difusión de mensajes publicitarios pro-delgazamiento siguen un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la anorexia y la bulimia nerviosa. Para entender de qué manera los mensajes sobre el valor de la delgadez llegan a ser parte de la imagen corporal ideal es necesario conocer a los agentes encargados en su transmisión. Así, desde un modelo sociocultural, la familia, el entorno social próximo y los medios de comunicación constituyen elementos claves en este proceso (Behar et al., 2006; Lazo et al., 2015; Uzunian & Vitale, 2015).

En el contexto actual, la reverencia a la delgadez desproporcionada, alentada por el ideal estético dominante, es considerada uno de los factores predisponentes en la manifestación de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Maganto; 2011, Maganto & Goraigordobil, 2015). Dentro de los trastornos alimentarios más conocidos tenemos la anorexia y la bulimia nerviosa, los mismos que vienen siendo diagnosticados con mayor frecuencia en la consulta médica; psiquiatras y psicólogos estudian al paciente, la familia y su entorno, no obstante, la complejidad de estos trastornos aun conduce a diagnósticos erróneos o tardíos lo cual enlentece el inicio de un tratamiento acertado y la recuperación total en la primera etapa de la aparición de los síntomas.

La American Psychiatric Association (2013) señala que

La anorexia nerviosa se define como la restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades lo cual conduce a un peso corporal significativamente bajo. Este trastorno es producto de la percepción distorsionada de la figura corporal y el miedo exagerado a engordar o ganar peso; incluso teniendo un peso significativamente bajo. (p.191)

Asimismo, la American Psychiatric Association (2013) señala también que

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones alimentarios (ingesta de gran cantidad de alimentos en corto tiempo con sensación de pérdida de control sobre la

ingesta de los alimentos) y conductas compensatorias inapropiadas (vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, periodos de ayuno o consumo de fármacos), por lo menos una vez por semana, para evitar el aumento de peso. (p.193)

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son considerados cuadros complejos debido a su multicausalidad (Negrete, 2015; Duarte & Mendieta, 2019); así las implicancias que tienen en la salud afectan la funcionalidad, tanto de la persona como la familia que acompaña, debido a sus graves consecuencias. Es por ello que son apreciados como un problema de salud pública (Duarte & Mendieta, 2019) por la relevancia social que representan, siendo las mujeres jóvenes y adolescentes de países en desarrollo y vías de desarrollo el grupo más vulnerable (Peláez et al., 2005). Además, si estas pacientes no reciben un abordaje apropiado, la morbilidad y mortalidad aumenta.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citados por Vander Elst Letzer (2019) habría en el mundo más de 70 millones de personas con algún TCA. Estos trastornos se hallan entre las tres primeras enfermedades crónicas sufridas por adolescentes mujeres en los países industrializados, mostrando un incremento de sus casos hasta inicios del nuevo siglo (Lazo et al., 2015). Los TCA afectan aproximadamente entre el 3 y 5% de la población adolescente y joven, en su mayoría mujeres (American Psychiatric Association, 2013; Miranda, 2016; Nebot, 2017; Peláez-Fernández et al., 2005), a ello le podemos sumar un 17% (Lazo et al., 2015; Miranda, 2016) de adolescentes estudiantes con comportamientos de riesgo para padecer TCA, teniendo a 1 de cada 4 adolescentes o jóvenes con un cuadro de conducta alimentaria o comportamientos de riesgo para tenerlo. Así, las consecuencias de caer en este trastorno implican que un grupo de personas convivirá con esta patología, de forma crónica o con síntomas residuales (Linerós-Linero & Martínez-Núñez, 2018) aumentando su riesgo a morir, el cual se estima en 0.5% al año y crece exponencialmente cuando se sostiene a través de los años, llegando a presentar muertes entre el 5.6% a 10% por década por problemas en su salud o suicidio (American Psychiatric Association, 2013; Pérez, 2017). El problema no termina ahí pues los seguimientos a 20 años reportan una mortalidad del 20%, y cuando presentan un peso inferior a 35 kg, independientemente del tiempo la tasa de mortalidad crece al 15% (García-Camba, 2007; Perpiña, 2014).

ARTÍCULO ORIGINAL

Los TCA se caracterizan también por presentar una variada comorbilidad psiquiátrica, lo que empeora el cuadro y complica la evolución del mismo, volviéndose un factor pernicioso, pues además de ello incrementa la posibilidad de abandono del tratamiento (Perpiña, 2014), perpetuándose así el cuadro. Dentro de esta comorbilidad encontramos los trastornos del estado de ánimo (depresión, bipolaridad, distimia) y los trastornos de ansiedad, como la fobia social, que menoscaba la interacción con otros, a ello se suman desórdenes de la personalidad, además de alcoholismo y abuso de sustancias (American Psychiatric Association, 2006; Behar, 2010a; 2010b; López-Gómez, 2007; Perpiña, 2014).

Todos estos factores deterioran la calidad de vida y el bienestar de la persona, no solo su salud se perjudica sino también su propia economía y los vínculos que establece, llegando al aislamiento o deterioro en sus relaciones interpersonales. Así lo demuestran diversas investigaciones en esta población; por ejemplo, Ágh et al. (2016) informaron que los pacientes jóvenes y adultos con TCA presentan una baja calidad de vida asociada a la salud por debajo de los grupos generales, teniendo un mayor gasto y uso anual del servicio de salud; donde el factor psicológico de la calidad de vida es el más relevante (Baiano et al., 2014) sobre todo en cuadros de conductas compulsivas al comer y compensatorias (Jenkins et al., 2014); situación similar se da en niños y adolescentes con cuadros purgativos y por atracón, donde mostraban claras diferencias en contraste con grupos sanos, con peores resultados, afectando también su salud psicosocial (Wu et al., 2019).

López y Treasure (2011) refieren que gran parte de los adolescentes que padecen estos cuadros no acuden a pedir ayuda profesional pese a que su salud se encuentra afectada, incluso en riesgo de mayores complicaciones para su propia vida, esto es asociado a una pobre conciencia de enfermedad y escasa motivación para buscar una mejoría. Por tanto, las conductas propias del trastorno en marcha suelen ser ocultas o encubiertas, y es en el entorno más próximo (usualmente padres, pero también profesores y/o amigos) que se empieza a detectar cambios, muchas veces por consecuencias o problemas asociados (gastritis, amenorrea, caída de cabello, problemas dentales, etc.), por lo que estos pacientes son conducidos a tratamiento por insistencia. La asistencia inicial suele ser brindada por los médicos generales, pediatras, nutricionistas, gastroenterólogos o ginecólogos, pero esa atención puede quedar circunscrita al área de cada uno de

dichos profesionales, perdiéndose oportunidades para hacer una derivación oportuna con profesionales especializados en TCA.

Además, es posible que se enfatice solo los problemas físicos o asociados a la comida, no considerándose el aspecto de salud psicológica, limitando, sin tenerlo en cuenta, aún más la posibilidad de tratarlo, inclusive algunas indicaciones son usadas por los pacientes como medios para continuar con las conductas de la patología, reforzando esto último su obsesión por el peso, cuerpo y comida, conllevando el aislamiento social e impactando en sus relaciones interpersonales debido a su baja autoestima, estado de ánimo oscilante y déficit en las habilidades asertivas y/o sociales (Maganto & Goraigordobil, 2015).

En este sentido, la no intervención o la falta de una atención especializada se vería reflejada en el incremento de la morbilidad y mortalidad del cuadro (American Psychiatric Association, 2006), conllevando una discapacidad social en la etapa adulta, en palabras de Rymaszewska (2007), o constantes conflictos interpersonales, además de limitaciones en el empleo de sus propios recursos para aplicar estrategias brindadas en la terapia (Behar, 2010c).

Maganto y Goraigordobil (2015) destacan una serie de factores explicativos de los trastornos alimentarios, entre los que mencionan los déficits en habilidades sociales, como las dificultades de resolución de problemas y déficit para expresar emociones, recibir críticas y valoraciones, siendo elementos clave de las habilidades de interacción social. Una intervención apropiada, específicamente en habilidades sociales, mejora el aislamiento social, incrementa la seguridad y favorece la toma de decisiones (Gismero, 2001); disminuye la sintomatología central (Lázaro et al., 2011), así como los cuadros asociados (Bados, 2017; Nowakowski et al., 2013), asimismo, el incremento de las habilidades asertivas apoyaría la construcción de grupos de soporte, posibilitando el sostenimiento de comportamientos saludables, reforzando un entorno protector contra recaídas. En consecuencia, una intervención que promueva y/o refuerce las habilidades asertivas en pacientes con TCA muestra los múltiples beneficios que se pueden conseguir en favor de la recuperación del mismo, mostrando así la relevancia práctica del estudio en cuestión.

Gismero (2000) define la conducta asertiva o socialmente habilidosa como el conjunto de respuestas verbales y no verbales,

ARTÍCULO ORIGINAL

parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo. (p.14)

En suma, al mejorar las habilidades asertivas para la interacción social en los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, se obtendría una disminución de la aparición de síntomas centrales del cuadro alimentario; asimismo, podría contribuir también a mejorar la percepción de la autoeficacia y calidad de vida del paciente, así como su capacidad de adaptación a situaciones nuevas, favoreciendo el mantenimiento a largo plazo de los cambios alcanzados.

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el efecto del programa de habilidades asertivas en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia o con bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima, y como objetivos específicos: 1. Identificar el efecto del programa en el factor de autoexpresión en situaciones sociales; 2. Identificar el efecto del programa en el factor de defensa de los propios derechos como consumidor; 3. Identificar el efecto del programa en el factor de expresión de enfado o disconformidad; 4. Identificar el efecto del programa en el factor de decir no y cortar interacciones; 5. Identificar el efecto del programa en el factor de hacer peticiones; y 6. Identificar el efecto del programa en el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

MÉTODO

Participantes

Participaron inicialmente 60 pacientes mujeres y con edades entre 12 y 30 años cuyo diagnóstico establecido es el de anorexia o bulimia nerviosa y que asistían a un programa de clínica de día en un centro especializado de Lima en el abordaje de TCA y trastornos asociados. El tipo de muestreo empleado fue el no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014). Las participantes fueron asignadas al azar a los grupos (experimental y control), correspondiendo inicialmente 30 pacientes a cada grupo. La muestra final quedó conformada por 49 pacientes; ya que dos participantes del grupo experimental cumplieron

algunos criterios de eliminación y cuatro se retiraron del programa, situación similar sucedió en el grupo control.

Instrumentos

Se empleó la Escala de Habilidades Sociales (EHS) que fue creada por Elena Gismero (2000) a finales de la década de 1990. La EHS está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit de habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Para cada ítem existen cuatro alternativas de respuesta: A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría, B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra, C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así, D = Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos. Gismero (2000) al estudiar la validez del EHS mediante el análisis factorial reveló seis sub-escalas o factores: La autoexpresión en situaciones sociales compuesta por los ítems 1, 2, 10, 11, 19, 20, 28 y 29; la defensa de los propios derechos como consumidor formada por los ítems 3, 4, 12, 21 y 30; la expresión de enfado o disconformidad abarca los ítems 13, 22, 31 y 32; el saber decir no y cortar interacciones está compuesta por los ítems 5, 14, 15, 23, 24 y 33; el saber hacer peticiones consta de los ítems 6, 7, 16, 25 y 26; e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto tiene como ítems 8, 9, 17, 18 y 27.

En Perú, Ruiz y Quiroz (2014) estimaron la confiabilidad de la EHS, mediante el método de consistencia interna alcanzando los siguientes índices: Autoexpresión de situaciones sociales (.887); Defensa de los propios derechos como consumidor (.876); Expresión de enfado o disconformidad (.887); Decir no y cortar interacciones (.895); Hacer peticiones (.892); Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (.873); y Escala General (.902); demostrando así, sus bondades técnicas de confiabilidad. Además, estudiaron la validez de constructo, a través del método de correlación ítem-test, registrando índices de correlación que superan el valor mínimo requerido de .20, los mismos que oscilan entre .25 y .37; en adolescentes estudiantes de secundaria de la ciudad de Trujillo.

En un estudio más reciente, la EHS fue adaptada por Palacios (2017) en Lima (Perú), en adolescentes del distrito de Comas. La muestra se conformó por 378 adolescentes (196 hombres y 182 mujeres), cuyas edades fluctuaron entre los 12 a 17 años,

ARTÍCULO ORIGINAL

seleccionados mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia. La validez se determinó a través de la correlación ítem-test, obteniendo valores que oscilaron entre .330 y .635 y se halló la fiabilidad mediante el método de consistencia interna, utilizando el estadístico de Alpha de Cronbach, obteniendo resultados elevados para sus factores ($\alpha > .860$) y .927 para el puntaje total. Se construyeron baremos tomando en cuenta las variables de sexo, edad y tipo de familia. En la presente investigación se utilizó la versión adaptada de EHS de Palacios (2017).

Procedimiento

Se procedió, en primer lugar, a coordinar los permisos respectivos para poder trabajar con la muestra señalada. Igualmente, se presentó el consentimiento informado a los participantes y familiares, aplicándose (previa aceptación y firma del formato) la EHS de manera grupal en un tiempo aproximado de 15 minutos. De esta forma, se obtuvo las puntuaciones pre-test en las habilidades asertivas. En segundo lugar, se realizó la conformación de cada grupo (experimental y control). Luego, se aplicó el programa *Preparándonos para disfrutar* para el entrenamiento en habilidades asertivas para la interacción social al grupo experimental, este programa se diseñó después de la revisión de diferentes estudios sobre la intervención de habilidades sociales en adolescentes y jóvenes adaptándose para la población objetivo de este estudio. Estuvo constituido por 20 sesiones, 2 sesiones por semana con una duración de 90 minutos cada sesión. Las técnicas utilizadas fueron la psicoeducación, instrucción verbal, lluvia de ideas, modelado, role playing, retroalimentación y reforzamiento, tareas y revisión de la tarea. El grupo control asistió a terapia y participó en las sesiones grupales y ocupacionales. Posteriormente, al terminar la sesión 20 de intervención se realizó la última evaluación con la EHS en ambos

grupos. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 22.0. Se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión. Asimismo, se analizó la distribución de los datos, mediante la prueba Shapiro Wilk, encontrándose una distribución de datos semejante a la normalidad. Tomando en cuenta ello se decidió el uso de la prueba *t* de Student para grupos independientes y para grupos relacionados, para los análisis comparativos. Finalmente, para la estimación del tamaño del efecto se usó el estadístico *d* de Cohen (1988).

RESULTADOS

La tabla 1 presenta las puntuaciones de la variable dependiente al inicio del programa (pre-test) del grupo control y del grupo experimental. Los datos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades asertivas en forma general, así como en los distintos factores, manteniéndose la hipótesis nula de igualdad de medias entre los grupos; ello permite inferir que ambos grupos inician el programa con un nivel similar en las habilidades asertivas.

La Tabla 2 presenta la comparación de las puntuaciones post-test entre los grupos. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en los factores II y III, además de la puntuación total; así como en los factores IV y VI ($p < .01$). Asimismo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los factores I y V. Se aprecia que el tamaño del efecto varía entre moderado (Factores II, III, IV y la Escala Global) y grande (Factor VI), de acuerdo a los criterios sugeridos por Cohen (1988).

Asimismo, la tabla 3 muestra el impacto de la manipulación de la variable independiente en las habilidades asertivas en el grupo experimental,

Tabla 1. Comparación de las habilidades asertivas antes del tratamiento en el grupo control y el grupo experimental

<i>Factores</i>	<i>Experim. M(DE)</i>	<i>Control M(DE)</i>	<i>t(47)</i>	<i>p</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	24(5.7)	23(5.5)	.59	.55
Defensa de los propios derechos (F II)	14.2(2.7)	14(3.5)	.23	.81
Expresión de enfado (F III)	12(2.6)	11.2(2.8)	1.02	.31
Decir no y cortar interacciones (F IV)	17.7(3.5)	15.3(4.7)	1.97	.06
Hacer peticiones (F V)	16(2.0)	15(3.3)	1.25	.21
Iniciar relaciones positivas (F VI)	12.5(2.3)	13(2.3)	.58	.56
Escala Global	96.7(15.4)	91.8(18.3)	1.00	.32

ARTÍCULO ORIGINAL

pues se contrastan las puntuaciones tanto antes de iniciar el tratamiento, como después de recibirlo. Se observa un incremento de los valores medios en las habilidades asertivas luego de recibir el programa. De esta forma, los datos arrojan diferencias estadísticamente significativas (Factores I, II y IV; $p < .05$) y (Factor VI y Escala global, $p < .001$); sin embargo, los factores III y V no presentan diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). Se aprecia que el tamaño del efecto varía entre pequeño (Factor IV), moderado (Factores I y II) y grande (Factor VI y la Escala Global), según criterios propuestos por

Cohen (1988). Finalmente, en la tabla 4 se presenta el análisis comparativo de las puntuaciones del pre y el post-test del grupo control, se aprecia que no existen diferencias estadísticamente significativas entre dichas puntuaciones; es decir, el grupo control no mostró cambios en sus habilidades asertivas luego del tratamiento.

DISCUSIÓN

Actualmente, diversos estudios (Galindo, 2012; Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo

Tabla 2. Comparación de las habilidades asertivas después del tratamiento en el grupo control y el grupo experimental

<i>Factores</i>	<i>Experim. M(DE)</i>	<i>Control M(DE)</i>	<i>t(47)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	26.3(4.8)	23.9(5.6)	1.58	0.121	-
Defensa de los propios derechos (F II)	16(1.9)	14.2(3.3)	2.34	0.023	0.67
Expresión de enfado (F III)	12.8(2.1)	11(2.6)	2.59	0.013	0.74
Decir no y cortar interacciones (F IV)	19.1(3.2)	16.1(4.2)	2.76	0.008	0.79
Hacer peticiones (F V)	15.8(2.4)	15.4(2.9)	0.56	0.577	-
Iniciar relaciones positivas (F VI)	14.6(1.9)	12.5(2.9)	2.96	0.005	.85
Escala Global	105(12.2)	93.1(18)	2.60	0.012	0.75

Tabla 3. Comparación de las habilidades asertivas antes y después del tratamiento en el grupo experimental

<i>Factores</i>	<i>Pretest M(DE)</i>	<i>Postest M(DE)</i>	<i>t(23)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	24(5.7)	26.3(4.8)	3.55	0.002	0.72
Defensa de los propios derechos (F II)	14.2(2.7)	16(1.9)	3.67	0.001	0.74
Expresión de enfado (F III)	12(2.1)	12.7(2.1)	1.28	0.213	-
Decir no y cortar interacciones (F IV)	17.7(3.4)	19(3.2)	2.26	0.033	0.46
Hacer peticiones (F V)	16(2)	15.8(2.4)	-.38	0.702	-
Iniciar relaciones positivas (F VI)	12.6(2.3)	14.5(1.9)	4.40	<.001	0.89
Escala Global	96.7(15.6)	105(12.2)	4.57	<.001	0.93

Tabla 4. Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes y después del tratamiento en el grupo control

<i>Factores</i>	<i>Pretest M(DE)</i>	<i>Postest M(DE)</i>	<i>t(24)</i>	<i>p</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	23(5.5)	23.9(5.6)	1.84	0.07
Defensa de los propios derechos (F II)	14(3.5)	14.2(3.3)	0.20	0.83
Expresión de enfado (F III)	11.2(2.8)	10.9(2.6)	-.65	0.51
Decir no y cortar interacciones (F IV)	15.4(4.7)	16.1(4.2)	1.21	0.23
Hacer peticiones (F V)	15(3.3)	15.4(2.9)	0.61	0.54
Iniciar relaciones positivas (F VI)	13(3)	12.4(2.9)	-1.15	0.26
Escala Global	91.8(18.3)	93(18)	0.62	0.53

ARTÍCULO ORIGINAL

Noguchi”, 2010) señalan el incremento significativo de casos de TCA y entre los diagnósticos más usuales tenemos a la anorexia y la bulimia nerviosa. Asimismo, la edad de inicio se torna cada vez hacia comienzos más tempranos en la adolescencia y la niñez, siendo las mujeres quienes tienen una mayor probabilidad de presentarlos en comparación con los varones, estableciéndose una relación de 9 a 1, respectivamente (Peláez-Fernández et al., 2010). Por tanto, nos encontramos frente a un problema de salud pública importante que crece y se extiende a distintos sectores en nuestro medio (Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2010), y que es motivo de preocupación debido a la tasa de mortalidad de los pacientes que presentan tales cuadros, además de manifestarse junto con trastornos adyacentes, por lo que se habla de comorbilidad, agravándose aún más el cuadro.

Cabe resaltar que no existe un solo factor que explique dicha patología, sino que se entiende a través de la multicausalidad de variables y de su interacción (Negrete, 2015; Duarte & Mendieta, 2019). Entre esas variables destaca la presión social de la cultura de la delgadez, vale decir los patrones de estética en relación al cuerpo, que se aceptan como una norma o ideal a alcanzar, al cual se le atribuye éxito social (Uzunian & Vitalle, 2015); además estos pacientes provienen de entornos familiares caóticos, ya sea rígidos, críticos, con pobre interacción de sus miembros o muy ansiosos, excesivamente cohesionados, que no favorecen el desarrollo de habilidades para su desenvolvimiento en etapas posteriores (De los Santos, 2007). Otras variables que influyen en la aparición y mantenimiento de las alteraciones de la conducta alimentaria son las características clínicas de dicha población; al respecto Behar et al. (2006) y Gismero (2001) manifiestan que entre las características más comunes se encuentran la conducta alterada al comer, la baja autoestima, la inestabilidad emocional y el déficit en las habilidades sociales; por ello se aconseja una intervención grupal dirigida por un grupo de profesionales especializados en estos trastornos.

Como se puede apreciar, estas particularidades van a impactar en las relaciones interpersonales de estos pacientes, convirtiéndose en factores de riesgo y mantenedores de los síntomas, es por ello que dentro de las variables que se ha investigado (De la Cruz, 2010) y que se establece como una de las que clínicamente son relevantes para desarrollar en los pacientes con anorexia y bulimia están las habilidades asertivas (Behar et al., 2006), las mismas que se

asocian a un manejo apropiado de las emociones (Uzunian & Vitalle, 2015). Al respecto, Behar (2010c) manifiesta que las personas con anorexia y bulimia nerviosa muestran dificultad para relacionarse y aceptar los cambios que trae la vida adulta, siendo aconsejable la evaluación sistemática y constante de las capacidades asertivas, ya que estos factores comprenden dificultades para poner límites a otras personas, expresar sus sentimientos y opiniones o discrepar de manera independiente; por ello, debemos considerar de forma conjunta los desajustes que se presentan en las relaciones interpersonales, además de contribuir en el abordaje terapéutico tanto en la intervención como en la prevención de los trastornos alimentarios. Por su parte, Uzunian y Vitalle (2015) concluyen que mientras más repertorio de habilidades sociales tenga un adolescente, se encuentra más protegido de presentar este tipo de trastornos.

Asimismo, las investigaciones apuntan a que el déficit en habilidades asertivas no solo actúa como factor de riesgo (Uzunian & Vitalle, 2015), sino que se comporta como una variable de mantenimiento (Fairburn et al., 2003) que empeora y/o agrava el cuadro, contribuyendo así a su cronificación (Bandini et al., 2013) y el riesgo de mortalidad (American Psychiatric Association, 2013; García-Camba, 2007; Pérez, 2017); además de aumentar la posibilidad de abandono de tratamiento y dificultades para emplear estrategias aprendidas en tratamiento, impactado así también en el curso de la intervención.

Es en este contexto que el objetivo del presente estudio se torna relevante, tanto de forma teórica, como en la práctica clínica, pues está demostrada la relación entre los síntomas de los TAC y las dificultades en las habilidades asertivas (Behar, 2010c; Behar et al., 2006) para el desarrollo en su esfera social. En este punto León et al. (2008) encontraron que determinadas conductas alimentarias de riesgo o anómalas (hacer dietas restrictivas, preocupación por el peso y/o cuerpo) estaban asociadas a las habilidades sociales en adolescentes. También Martínez (2014) resalta la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las habilidades sociales, así como la necesidad de contar con programas de intervención, además de estrategias o técnicas basadas en evidencia empírica, para mejorar y revertir los cuadros de patología alimentaria; el autor puntualiza que el incremento de estas destrezas sociales favorecería el establecimiento de redes de apoyo para el sostenimiento de las conductas saludables, consolidándose así su entorno social como un factor protector para las recaídas.

ARTÍCULO ORIGINAL

En este sentido, bajo la conceptualización de los TCA y su relación con las competencias sociales, se procedió a determinar el efecto del programa de habilidades asertivas sobre las habilidades de interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. Los resultados mostraron que en el pre-test no hubo diferencias entre los grupos en las puntuaciones de ninguna de las variables, lo que indica la equivalencia inicial de los grupos.

El análisis comparativo de los grupos control y experimental en la fase post tratamiento permite apreciar la elevada efectividad del programa de intervención, pues las diferencias halladas son estadísticamente significativas tanto en la escala global (12 puntos a favor del grupo experimental) como en los factores Defensa de los propios derechos (II), Expresión del enfado o de la disconformidad (III), Decir no y cortar interacciones (IV), además del Factor Iniciar relaciones positivas con el sexo opuesto (VI), observándose una mayor puntuación en los sujetos del grupo experimental. Tales efectos tienen una magnitud entre mediana y grande, vale decir que las diferencias reportadas entre el grupo control y experimental son importantes y de una magnitud considerable. Por otro lado, el Factor Hacer peticiones (V) y el Factor Autoexpresión en situaciones sociales (I) no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Desde el punto de vista de la comparación entre pre y post-test, los cambios en el grupo experimental luego de recibir la intervención son evidentes; por ejemplo, la puntuación global de habilidades asertivas se incrementó en casi 9 puntos, la diferencia en los distintos factores está presente, a excepción del factor V (Hacer peticiones), que se mantuvo prácticamente sin cambio; en cuanto al Factor I, si bien la diferencia entre el pre y el post-test es significativa, ese incremento no alcanza para determinar una diferencia en el post-test frente al grupo control. Por tanto, no se podría afirmar que el programa haya tenido efecto en este factor.

El Factor Iniciar relaciones positivas con el sexo opuesto (VI) demuestra magnitudes de cambios importantes, siendo uno de los puntos fuertes del programa. Al parecer, el resultado tiene que ver con algún factor de modelado, considerando que los participantes probablemente reciben constante retroalimentación asociada a este tipo de situaciones sociales; vale decir, que suelen tener refuerzos constantes, lo que quizá es facilitado también por la edad de los participantes, que favorece un

mayor interés en esta área. Así se puede conjugar el aprendizaje por modelado o vicario, además de los ensayos conductuales, siendo el feedback y los refuerzos sociales importantes por parte del grupo, tal como lo mencionan Caballo et al. (2010).

Al respecto, podemos mencionar que autores como Pérez (2008) obtuvieron cambios en las habilidades sociales en una muestra similar a la del presente estudio; del mismo modo, Tornero et al. (2014) observaron un aumento de la autoestima, menor insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, y especialmente mejoras en las relaciones interpersonales, lo que puede ayudar a la prevención de recaídas; este último punto es importante, ya que como se mencionaba anteriormente, las habilidades para la interacción social, como son las conductas asertivas, pueden ser un factor preventivo y de recuperación para mejoras en las poblaciones de riesgo o con el trastorno en curso, por lo cual el presente programa se convierte en una evidencia importante para el abordaje de dichas patologías.

Los resultados observados en el Factor V podrían explicarse en base a condiciones de falta de seguridad y dificultad para tolerar negativas o a la presencia de ideas limitantes. Al respecto, Caballo (2007, 2005) menciona que, entre las dificultades relacionadas con hacer peticiones, puede observarse temor al rechazo, dificultades para escuchar el no o no ser aceptado, o creencias irracionales como pensar que quien pide está obligado a dar o mejorar incluso el favor, estas características van de la mano con rasgos ya descritos por Behar (2010c) y Gismero (2001). Por su parte, Uzunian y Vitale (2015) señalan que las creencias y pensamientos negativos se asocian a las dificultades emocionales limitando el empleo de las habilidades asertivas debido a la presencia de los patrones de éxito y fracaso social. Otro aspecto a tener en cuenta es la tipología del TCA. Encontramos que los cuadros purgativos se asocian a desconfianza interpersonal (Arcelus et al., 2013), lo que podría aunarse con las creencias distorsionadas, el temor al rechazo y a recibir negativas ante intentos de pedir o lograr obtener algo, tornándose más complicado el empleo del nuevo repertorio conductual.

En resumen, la aplicación del programa de las habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa reporta evidencia empírica de que la intervención es altamente efectiva para el incremento de las habilidades asertivas, tales como la Defensa de los propios derechos, Decir

ARTÍCULO ORIGINAL

no y Cortar interacciones y Expresión de enfado, así como para Iniciar relaciones positivas con el sexo opuesto, más no para los factores de Autoexpresión en situaciones sociales (Factor I) y Hacer peticiones (Factor V).

Además, el presente trabajo incluye información sobre el tamaño del efecto, tal como es requerido por la American Psychological Association. Se aprecia que las diferencias observadas entre los grupos en las puntuaciones post-test que son estadísticamente significativas muestran además un tamaño de efecto grande, lo cual confirma que los efectos del programa, globalmente y en la mayoría de los factores medidos, son considerables.

Ello permite inferir no solo el aumento de las habilidades asertivas, sino también indirectamente suponer mejoras en la regulación emocional (Bandini et al., 2013) y en la calidad de vida, especialmente en el área psicológica, la cual se ve deteriorada por el cuadro, donde la intervención ayuda al bienestar del paciente (Ágh et al., 2016; Wu et al., 2019). Por su parte Raykos et al. (2014) enfatizan los cuadros restrictivos como entidades con mayores dificultades en la habilidad social, lográndose con el programa mejores estrategias para la actuación social del paciente, lo que puede contribuir a un mejor abordaje de cuadros comórbidos, especialmente de ansiedad (Arcelus et al., 2013; Bados, 2017), puesto que las habilidades asertivas implican la práctica constante de exposición a situaciones que generan algún malestar, siendo este principio uno de los más efectivos para el abordaje de la ansiedad (Bados, 2017).

Otro aspecto a resaltar en el presente estudio es el de la intervención grupal. Al respecto, Okamoto et al. (2017), además de señalar los beneficios en las habilidades y el sostenimiento a largo plazo de los cambios en la sintomatología asociada y cuadros comórbidos gracias a la intervención con componentes sociales, resaltaron la modalidad de intervención grupal al referir que esta forma de tratamiento ofrece ahorro en tiempo y economía para los pacientes y promueve mejoras en las habilidades sociales y en el desarrollo de la autoconciencia, aumentando la adhesión al tratamiento.

Los resultados tienen importancia práctica, ya que la mejora de las habilidades asertivas para la interacción social favorece la disminución de síntomas centrales del cuadro alimentario (Okamoto et al., 2017) sobre todo en cuadros de bulimia, tal como lo

menciona Behar (2010c), así como el mantenimiento de los cambios alcanzados a largo plazo (Fairburn et al., 2003; Okamoto et al., 2017); lo contrario perpetúa los síntomas y empeora los resultados (Bandini et al., 2013).

Correspondencia

Diana Marizol Pacheco Ponce

Correo electrónico: dianapachecoponce@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders, 21*(3), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Masson.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 156-167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
- Bados, A. (2017). *Fobia social*. Departamento de Psicología Clínica i Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Baiano, M., Salvo, P., Righetti, P., Cereser, L., Baldissera, E., Camponogara, I., & Balestrieri, M. (2014). Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review. *BMC Psychiatry, 14*(165). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-165>
- Bandini, L., Sighinolfi, C., Menchetti, M., Morri, M., De Ronchi, D., & Atti, A. (2013). 1111 – Assertiveness and eating disorders: the efficacy of a CBT group training. Preliminary findings. *European Psychiatry, 28* (S1), 1-1. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76215-1](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76215-1).
- Behar, R. (2010a). Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En R. Behar & G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 95-117). Mediterráneo.
- Behar, R. (2010b). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar & G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 121-147). Mediterráneo.
- Behar, R. (2010c). Funcionamiento psicosocial en los

ARTÍCULO ORIGINAL

- trastornos de conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-101.
- Behar, R., Manzo, R., & Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 48(2), 135-146.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Siglo Veintiuno Editores.
- Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Siglo Veintiuno Editores.
- Caballo, V., Salazar, I., Arias, B., Iruetia, M., Calderero, M., & CISO-A España, Equipo de Investigación. (2010). Validación del “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 5-34.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2da. ed.). Lawrence Erlbaum.
- De la Cruz, L. (2010). *Inteligencia Emocional y Habilidades Sociales en pacientes con anorexia y bulimia de un centro terapéutico de la ciudad de Lima* (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- De los Santos, A. (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 439-456.
- Duarte, J., & Mendieta, H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Problema de salud pública. Inteligencia Epidemiológica*, 9(1), 33-38.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [http://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](http://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)12378-1](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)12378-1)
- Galindo, S. (2012). *Factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo-2011* (Tesis de Licenciatura). Escuela de Enfermería Pedro Luis Tezza, Facultad de Enfermería, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- García-Camba, E. (2007). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Elsevier-Masson.
- Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales*. TEA Ediciones.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 12(3), 289-304.
- Hernández, C., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2010). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Recopilación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-397.
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Doyle, A. C., Eddy, K., Crosby, R. D., Hill, L., Powers, P., Mitchell, J. E., & Le Grange, D. (2014). Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.006>
- Lázaro, L., Fuente, E., Moreno, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés-Perpiña, S., ... Castro-Fornieles, J. (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 398-406. <https://doi.org/10.1002/erv.1054>
- Lazo, Y., Quenaya, A., & Mayta, P. (2015). Influencias de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(6), 519-525. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.519>
- Linerós-Linero, R., & Martínez-Núñez, B. (2018). Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(4), 297-301. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a1>
- León, R., Gómez-Peresmitré, G., & Plata-Acevedo, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- López-Gómez, I. (2007). Comorbilidad en los trastornos de conducta alimentaria. En E. García-Camba (Ed.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 157-169). Elsevier-Masson.
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Maganto, C. & Garaigordobil, M. (2015). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En R. Gonzáles & I. Montoya (Coords.). *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 143-177). Pirámide.
- Maganto, C. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. En M.T. Gonzáles (Coord.). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia: Aspectos clínicos, evaluación e intervención* (p. 105-138). Pirámide.
- Martínez, R. (2014). *Programa integral para las habilidades sociales de pacientes con anorexia nerviosa en una clínica de Lima Metropolitana* [Tesis de maestría]. Escuela de Posgrado, Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad

ARTÍCULO ORIGINAL

- Ricardo Palma.
- Miranda, L. (2016). *Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016* [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Nebot, S. (2017). *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios* [Tesis doctoral]. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Jaume-I, Castelló de la Plana.
- Negrete, M. A. (2015). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México* [Tesis doctoral]. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de Educación, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Nowakowski, M., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexitimia y trastorno de la conducta alimentaria: revisión crítica de la literatura. *Revista de Trastornos Alimentarios*, 1(21), 1-14. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Okamoto, Y., Miyake, Y., Nagasawa, I., & Shishida, K. (2017). Un estudio de seguimiento de 10 años de los que completaron el tratamiento versus los que abandonaron después del tratamiento con una terapia grupal integrada cognitivo-conductual para los trastornos alimentarios. *Revista de Trastornos Alimentarios*, 5(52), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0182-y>
- Palacios, H., (2017). *Propiedades psicométricas de la escala de habilidades sociales (EHS) en estudiantes de secundaria de instituciones educativas públicas de Comas, 2017*. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología]. Facultad de Humanidades. Universidad Cesar Vallejo.
- Peláez-Fernández, MA., Labrador, F., & Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Peláez-Fernández, M.A., Raich, R., & Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.
- Pérez, A. (2017). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudios de variables clínicas y propuesta de una tipología* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Pérez, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato* [Tesis doctoral]. Universidad de Granada.
- Perpiña, C. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar & J. A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2da. ed.) (pp. 605-631). Pirámide.
- Raykos, B. C, McEvoy, P.M., Carter, O., Fursland, A., & Nathan, P. (2014). Interpersonal problems across restrictive and binge-purge samples: data from a community-based eating disorders clinic. *Journal of Eating Behavior*, 15(3), 449-452. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.008>
- Rymaszewska, J. (2007). The social functioning of individuals with various psychiatric disorders. *Psychiatria Polska*, 41 (1), 39-51.
- Ruiz, C., & Quiroz, E. (2014). *EHS: Escala de Habilidades Sociales: características psicométricas de confiabilidad, validez y normalización para adolescentes y jóvenes de la ciudad de Trujillo*, II Jornada de Investigación Científica en Psicología – UPAO 2014.
- Tornero, M., Bustamante, R., & Del Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 7-16.
- Uzunian, L., & Vitalle, M. (2015). Habilidades sociais: factor de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. *Ciencia & Saude Coletiva*, 20(11), 3495-3508. <https://doi.org/10.1590/1413812320152011.18362014>
- Vander Elst Letzer, M. (2019). *Perfeccionismo de las madres y su relación con los rasgos predisponentes de los trastornos de la conducta alimentaria en hijas adolescentes* [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, Universidad de Lima.
- Wu, X. Y., Yin, W. Q., Sun, H. W., Yang, S. X., Li, X. Y., & Liu, H. Q. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *Plos One*, 14(10), e0222777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222777>

Recibido: 10/10/2021

Aceptado: 16/12/2021