

INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL Y DÉFICIT DE HABILIDADES SOCIALES: UN RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES MEXICANOS

María Refugio Ríos Saldaña y Maricela Osorio Guzmán¹
Universidad Nacional Autónoma de México (México)

Introducción

En la adolescencia se presenta una serie de trastornos que por sus características y nivel de afectación pueden ser agrupados en dos categorías: 1) aquellos vinculados con la salud orgánica y 2) los relacionados con el ámbito social. Sin embargo, ambas categorías tienen repercusiones biopsicosociales importantes y pueden ser consideradas de causalidad múltiple. Entre los problemas de salud más frecuentes en los adolescentes se encuentran la depresión, los trastornos alimentarios tales como: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad, los embarazos no deseados, las adicciones y la amenorrea, entre otros. Estos trastornos, a su vez, pueden verse asociados a otros problemas conductuales tales como, la agresión, la baja autoestima, irritabilidad, problemas de relación interpersonal (Fernández *et al.*, 1996). El carácter multicausal de los problemas de salud hace necesaria la participación de múltiples disciplinas, que puedan dar cuenta de sus indicadores y factores de riesgo vinculados con ellos.

Uno de los trastornos de salud que por su incidencia baja (en México) y alta en otros países (Palma, 1997) merece atención especial es el de la anorexia nerviosa. El término anorexia proviene del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, apetito (que quiere decir sin apetito), mientras que el adjetivo *nerviosa* expresa su origen psicológico. Estas raíces afirman que la anorexia es la falta de apetito; sin embargo, es un término erróneo para referirse a este trastorno, ya que las personas que la padecen sí sienten hambre, aún cuando afirman no sentirla (Palma, 1997; Raich, Torras y Mora, 1997); se preocupan demasiado por los alimentos, comen poco por el temor a subir de peso a pesar de que éste sea muy bajo.

Los criterios del diagnóstico para la anorexia son: a) rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura; b) miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso

¹ *Correspondencia:* María Refugio Ríos Saldaña, Andador 49, Edif. 17 «A» - Dpto. 002, Col. Acueducto de Guadalupe, CP 07270 México, D.F. (México). Correo electrónico: mrrs@servidor.unam.mx

estando por debajo del peso normal; c) alteración en la manera en la que el propio peso o figura corporal son experimentadas, influencia extrema del peso o figura corporal en la autoevaluación, o negación de la seriedad del actual peso corporal bajo; d) ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea) en las mujeres posmenárquicas (APA, 1994).

A pesar de la importancia que revisten los trastornos alimentarios, es hasta hace aproximadamente 25 años que se comienza a hablar de la anorexia nerviosa, y la principal incidencia se ha marcado en adolescentes y adultos del sexo femenino. Constituyéndose como un auténtico «boom» desde todos los puntos de vista (Toro y Salamero, 1996). Aunque el término de anorexia nerviosa ya había sido introducido por Gull (1874).

Los informes sobre su frecuencia indican que la anorexia nerviosa ha ido aumentando en las últimas décadas y es mayor en los países anglosajones. Por ejemplo, «En Nueva York, en la década de los sesenta, el promedio anual de incidencia fue de 0,55 por cada 100.000 personas, mientras que en la siguiente década aumentó a un 3,26. En los ochentas se situó entre el 1% y 5% en mujeres blancas adolescentes de los EE.UU. En Inglaterra, el número de mujeres anoréxicas aumentó en un 11% entre 1972 y 1981 y su prevalencia en 1995 fue del 0,02% en la población general y del 0,1% en mujeres entre 15 y 29 años de edad. Mientras que en Noruega la prevalencia en 1995 fue del 5,7% en mujeres adolescentes y de 0,8% en varones» (Palma, 1997 p. 22). En las sociedades latinas y orientales la incidencia y prevalencia es más baja. Existe un reciente estudio sobre los trastornos alimentarios en población mexicana (Álvarez *et al.*, 1998) cuyos resultados ponen de manifiesto que, el 8,4% de la muestra estudiada ($n = 524$) presentó algún trastorno alimentario, el 5% anorexia y el 3,4% bulimia. Además, todos ellos mostraron mayor susceptibilidad a la influencia y presión social conforme al modelo de imagen corporal (delgadez) así como una mayor insatisfacción corporal. Este hecho hace suponer que la prevención de la anorexia en estas sociedades es una prioridad, sobre todo porque en las últimas décadas se ha visto aumentada notablemente su incidencia en otros países (Hall y Hay, 1991), principalmente en adolescentes y adultos del sexo femenino (Toro y Vilardell, 1987; Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

La anorexia suele comenzar durante los primeros años de la adolescencia y algunas de las características de las personas que la presentan, son: una negación progresiva y sistemática a comer, obsesiones (pensamientos en torno a la comida y a una imagen inalcanzable de esbeltez «perfecta»), inquietud acentuada, relacionada con la situación de «adicción», que tiende a mantenerlas en un estado de alerta constante. Esta inquietud llevada al extremo produce inclusive alteraciones del sueño (Barriguete, 1995; Gardner y Bokenkamp, 1996).

Sin embargo, la anorexia nerviosa no puede ser entendida sin considerar la existencia de hábitos y determinados valores socioculturales, definitorios de los estereotipos estéticos concernientes al cuerpo, que pueden constituir la primera causa. A esto se suma el que las personas que la padecen, además de mostrarse insatisfechas, presentan generalmente deficiencias en el área social e interpersonal, como un aislamiento social frecuente (Fernández y Probst, 1996; Fernández *et al.* 1996; Gómez, 1993). Las influencias culturales relevantes para la anorexia nerviosa son todas aque-

llas que contribuyen, de un modo u otro, a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento y la delgadez, especialmente por razones estéticas y sociales. Se trata de una serie de valores que conjuntamente han dado en construir lo que se ha llamado «la cultura de la delgadez» o el «mundo *ligh*». En la sociedad occidental, a pesar de que, paradójicamente, se ha producido un aumento de peso, predomina una marcada preferencia por la esbeltez, y esta presión por un ideal de belleza delgado se ha ido intensificando (Raich, 1994).

En la actualidad, de cada 100.000 muchachas de edad comprendida entre los 15 y 24 años, aproximadamente 30 ó 40 de ellas sufren de anorexia nerviosa cada año y estas cifras van aumentando radicalmente, de tal suerte que de una frecuencia casi nula se va a pasar a una incidencia altamente significativa, lo suficiente para constituir todo un problema social y no estrictamente individual (Palma, 1997; Guillemont y Laxenaire, 1994). En especial porque la influencia de los cada vez más avanzados medios de comunicación de masas, transmiten modelos transculturales a gran velocidad. Dentro de ellos se encuentran aquellos relacionados con un estereotipo de la belleza centrada en un cuerpo cada vez más esbelto de la mujer donde la televisión, la prensa, el cine, y la radio, entre otros, «bombardean» permanentemente a todos los ciudadanos con múltiples mensajes relacionados con el cuerpo delgado (Toro y Villardell, 1987; Vera, 1998).

Los medios de comunicación ofrecen a las mujeres una figura esbelta y de bajo peso, asociada con una vida sofisticada y de gran aceptación social y de éxito (Palma, 1997; Guillemont y Laxenaire, 1994). Por esta razón se ha considerado a los medios de comunicación como portavoces y creadores a la vez, de los estereotipos corporales que surgen de la población en general. La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer yace en ser atractiva físicamente y los medios de comunicación perpetúan y refuerzan esta idea, sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa casi exclusivamente a través de la imagen corporal (Raich, 1994; Guillemont y Laxenaire, 1994; Vera, 1998), privilegiándose dicha imagen en detrimento de la salud. En países como México esto representa un doble problema, ya que los modelos presentados generalmente son anglosajones (altos, rubios, blancos, etc.), características que no corresponden a los rasgos físicos (mediana estatura, castaños, morenos, etc.) de la mayoría de los mexicanos. Los esfuerzos de las adolescentes, no sólo están dirigidos a mantener un peso bajo, sino que se ven obligadas a imitar modelos que son completamente diferentes a ellas, modelos que no se pueden observar en su medio ambiente y a los que sólo acceden a través de los medios masivos de comunicación.

Además de lo visto anteriormente, se ha encontrado que en los últimos años la utilización de métodos para la pérdida de peso ha incrementado de un 14% al 77%, dándose la mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

La obsesión por mantenerse esbeltas conduce a las personas a llevar una dieta muchas veces excesiva, rigurosa, sin control médico y sin considerar las diferencias individuales, por cuya razón la dieta misma podría ser considerada también como un factor de riesgo. Ya desde la década de los 70, las dietas entre los jóvenes comenzaron a hacerse normales en el mundo occidental, las mujeres tendían a verse demasiado gordas, por lo que la restricción alimentaria era la solución a los problemas de

sobrepeso (Stunkard y Estellar, 1985). El ideal de la delgadez y muy especialmente la femenina, se da en sociedades en las que la obtención de comida no es un problema, puesto que lo usual es su abundancia tanto cuantitativa como cualitativa. Este hecho no puede aislarse de la clase social, pues la incidencia del trastorno anoréxico es característico de sociedades de clase media y alta.

Entre los factores de riesgo que se han encontrado asociados con la conducta alimentaria se encuentran:

- a) *el sexo*. El 95% de las personas que padecen anorexia nerviosa son mujeres y la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales. Estas personas se caracterizan por una marcada pérdida de peso y un deseo continuo por adelgazar (Fernández *et al.* 1996)
- b) *la edad*. Habitualmente se presenta entre los 15 y 26 años
- c) *la personalidad predisponente* (factores individuales). Las personas que la padecen se caracterizan por ser obsesivas, dependientes y obedientes (Gómez, 1993)
- d) *el ambiente familiar*, donde las familias son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios (Palma, 1997; Gómez, 1993); al respecto, Raich (1994) señala que «facilmente se oyen comentarios acerca de la culpa familiar (especialmente de la madre) o la del miedo a crecer y convertirse en adulta» (p. 49)
- e) *el nivel socioeconómico*. En la actualidad se presenta cada vez con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos
- f) *factores ambientales y culturales*, donde la imagen ideal o preferida del cuerpo de la mujer ha cambiado con gran rapidez en las últimas décadas (Palma, 1997).

Resulta difícil conocer la causa específica de los trastornos alimentarios debido a que no tienen un origen único, sino múltiple (Raich, 1994). Actualmente se considera que es una conjugación de tres factores principales: el biológico, el psicológico y el social (Palma, 1997). Cabría preguntarse entonces, ¿es la carencia de habilidades sociales alternativas un factor de riesgo? Diversas investigaciones han demostrado correlatos muy estrechos entre déficit de habilidades sociales y diversos problemas conductuales en distintas poblaciones (Caballo, 1993; Roth, 1986; Ríos y Frías, 1998; Ríos, Frías y Rodríguez, 1998). Se hipotetiza que, al carecer de los repertorios prosociales alternativos para afrontar las demandas sociales y las influencias transculturales que modelan y moldean patrones conductuales, muchas veces nocivos para la salud, hace más probable la adquisición de la anorexia nerviosa.

En términos generales se puede decir que los trastornos alimentarios, como una ingesta pobre en nutrientes, obesidad, anorexia nerviosa, bulimia, pueden conducir, en casos muy graves, a la muerte de la persona que los padece y, en casos menos graves, puede ocasionarle inadaptación social, familiar y sexual. Por estas razones se hace necesario evaluar, con fines de prevención, si un déficit en habilidades sociales puede ser considerado como un factor de riesgo en la población mexicana, especialmente en mujeres adolescentes, quienes pueden ser más proclives a presentar trastornos alimentarios, especialmente la anorexia nerviosa.

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre déficit de habilidades sociales y la influencia del modelo estético corporal como factor de riesgo en los trastornos alimentarios y de salud en adolescentes mexicanos.

Método

Sujetos

En un muestreo no probabilístico intencional se seleccionó para este estudio un grupo de 360 jóvenes (287 mujeres y 73 varones) cuyas edades estaban comprendidas entre los 17 y 22 años, que cursaban el nivel bachillerato y estudios universitarios como Biología, Odontología, Medicina y Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala (UNAM, ENEPI) y Químico Farmaco Biólogos de la UNAM, Ciudad Universitaria, en la ciudad de México; todos ellos participaron de forma voluntaria.

Instrumentos

Para evaluar la influencia del Modelo Estético Corporal, se utilizó el *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (C.I.M.E.C.- 40) de Toro, Salamero y Martínez (1994), cuestionario que explora la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético. Consta de cuarenta ítems agrupados en cinco categorías o factores generales: Factor I. Influencia de la imagen corporal; Factor II. Influencia de la publicidad; Factor III. Influencia de los mensajes verbales; Factor IV. Influencia de los modelos sociales; y Factor V. Influencia de las situaciones sociales. Valoran la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y de las situaciones sociales. Cada pregunta puede puntuar de 0 a 2; una puntuación mayor denota mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 80 y mínima de 0. En el cuestionario se analizaron las diferencias entre todas y cada una de las 40 preguntas, aspecto que permitió a los autores aislar 26 ítems cuyas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El resultado conformó el CIMEC-26, el mismo que fue analizado en los cinco factores mencionados. El cuestionario fue elaborado en España y validado con población española, mostrando una consistencia interna adecuada. El punto de corte se estableció en 23-40 considerando las 40 preguntas.

Las habilidades sociales fueron evaluadas mediante la *Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes* (EEHSA) de Ríos (1994) que consta de 50 preguntas que evalúan seis categorías de habilidades sociales (I. De Inicio, II. Avanzadas, III. Para manejar los sentimientos, IV. Alternativas a la agresión, V. Para afrontar el estrés y VI. Habilidades de planificación). Fue adaptada y baremada en 2228 casos de adolescentes mexicanos (1.111 varones y 1.117 mujeres) cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 12 y 18 años de edad, de distintas escuelas

de nivel medio, bajo y alto del Distrito Federal y Área metropolitana. La sensibilidad de los ítems fue comprobada mediante el método ítem escala y el coeficiente alfa de Crombach ($p < 0,01$). Obtuvo una fiabilidad test-retest de 0,89 (Ríos, 1994). Esta escala fue adaptada del libro «*Skill-streaming the adolescent. A structured learning approach to teaching prosocial skills*» (Goldstein et al.1980).

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows 98.

Procedimiento

El estudio se realizó a finales del ciclo escolar, razón por la cual la evaluación se llevó a cabo de forma tanto individual como grupal. En ambos casos se pedía a los participantes, previa explicación de los objetivos del estudio, su colaboración para contestar los dos instrumentos. En el primer caso la evaluación se realizó fuera del salón de clases (cafetería o jardines), mientras que en el segundo se acudía a las salas de clase en aquellas situaciones donde aún no se concluían las actividades académicas. De esta manera se obtuvo un par de medidas de cada participante, una de habilidades sociales y otra de la influencia del Modelo Estético Corporal.

Resultados

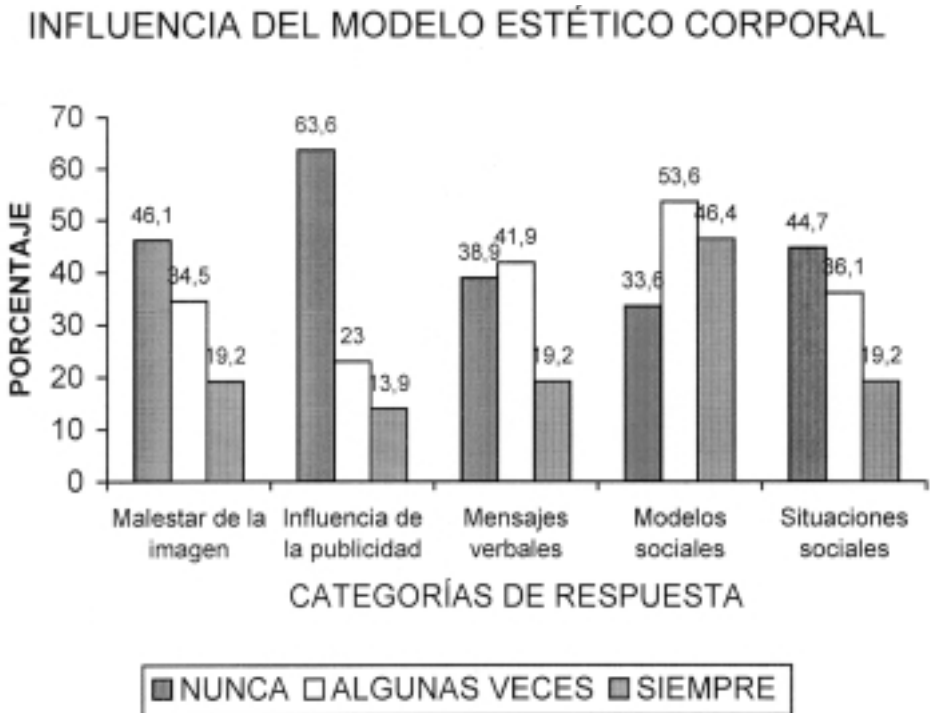
Se llevaron a cabo análisis descriptivos con medidas de tendencia central y de dispersión y los resultados se presentan en tres apartados: en el primero se presentan los porcentaje de casos, puntuación promedio, desviación típica y rango para cada una de las categorías que se evaluaron sobre la influencia del Modelo Estético Corporal; en el segundo se muestran los datos encontrados en la evaluación de las habilidades sociales; finalmente, para determinar la relación entre la influencia del Modelo Estético Corporal y las habilidades sociales, se utilizó el análisis de correlación producto momento de Pearson. Dicho análisis se presenta en el tercer apartado.

Influencia del Modelo Estético Corporal

En la figura 1, se ilustran los resultados obtenidos en la evaluación de la influencia del Modelo Estético Corporal, en ella puede observarse que la mayor influencia (46,4% de los casos) se presenta en la categoría de Modelos sociales; el segundo lugar de influencia se encontró en las categorías de Malestar con la imagen, Mensajes verbales, y Situaciones sociales (19,2% de los casos en cada categoría); y, en tercer lugar, la Influencia de la Publicidad (13,9% de los casos).

Figura 1

Porcentajes de casos en cada una de las categorías del CIMEC



De manera más específica, en la figura 2, se muestran los resultados obtenidos en términos de edad, donde puede observarse que, en el intervalo de edad que va de los 15 a los 18 años, se presenta el mayor porcentaje de casos que se ven influidos por los Modelos sociales (37%), Mensajes verbales (33%), Malestar con la imagen (32%), Situaciones sociales (28%) e Influencia de la publicidad (17%). En segundo lugar de influencia queda el intervalo de edad que va de los 19 a los 22 años, donde las categorías de mayor influencia fueron también los Mensajes verbales y los Modelos sociales (22% y 22,5 % de los casos, respectivamente); igual porcentaje de casos que el intervalo anterior (17%) se ven influidos por la Publicidad, el 21% se ven influidos por las Situaciones sociales y el 19% por el Malestar con la imagen corporal. Esta influencia disminuye visiblemente en los intervalos de mayor edad (23 a 26 y 27 a 30 años). En la tabla 1, se muestran las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las categorías de habilidades sociales y del CIMEC.

Figura 2
Influencia de Modelo Estético Corporal por edad

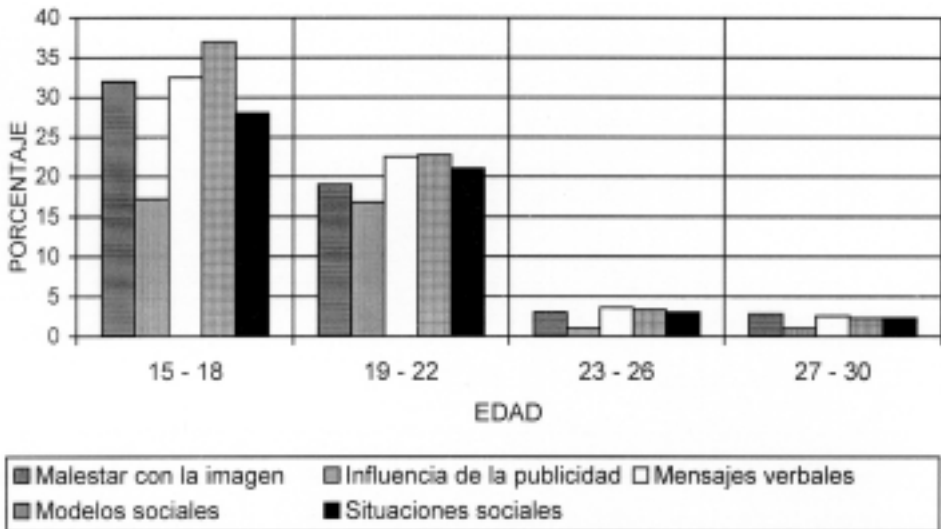


Tabla 1

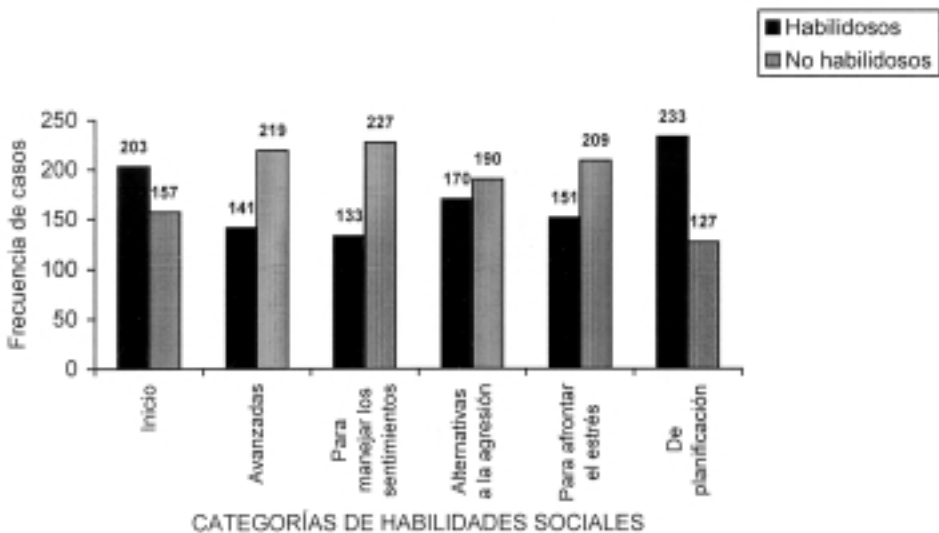
Medias, desviación típica y rango para cada categoría de Habilidades Sociales y la Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

Variables	Categorías	Media	D. T.	Rango
HABILIDADES SOCIALES	<i>De inicio</i>	25,9	5,14	26
	<i>Avanzadas</i>	19,3	3,88	20
	<i>Para manejar los sentimientos</i>	19,09	4,31	20
	<i>Alternativas a la agresión</i>	33	6,68	37
	<i>Para afrontar el estrés</i>	40,5	7,9	47
	<i>De planificación</i>	28,23	5,9	31
	<i>Total de habilidades sociales</i>	172,8	30,37	149
INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC)	<i>Malestar con la imagen</i>	5,6	4,2	17
	<i>Influencia de la publicidad</i>	4,2	4,56	16
	<i>Influencia de los mensajes verbales</i>	2,1	1,6	6
	<i>Influencia de los modelos sociales</i>	3,38	1,69	8
	<i>Influencia de las situaciones sociales</i>	2,1	1,66	6

Evaluación de habilidades sociales

En la figura 3, se presentan los resultados de la evaluación de habilidades sociales, como se puede observar en la figura. Los sujetos de este estudio se declaran con falta de habilidad en las categorías de Habilidades para afrontar el estrés (209 casos), para Manejar sus sentimientos (227 casos), Alternativas a la agresión (190 casos), Habilidades avanzadas (219 casos). A su vez, puede observarse que, en las categorías de Habilidades de planificación y de Inicio (233 y 203 casos respectivamente) aunque la mayor frecuencia se declaró como habilidosos, los casos de falta de habilidad son notoriamente altos (127 y 157 casos respectivamente).

Figura 3
Habilidades sociales en jóvenes mexicanos



Habilidades sociales e influencia del Modelo Estético Corporal

Para analizar la relación entre habilidades sociales y la influencia del Modelo Estético Corporal se utilizó el estadístico producto momento de Pearson. Puede observarse que existe una correlación negativa significativa ($p < 0,01$ y $p < 0,05$) entre las variables de habilidades sociales y la influencia del Modelo Estético Corporal. Las correlaciones más representativas se dieron entre las categorías de Malestar con la imagen, Influencia de la publicidad e Influencia de los mensajes verbales con las seis categorías de Habilidades sociales. Mientras que la Influencia de los modelos sociales tuvo una correlación más elevada ($p < 0,01$) con las Habilidades de planeación y una significación menor ($p < 0,05$) con las Habilidades de inicio, Avanzadas y para Afrontar el estrés. Con las Habilidades para manejar los sentimientos y Alternativas

Tabla 2
Valores de correlación entre habilidades sociales y el modelo estético corporal

Categorías	Malestar con la imagen	Influencia de la publicidad	Influencia de los mensajes verbales	Influencia de los modelos sociales	Influencia de las situaciones sociales
<i>Habilidades de inicio</i>	-0,185**	-0,197**	-0,148**	-0,132*	-0,206**
<i>Habilidades avanzadas</i>	-0,185**	-0,197**	-0,148**	-0,132*	-0,206**
<i>Habilidades para manejar los sentimientos</i>	-0,253**	-0,254**	-0,159**	-0,076	-0,164**
<i>Habilidades alternativas a la agresión</i>	-0,242**	-0,264**	-0,168**	-0,092	-0,183
<i>Habilidades para afrontar el estrés</i>	-0,221**	-0,265**	-0,176**	-0,115*	-0,176**
<i>Habilidades de planificación</i>	-0,269**	-0,369**	-0,224**	-0,142**	-0,279**

N = 360

** Correlaciones significativas al nivel de 0, 01 y * 0,05 (dos colas)

a la agresión, dicha relación no fue significativa, mientras que en la categoría de Influencia de las situaciones sociales la relación más significativa se dio con las Habilidades de inicio, Avanzadas, para Manejar los sentimientos, Alternativas a la agresión y de Planificación ($p < 0,01$) y, de manera similar a la Influencia de los modelos sociales, la relación entre Habilidades para manejar los sentimientos y la Influencia de las situaciones sociales no fue significativa (véase tabla 2).

Discusión y conclusiones

Estos resultados permiten varias reflexiones. En primer lugar, la relación encontrada entre las variables pone de manifiesto que la ausencia o déficit de habilidades sociales hace más probable la influencia del Modelo Estético Corporal en los jóvenes evaluados, sobre todo aquellos que informaron de una falta de habilidades para manejar sus sentimientos, la propia agresión y el estrés, ya que las mayores frecuencias se presentaron en estas categorías. Haciendo referencia específicamente a la falta de habilidad que manifestaron los sujetos respecto al manejo de diferentes habilidades sociales, se puede afirmar que esta población se encuentra más vulnerable a la influencia de modelos como el Estético corporal, y de una frecuencia casi nula de casos de anorexia, puede pasarse a una incidencia altamente significativa, tal como lo señalan Palma (1997) y Gillemont y Laxenaire (1994). La influencia de los modelos sociales y de los medios de comunicación que exaltan un estereotipo de belleza centrada en el cuerpo cada vez más esbelto se ha comprobado también en este estudio, conforme a lo mencionado por Toro y Villardell (1987) y Vera (1998). En este punto podemos recordar lo que ya indicamos en la introducción, cuando hicimos referencia a que los trastornos en la adolescencia pueden estar directamente vinculados con la salud orgánica.

Otro dato de suma importancia es el que se refiere a la influencia de la publicidad y de los modelos sociales en los sujetos más jóvenes de la población, ya que este es un aspecto que influye y determina la imagen personal del adolescente y, en consecuencia, es un posible factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, tal como lo señala Toro y Villardell (1987) y Turón Fernández y Vallejo (1992).

Por otra parte, si bien es cierto que los jóvenes que informaron sentirse habilidosos en las categorías de Habilidades de Inicio y de Planificación, las frecuencias de sujetos con falta de habilidad son también considerables. Se hace evidente, entonces, la necesidad de diseñar programas de intervención preventiva mediante el entrenamiento en habilidades sociales alternativas en esta población, tales como escuchar, iniciar y mantener conversaciones, hacer preguntas, agradecer, presentarse, presentar a otros y hacer cumplidos; es decir, aquellas habilidades que se incluyen en la primera categoría. Son igualmente importantes las que incluye la segunda categoría, como pedir ayuda, trabajar en grupo, dar y seguir instrucciones, disculparse y convencer a otros. Se resaltan especialmente las de planificación, donde se incluyen habilidades tales como aquellas que les permitan discriminar los distintos problemas que se les presenten, la motivación necesaria para participar en grupos y lograr metas individuales y grupales, tener un conocimiento de sus capaci-

dades, saber establecer prioridades y tomar decisiones. Los resultados ponen en evidencia que la carencia de estas habilidades aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes para la adopción de patrones conductuales nocivos para su salud. El entrenamiento de estas habilidades les permitirá afrontar saludablemente aquellas situaciones de riesgo, en especial aquellos aspectos sociales que les influyen para asumir un modelo corporal difícil de alcanzar.

En este punto se debe destacar, como menciona Vilardell (1987), que los modelos impuestos son transculturales, lo que para la población de jóvenes mexicanos representa un doble problema, ya que, por una parte, son modelos con características y atributos físicos que no corresponden a los propios y, por otra, muestra un ideal «de estilo de vida americana», sofisticada y glamurosa, que es muy difícil de obtener.

La prevención en este aspecto podría favorecer no sólo su salud biológica, al dotarlos de habilidades sociales alternativas, sino que se estaría previniendo un trastorno alimentario mayor, como sería la anorexia o la bulimia, además de favorecer también su estabilidad emocional y social.

Adicionalmente, la prevención no se restringe a los trastornos alimentarios. Con el entrenamiento de habilidades sociales se pueden prevenir otros problemas conductuales tanto a corto como a largo plazo. Finalmente, se puede decir que la influencia de una amplia gama de habilidades sociales juega un papel muy importante y habrá que considerar su ausencia como predictora de riesgo en los trastornos alimentarios. A este respecto, este estudio es el primer paso para la puesta en práctica de futuras intervenciones en esta población mediante el entrenamiento de una amplia gama de habilidades sociales, especialmente aquellas cuyos déficit resultaron altamente correlacionadas con la influencia del modelo estético corporal.

Referencias

- Álvarez, L. G., Manacilla, M. J., López, X. Vázquez, R., Ocampo, M. T. y López, V. (1998). Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación en una población mexicana. *Psicología Contemporánea*, 5, 72-79.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández, F., Probst, M., Merman, R. y Vandereycken, W. (1994). Body image estimation and dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 307-310.
- Fernández, F., Turón, J.V., Menchon, J.M., Vidal, D., Vallejo, J. y Pifarré, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Faculta de Medicina de Barcelona*, 23, 30-35.
- Gardner, R.M. y Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 3-15.

- Goldstein, A. P., Sprafkin, P. R., Gershaw, J.N. y Klein, P. (1980). *Skillstreaming the adolescent. A structured learning approach to teaching prosocial skills*. Champaign, IL: Research Press.
- Guillemont, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gull, W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) *Transactions of the clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Hall, A. y Hay, P.J. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Medical Psychology*, 21, 697-701.
- Palma, E.M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*, 20, 21-28.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios* (1ª. Edición). Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Raich, R.M., Torras Claraso, J. y Mora Giral, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 58-70.
- Ríos, S. M. R. (1994). Construcción, confiabilización y validación de un instrumento para evaluar habilidades sociales, Tesis maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, (UNAM, ENEPI). México.
- Ríos, S. M. R. y Frías, A. I. B. (1998). Déficit de habilidades sociales como factor de riesgo en la generación de conductas adictivas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2, 37-42.
- Ríos, S. M. R., Frías, A. I. B. y Rodríguez, V. H. (1998). Habilidades sociales en adolescentes de secundaria. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2, 28-36.
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- Stunkar, J.A. y Stellar, E. (1985). *Eating and its disorders*. Nueva York: Raven Press.
- Toro, J. A., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assesment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*, Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, J.V., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Faculta de Medicina de Barcelona*, 19, 9-15.
- Vera, M. N. (1998). El cuerpo ¿culto o tiranía? *Psicothema*, 10, 111-126.