

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD



Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Psicología
Clínica y de la Salud

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

Autor: Bach. Pacheco Ponce, Diana Marizol

Asesor: Mg. Ortiz Alcántara, Mercedes

LIMA – PERÚ

2021

Página del Jurado

Se hace mención a los miembros del Jurado Examinador para la evaluación de la sustentación de la tesis, que estará integrado por:

1. Presidente: Dr. Giovanni Díaz Gervasi
2. Miembro: Mg. Fernando Lamas Delgado
3. Miembro: Mg. Katherine Sánchez Carreño
4. Asesor: Mg. Mercedes Ortiz Alcántara
5. Representante de la EPG: Dra. Elena Maisch

Dedicatoria

A mi familia, por su amor incondicional y por estar siempre juntos; a mi madre Yrma Ponce, por sus enseñanzas y fortalezas inculcadas día a día; a mi esposo Enrique Salinas, por ser mi compañero en cada uno de mis objetivos, por la muestra de su amor constante y la comprensión en la continuación de mi formación académica y a mi hijo Thiago Salinas, “mi tesorito”, por ser mi fuerza y mi inspiración para seguir alcanzando cada una de mis metas.

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
• Página de Jurado	ii
• Dedicatoria	iii
• Índice de contenidos	iv
• Índice de Tablas	vii
• Índice de Figuras	ix
• Resumen	x
• Abstract	xi
• Introducción	12
Capítulo I	
Planteamiento del problema	16
1.1 Descripción del problema	16
1.2 Formulación del problema	24
1.3 Importancia y justificación del estudio	25
1.4 Delimitación del estudio	28
1.5 Objetivos de la investigación	29
1.5.1 Objetivo general	29
1.5.2 Objetivos específicos	29
Capítulo II	
Marco teórico	30
2.1 Marco histórico	30
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema de investigación	32
2.2.1 Investigaciones nacionales	32
2.2.2 Investigaciones internacionales	34
	iv

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	41
2.3.1 Anorexia nerviosa	42
A. Cuadro clínico	43
B. Comorbilidad	45
C. Etiología	47
2.3.2 Bulimia nerviosa	50
A. Cuadro clínico	51
B. Comorbilidad	53
C. Etiología	55
2.3.3 Habilidades sociales	57
A. Definición de las habilidades sociales	58
B. Modelos de las habilidades sociales	61
C. Componentes de las habilidades sociales	62
D. Tipos de las habilidades sociales	63
E. Entrenamiento en las habilidades sociales	65
F. Importancia de las habilidades sociales	65
2.4 Definición de términos básicos	66
2.4.1 Anorexia nerviosa	66
2.4.2 Bulimia nerviosa	67
2.4.3 Habilidades sociales	67
2.4.4 Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar”	70
2.5 Hipótesis	73
2.5.1 Hipótesis general	73
2.5.2 Hipótesis específicas	73
2.6 Variables	74
2.6.1 Variable dependiente	74
2.6.2 Variable independiente	74
2.6.3 Variable de control	74

Capítulo III

Marco metodológico	75
3.1 Tipo de investigación	75
3.2 Población y muestra	76
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	78
3.4 Descripción y procedimiento de análisis	82

Capítulo IV

Resultados y análisis de resultados	84
4.1 Resultados	84
4.1.1 Análisis descriptivo de la variable dependiente en el grupo control y experimental	84
4.1.2 Estudio de la normalidad de los datos en la Escala EHS de Gismero	90
4.1.3 Comparación de la variable dependiente en el grupo control	92
4.1.4 Efectos del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa	94
4.2 Análisis o discusión de resultados	98

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones	106
5.1 Conclusiones	106
5.2 Recomendaciones	109
• Referencias	110
• Anexos	121

INDICE DE TABLAS

Número		Página
01	Matriz de operacionalización de las habilidades asertivas o sociales	68
02	Matriz de operacionalización del Programa de Intervención “Preparándonos para disfrutar”	71
03	Características de la muestra de estudio	76
04	Análisis gramaticales por criterio de jueces V de Aiken	81
05	Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus dimensiones para el grupo control	85
06	Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus factores para el grupo experimental y control antes del tratamiento	86
07	Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus dimensiones para el grupo experimental	88
08	Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus factores para el grupo experimental y control después del tratamiento	89
09	Distribución normal de las diferencias observadas entre puntuaciones pre y post-test mediante el estadístico Shapiro-Wilk en el grupo control	91
10	Distribución normal de las diferencias observadas entre puntuaciones pre y post-test mediante el estadístico Shapiro-Wilk en el grupo experimental	92
11	Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes del tratamiento en el grupo control y experimental con la prueba t de Student para muestras independientes	93

12	Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes y después del tratamiento en el grupo control con la prueba t de Student para muestras relacionadas	94
13	Comparación de las habilidades asertivas estimadas después del tratamiento en el grupo control y experimental con la prueba t de Student para muestras independientes	95
14	Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes y después del tratamiento en el grupo experimental con la prueba t de Student para muestras relacionadas	96
15	Resultados de la evaluación directa de las 20 sesiones por criterio de jueces para el Programa de intervención “Preparándonos para disfrutar”	221
16	Cuantificación de la evaluación de respuestas de jueces en las 20 sesiones del Programa de intervención “Preparándonos para disfrutar”	222
17	Aprobación de las sesiones según opinión de expertos para el Programa de intervención “Preparándonos para disfrutar”	223
18	Índice de validez de contenido mediante el estadístico V de Aiken	224

INDICE DE FIGURAS

Número		Página
1	Principales alteraciones de la conducta alimentaria según DSM-5	57
2	Factores de las habilidades asertivas o sociales según Gismero (2000)	64
3	Promedios de la variable dependiente en el grupo control: Habilidades asertivas y sus factores.	85
4	Promedios de la variable dependiente en el grupo control y experimental antes del tratamiento.	87
5	Medias de la variable dependiente antes y después del tratamiento en el grupo experimental.	88
6	Puntuaciones medias de la variable dependiente después del tratamiento en los grupos experimental y control.	90
7	Efectos del programa de intervención en las habilidades asertivas (V.I. – V.D.).	97

RESUMEN

El estudio dirigido tiene 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 asisten a una clínica especializada de Lima. Para tales fines, se efectuó la investigación con un diseño cuasi experimental 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 estimación de la variable dependiente. Luego de la intervención, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$; $p < .01$ y $p < .001$) en las habilidades asertivas generales, así como en sus diferentes factores, a excepción del Factor III ($p > .05$) Expresión de Enfado y el Factor V ($p > .05$) Hacer peticiones, en el grupo experimental en comparación con el grupo control, y las mediciones pre y post test para dicho grupo; es decir se presenta un incremento de las habilidades asertivas, observándose mayores cambios en el grupo experimental.

Palabras Clave: Programa de habilidades asertivas, interacción social, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

ABSTRACT

The directed study aims to evaluate the effect of the assertive skills program for social interaction in a sample of patients with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) who attend a specialized clinic in Lima. For these purposes, the research was carried out with a quasi-experimental 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), applying the Gismero Social Skills Scale (EHS), as an instrument to modify the dependent variable. After the intervention, we obtained statistically significant differences ($p < .05$; $p < .01$ and $p < .001$) in general assertive skills, as well as in their different factors, except of the Factor III ($p > .05$) Expression of anger and the Factor V ($p > .05$), Making requests, in the experimental group compared to the group control, and the measurements before and after the test for said group; that is, there is an increase in assertive skills, observing major changes in the experimental group.

Key words: Assertive skills program, social interaction, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

INTRODUCCION

En el contexto actual, la reverencia a la delgadez desproporcionada, alentada por el ideal estético dominante, es considerado uno de los factores predisponentes en la manifestación de desórdenes de la conducta alimentaria (Maganto, 2011a, Maganto y Goraigordobil, 2015). Al respecto, se menciona que estos patrones de belleza son difundidos por los medios de comunicación, la internet, la familia y las amistades recibiendo un reforzamiento social importante, lo cual termina por impactar en mayor frecuencia a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, expresándose en el aumento de expresiones afectivas negativas, y en relación con la presencia de conductas bulímicas, además de predecir o iniciar los síntomas en esta población (Behar, 2010a). Como se puede apreciar una interacción constante con un entorno social que enfatiza la delgadez extrema y lo asocia a éxito social contribuye en alguna medida a la configuración de los trastornos de conducta alimentaria, si bien es cierto no es el único componente, la presencia de este contexto que destaca los patrones de belleza actuales impactan en los adolescentes que presentan vulnerabilidad a iniciar estos cuadros.

Dentro de los diagnósticos compatibles más conocidos tenemos la anorexia y bulimia nerviosa, los mismos que vienen siendo diagnosticados con mayor frecuencia en la consulta médica (Maganto y Goraigordobil, 2015); tanto psiquiatras y psicólogos estudian al paciente, la familia y su entorno, no obstante la complejidad de estos trastornos aun conlleva a diagnósticos erróneos o tardíos lo cual enlentece el inicio de un tratamiento acertado y su recuperación total en la primera etapa de la aparición de los síntomas.

En este sentido, López y Treasure (2011) refieren que gran parte de 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 motivación para el cambio. Por tanto, las conductas propias del trastorno en marcha suelen ser ocultas o encubiertas, y es el entorno más próximo

(usualmente padres, pero también profesores y/o amigos) el que empieza a detectar cambios, muchas veces por consecuencias o problemas asociados (gastritis, amenorrea, caída de cabello, problemas dentales, etc.), es así que suelen ser llevados por insistencia. Dentro de la búsqueda de asistencia inicial suelen estar los médicos generales, pediatras, nutricionistas o ginecólogos, donde la atención puede circunscribirse solo a su ámbito, perdiéndose oportunidades para hacer una derivación oportuna con profesionales especializados, ahí se aprecia la necesidad de que profesionales de la salud no especialistas en el tema conozcan herramientas que favorezcan la identificación o sospecha del caso (López y Treasure, 2011), ya que lo contrario beneficiaría el retraso de una intervención especializada, lo que va en detrimento del pronóstico y oportunidades de recuperación (Maganto, 2011a). Además, es posible que se enfatice solo los problemas físicos o asociados a la comida, no teniéndose en cuenta el aspecto de salud psicológica, encubriendo, 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 al aislamiento social, impactando en sus relaciones interpersonales debido a su baja autoestima, estado de ánimo oscilante y déficit en las habilidades asertivas y sociales (Maganto y Goraigordobil, 2015).

En este sentido, Behar (2010b) aclara que, en los trastornos de conducta alimentaria, el nivel de autoestima, la habilidad de comunicación y las situaciones de interacción familiar y social están disminuidas con respecto al funcionamiento óptimo del individuo. Así la autora pone en relevancia variables que van más allá de la sobrevaloración de la figura corporal, la comida o el peso: Dentro de estos elementos encontramos la dificultad que tienen para sostener sus relaciones interpersonales en distintas áreas, un ejemplo son el déficit en habilidades sociales, específicamente en la conducta asertiva, esto conlleva a un elemento de estrés y constante cuestionamiento respecto a su valía y autoeficacia para adaptarse y resolver problemas que le son demandados, contribuyendo aún más a la percepción negativa que muestran respecto a sus sentimientos de competencia. Al respecto, Celis y Roca (2011); Maganto y Goraigordobil, (2015) destacan una serie de factores explicativos de los trastornos alimentarios, entre los que mencionan los déficit en habilidades sociales, ya que al carecer de habilidades de cambio conductual continúan repitiendo errores alimentarios, así mismo se ponen de manifiesto la dificultad de resolución de problemas, déficit para

expresar emociones, recibir críticas y valoraciones, todo ello elementos clave de las habilidades de interacción social.

Por su parte, Gismero (2000) “define la conducta asertiva o socialmente habilidosa como el conjunto de respuestas verbales y no verbales mediante 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). Esta descripción que se realiza de las competencias sociales, se puede ver disminuidas en varios de sus componentes en los trastornos de conducta alimentaria o adolescentes en riesgo de tenerlas (Behar, 2010b; Maganto y Goraigordobil, 2015)

Así mismo, el modelo teórico transdiagnóstico para los trastornos de conducta alimentaria revisado por Fairburn, Cooper & Shafran (2003) en su reformulación pone en realce a los problemas interpersonales como uno de los mecanismos adicionales que mantiene el cuadro de conducta alimentaria, pues observaba que con la propuesta inicial de intervención lograba éxito solo en la mitad de pacientes a largo plazo, ya que los cambios logrados se mantenían constantes, contrario con la otra proporción de casos (Celis y Roca, 2011). En esta línea, Martínez (2014) sugiere profundizar en el abordaje terapéutico en pacientes con estas características clínicas pues existe una serie de limitaciones en distintos factores que componen las habilidades asertivas o sociales, además el incremento de estas destrezas favorecería el establecimiento de redes de apoyo para el sostenimiento de sus conductas saludables, consolidándose así su entorno social como un factor protector.

Por consiguiente, las prácticas sociales y conducta asertiva son necesarias y continúan siendo elementos esenciales para la evolución y pronóstico de personas que padecen algún desorden alimentario pues limitan la posibilidad de cambio. Por ello, se consideró importante realizar este estudio para conocer el efecto del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

De esta forma, la presente investigación, está comprendida por cinco capítulos, los cuales se describen de forma breve a continuación. En el primer capítulo, se plantea la descripción y formulación del problema, así como la justificación y las limitaciones del estudio, además

se propone la formulación de los objetivos de investigación, siendo el objetivo general el determinar el efecto del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima, desprendiéndose de este los objetivos específicos.

En el segundo capítulo, se relata el marco teórico que comprende el marco histórico, el cual responde al desarrollo histórico que ha seguido el problema de investigación y la evolución de la intervención en relación a los trastornos de conducta alimentaria y las habilidades sociales o asertivas; en seguida se describen los distintos estudios encontrados, ya sea en el contexto nacional, como en la comunidad internacional. Luego, se estructura el entramado teórico detallando la conceptualización de la anorexia y bulimia nerviosa, así como las habilidades sociales y sus modelos explicativos, tipos y formas de entrenamiento para el desarrollo de las habilidades. Finalmente, se plantean las hipótesis y se especifican las variables de estudio.

En relación al tercer capítulo, se desarrolla el marco metodológico, el mismo que comprende el tipo, método y diseño de investigación propuesta; detallando las características de la población y muestra, además de la forma cómo se eligió a los participantes y su composición en cada grupo. Otro acápite descrito es el de técnicas e instrumentos, donde se detalla las características más resaltantes de la prueba empleada para la recolección de la información, esto último también se detalla; posterior a ello se describe el procedimiento de análisis y procesamiento de datos.

En el cuarto capítulo, se presentan y se analizan los resultados, para dicho fin se presentan los resultados en función de tablas y gráficos para su mejor comprensión. En seguida, se analizan los resultados y se discuten los hallazgos, tomando en cuenta sus implicancias en el ámbito práctico y teórico.

Finalmente, en el quinto capítulo, se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son considerados cuadros complejos debido a su multicausalidad (Negrete, 2015; Duarte y 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 apreciadas como un problema de salud pública (Duarte y Mendieta, 2019) por la relevancia social que presenta, donde las mujeres jóvenes y adolescentes de países en desarrollo y vías de desarrollo son el grupo más vulnerable (Pelaéz, Labrador y Raich, 2005), además si no reciben un abordaje apropiado el incremento de la tasa de morbilidad y mortalidad aumenta.

En este sentido, según datos de la “Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 70 millones de individuos en el mundo están afectados por un trastorno de conducta alimentaria” (Vander Elst Letzer, 2019, p. 2), ubicándose 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, Quenaya y Mayta, 2015). Así son la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE), los de mayor casuística en los reportes de investigación, siendo los TCANE el de mayor prevalencia entre ellos (Peláez-Fernández, Raich y Labrador, 2006); por su parte Maganto y Goraigordobil (2015), comentan que en un contexto como es la consulta clínica los diagnósticos más usuales son la AN, la BN y el desorden de imagen corporal (IC). A esta situación, se suma lo descrito por López y Treasure (2011) en relación a características presentes en estos cuadros, como encubrimiento de síntomas, rechazo a pedir o recibir ayuda profesional, escasa conciencia de enfermedad y motivación para el cambio, lo que podría dar como resultado un subregistro de pacientes tanto en las investigaciones (Peláez-Fernández, Raich y Labrador, 2010) como en la atención médica, lo cual incrementaría los porcentajes; además ello induciría a un retraso en la identificación de los casos y por consiguiente en su intervención, extendiendo la morbilidad y limitando el pronóstico (Ruiz, 2020). En este sentido la American Psychiatric Association (APA, 2006) sostiene:

Es probable que la mortalidad y la morbilidad por anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos relacionados no se reportan porque no son reconocidos por los médicos. La negación de la enfermedad por parte de los pacientes puede resultar en su evitación del tratamiento en una fase temprana y el desarrollo posterior de múltiples problemas físicos crónicos, con morbilidad y mortalidad asociadas. (p. 72)

Tomando en cuenta esta problemática y pese a las limitaciones, diversos estudios sugieren que la prevalencia a nivel mundial de la AN se sitúa entre el 0,3% hasta un 1% (Nebot, 2017; APA, 2002; 2013; Peláez-Fernández et al., 2006; Garcia-Camba, 2007), acercándose más al 1% cuando las muestras son en adolescentes (intermedia o tardía) o mujeres jóvenes (0.9%) (Pérez, 2017; Dede, Lyritis y Tournis, 2014). En la BN la prevalencia alrededor del mundo está entre el 1-3% (Nebot, 2017; APA, 2013; Peláez-Fernández et al., 2006), siendo el inicio mayormente al intermedio y finales de la adolescencia o inicios de la juventud (Pérez, 2017). Por su parte, los TCANE se ubican alrededor del 3% (Peláez-Fernández et al., 2005) de esta población. Esto nos indica que la población que presenta TCA se ubica entre el 1-3% al evaluarse en adolescentes y jóvenes

de ambos sexos, mientras que si solo consideramos a las mujeres de este grupo etario la proporción se sitúa alrededor del 4 y 5% (Peláez-Fernández et al., 2005).

En Perú, Miranda (2016) comenta que según los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN) en los años 2002, en Lima y Callao, se reportó 8.3% de prevalencia de TCA (0.1%-AN, 0.8%-BN, 7.4%-TCANE); en el 2006, 4.6%; y en el 2012, fluctuó entre 3.1-4.5%, siendo las más afectadas las mujeres, aunque el porcentaje de varones diagnosticados viene en aumento en los últimos años. En cuanto a la prevalencia de regiones de la sierra y la selva peruana la autora reporta que el Ministerio de Salud en el 2003 y 2004, respectivamente, halló coincidencias en los porcentajes de TCA, AN (0.1%) y BN (0.4%).

Por otro lado, estos cuadros suelen estar acompañados de una serie de trastornos psicológicos comórbidos, lo que agrava su sintomatología, complica la evolución, empeorando el pronóstico y se vuelven en un factor de riesgo para el abandono de tratamiento (Perpiña, 2014). Así se observa que tanto en la AN como BN, sobre todo en los perfiles purgativos, más que en los restrictivos, se encuentra trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia y trastorno bipolar), de ansiedad (entre ellos está el trastorno obsesivo-compulsivo, ataques de pánico, ansiedad social, trastornos por estrés post-traumático, etc), alcoholismo y abuso de sustancias, además de trastornos de la personalidad (Perpiña, 2014; Behar, 2010b; 2010c; López-Gómez, 2007; APA, 2006).

En consecuencia, este grave problema de salud puede cronificarse e incluso llevar a la muerte; de este modo para la AN se espera una tasa de mortalidad de 0.56% por año, y de 5,6% a 10% por década, debido a complicaciones médicas o suicidio (Pérez, 2017; APA, 2013), estos números crecen cuando se continua el seguimiento a 20 años al 20% o si el peso se reduce significativamente por debajo de 35 Kg al 15% (García-Camba, 2007). En tanto en la BN no se encontraron datos específicos, no obstante, se asevera que existe una tasa de mortalidad, menor en comparación con la anorexia (García-Camba,2007; Perpiña, 2014), además cerca del 15% de estos cuadros presenta complicaciones médicas significativas y potencialmente mortales.

Asimismo, todo ello impacta en el bienestar y calidad de vida del paciente, tal como mencionan Agth et al. (2016) quienes informan 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 con conductas compulsivas 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). Finalmente, los tratamientos se asociaron de forma positiva con una mejora en las diferentes dimensiones y con la calidad de vida en general.

Por su parte, Raykos, McEvoy, Carter, Fursland, y Nathan (2014) manifiestan que la psicopatología de los desórdenes de conducta alimentaria más graves se relacionó significativamente con una mayor dificultad para socializar, presentándose con mayor énfasis en cuadros de anorexia nerviosa de tipo restrictiva, donde el comportamiento asertivo se muestra más afectado. Así dentro del espectro de comorbilidades, uno de los rasgos característicos de las personas con TCA son la evitación social y los trastornos de ansiedad, generando un perjuicio en su adaptación social, como laboral o académica; al respecto, para Rymaszewska (2007) existe una discapacidad social en la edad adulta de mujeres que aun presenta estos trastornos. Por su parte, Aracelus, Haslam, Farrow y Meyer (2013) señalan a la ansiedad social y el deficiente apoyo social percibido como causas que se han descrito como mantenedores de los trastornos alimentarios, además parecen diferir según los grupos diagnósticos. Es así que, para las dificultades interpersonales que presentan las personas con conductas restrictivas (anorexia) parecen estar relacionadas con la evitación de expresión de sentimientos y con la priorización de los sentimientos de los otros frente a los propios. Mientras que las dificultades interpersonales de pacientes con bulimia nerviosa parecen estar más relacionadas con la desconfianza interpersonal, interacción negativa y el conflicto interpersonal.

En este punto, Behar (2010d) realizó una revisión exhaustiva de estudios asociados al funcionamiento psicosocial en pacientes con TCA, donde se intentó describir la influencia de la ansiedad social, la alexitimia y la falta de asertividad como factores predisponentes,

desencadenantes y perpetuantes de la sintomatología de dichos cuadros y el deterioro en las competencias sociales. Los resultados expuestos indican que la ansiedad social (podría volverse en una fobia social), la alexitimia (déficit para identificar y describir sentimientos o sensaciones) asociada a depresión, y la disminución de las habilidades asertivas se presentan con mayor frecuencia en este grupo de pacientes que en otro grupo de sujetos controles. La autora concluye que estos cuadros repercuten significativamente en el desarrollo de habilidades sociales, la intervención terapéutica y la recuperación del cuadro; considerándolos factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores, pues asevera que el deterioro de las habilidades de interacción social facilitará irremediamente conflictos en distintas relaciones interpersonales y los recursos del paciente para tomar estrategias terapéuticas; finalmente hace énfasis en la identificación y abordaje temprano, como factor preventivo en el inicio de los TCA. Cabe resaltar que una de las intervenciones con evidencia empírica, sugeridas para estas comorbilidades es el entrenamiento en habilidades sociales (Bados, 2017; Nowakowski, McFarlane y Cassin, 2013).

Así para Behar, Manzo y Casanova(2006) las personas con anorexia y bulimia nerviosa presentan problemas de inseguridad, dependencia, sensación de ineficacia, tendencias perfeccionistas, extremismo de los problemas, dificultad para relacionarse y aceptar los cambios que trae la vida adulta, siendo aconsejable la evaluación sistemática y constante de las capacidades asertivas o de las habilidades sociales, ya que estos factores comprenden dificultades para poner límites a otras personas, expresar sus sentimientos y opiniones o discrepar de manera independiente, por ello se debe considerar de forma conjunta los desajustes cognitivos y conductuales 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.

Igualmente, para Gismero (2001) existe una serie de habilidades sociales o conductas asertivas que son difíciles de poner en práctica o mostrar para las pacientes con desórdenes alimentarios, tales como poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, expresar opiniones discrepantes de forma autónoma, y autoexpresión de sentimientos y opiniones; así mismo establece un nexo entre la AN y un déficit de la conducta asertiva, a su vez destaca que dentro del trabajo terapéutico con estos pacientes, uno de los factores de abordaje en los

programas de intervención son las habilidades sociales y la aserción, lo cual mejora el aislamiento social, aumentaba la seguridad y brindaba estrategias para la toma de decisiones, impactando en su autonomía.

De esta forma, la promoción de las habilidades asertivas o sociales comienza a convertirse en punto esencial en la recuperación del paciente con TCA, si bien es cierto se han encontrado estudios limitados que expliquen una relación clara entre los desórdenes de conducta alimentaria y las destrezas sociales, algunos estudios han intentado aclarar esta asociación, así Behar (2010d) menciona que en pacientes de alta, la ausencia de atracones y purgas se asoció a la disminución de problemas para identificar y expresar emociones, y por el contrario en universitarias subclínicas el incremento de estas conductas purgativas o restrictivas se asociaron negativamente al déficit del comportamiento asertivo, donde la autocrítica es considerada una conducta no asertiva. A su vez, este déficit en asertividad se expresa a través de sumisión o timidez, ansiedad, y sentimientos de ineficacia personal; donde la falta de asertividad muestra alta capacidad predictiva para el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, puede empeorar su pronóstico y sintomatología (Behar et al., 2006). En este sentido, los estudios muestran la necesidad de ir abordando las habilidades asertivas, tales como la autoexpresión en situaciones sociales y la defensa de los propios derechos, entre otros.

Cabe resaltar que un pobre desarrollo de estas destrezas en terapia, la demora o la no intervención van más allá, tal como explica Fairburn et al. (2003), quien refiere que los problemas de interacción social (lo que se relaciona de forma directa con el empleo de habilidades asertivas), junto a otras variables (perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia a los cambios de estado de ánimo), actuarían como factor de mantenimiento de la patología alimentaria, así al intervenir en estos aspectos se espera una mayor proporción de éxito alcanzado, además del mantenimiento de los cambios a largo plazo, en contraste con la intervención clásica del programa cognitivo conductual que conseguía cambios limitados a través del tiempo (Celis y Roca, 2011). Esto se corrobora con el aporte realizado por Bandini, Sighinolfi, Menchetti, Morri, De Ronchi y Atti (2020) quienes concluyen que el déficit en habilidades asertivas y para la regulación de las emociones podrían perpetuar los síntomas, y empeorar los resultados.

Asimismo, para Maganto y Goraigordobil, (2015) desde un enfoque cognitivo conductual de los trastornos alimentarios, uno de los factores explicativos serían los déficit en habilidades sociales, ya que al carecer de habilidades de cambio conductual continúan repitiendo errores alimentarios, así mismo se ponen de manifiesto la dificultad de resolución de problemas, déficit para expresar emociones, recibir críticas y valoraciones, todo ello elementos clave de las habilidades de interacción social. Esta dificultad en el cambio también podría apoyarse en ciertas características de personas con TCA señaladas por Uzunian y Vitale (2015) en una revisión amplia, como son niveles más altos de ansiedad, auto-verbalizaciones negativas, menor autoeficacia percibida, visión derrotista o desfavorable del futuro o situaciones a enfrentar, patrones de acción excesivos y patrones patológicos de atribución de éxitos y fracasos sociales, donde el déficit en habilidades sociales también comprende parte de los problemas socioemocionales. Para las autoras los adolescentes con menores recursos interpersonales son una población altamente vulnerable a desarrollar alteraciones psicológicas, mientras que lo contrario ayuda a inhibir conductas desadaptativas, volviéndose en protectoras.

En consecuencia, para Moreno y Villar (2002) el entrenamiento en habilidades sociales debe ser tomada en cuenta en pacientes con TCA para mejorar los contactos interpersonales y superar la timidez, es decir se vuelve una necesidad en esta población dotar de habilidades asertivas para mejorar su actuación social. A su vez, Martínez (2014) sugiere profundizar en el abordaje terapéutico en pacientes con estas características clínicas pues existe una serie de limitaciones en distintos factores que componen las habilidades asertivas o sociales, además el incremento de estas destrezas favorecería el establecimiento de redes de apoyo para el sostenimiento de sus conductas saludables, consolidándose así su entorno social como un factor protector para las recaídas.

En este sentido, Martínez (2014) expone un factor a considerar dentro del universo de variables que ponen en riesgo, mantienen o empeoran el cuadro, como es el entorno social y/o contexto de los pacientes con TCA, ya que, este contexto, está mediatizado por una reverencia a la delgadez desproporcionada, alentada por el ideal estético dominante, considerándose uno de los factores predisponente en la manifestación de desórdenes de la conducta alimentaria (Maganto, 2011a, Maganto y Goraigordobil, 2015); así las habilidades

sociales sirven como un medio de afronte frente al medio social en el que se desenvuelve la persona. Al respecto, Uzunian y Vitale (2015) manifiestan que “el surgimiento y mantenimiento de los TCA puede verse influenciado por el estándar de belleza de la sociedad actual, los mensajes y valores transmitidos por los medios, la influencia de los pares y las emociones que, cuando no se manejan adecuadamente, agravan y predisponen el cuadro” (p. 3505).

Al hablar del contexto no solo se refiere a los patrones culturales asociados a la belleza, socializados por los medios e internet, sino también se considera la familia y los amigos o pares sociales donde interactúa el individuo, puesto que los pares influyen en la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria, lo cual si refuerzan patrones patológicos predisponen o mantienen los TCA. Así la calidad del vínculo saludable favorece la comunicación y aceptación del otro, lo que impacta en su autoestima y satisfacción con la vida, aumentando así la aceptación de la imagen corporal del adolescente, reduciendo el riesgo de TCA (Uzunian y Vitale, 2015).

Por tanto, son las habilidades sociales o asertivas un recurso necesario que protege a la población vulnerable a iniciar con conductas de TCA (Uzunian y Vitale, 2015), además distintas intervenciones mencionan su impacto tanto al no ser intervenidas, como al tomarlo como un componente esencial dentro del tratamiento y recuperación del paciente. En este sentido, Okamoto, Miyake, Nagasawa, y Shishida (2017) manifiestan que el tratamiento cognitivo conductual mejorado (TCC-E) en grupo, integrándose entrenamiento en autoafirmación, componente de la asertividad, mejora el pronóstico a largo plazo, obteniéndose mejoras en la sintomatología del cuadro y psicopatología comórbida, destacando las bondades de la terapia grupal, tales como economía de tiempo y dinero, favorece la conciencia de enfermedad, mayores opciones de práctica y mejoras en la habilidades sociales, además de mayor adhesión al tratamiento.

En esta línea, Shiina et al. (2005) refieren que los tratamientos de grupo que incluyen entrenamiento en habilidades sociales, tales como la asertividad y resolución de problemas son eficaces para mejorar la conducta alimentaria de atracones y la función social en pacientes con desórdenes alimentarios. Por su parte, Bandini et al. (2020) confirman que la intervención de grupo con entrenamiento en habilidades sociales, como uno de sus

componentes, incrementa la asertividad y la regulación de emociones, sin embargo, advierte su poca eficacia en conductas compulsivas de gravedad en pacientes adultos con TCA. Además, Barrios-Hernandez, Gonzalez-Cuevas, Graell-Berna y Blanco Fernandez (2017) proponen una intervención no solo en el paciente, en relación al entrenamiento en habilidades asertivas, sino también a los padres, puesto que desarrollar estrategias de comunicación asertiva en la familia, favorece el nivel de asertividad en los hijos adolescentes, por consiguiente, en el pronóstico del trastorno de conducta alimentaria. Otro estudio que apoya la evidencia del entrenamiento en habilidades asertivas es el realizado por Lázaro et al. (2011) quienes concluyeron que la intervención basada en autoestima y habilidades sociales en pacientes con TCA mejoraría características centrales.

Finalmente, ya en su momento Temple y Robson (1991) demostraron que el entrenamiento de la conducta asertiva incrementa los niveles de autoestima, tanto en la población general como en poblaciones clínicas. De esta manera el adiestramiento en habilidades sociales es eficaz en poblaciones psiquiátricas, tal como reitera Takahashi y Koasaka (2003), incluidos las personas que padecen de desórdenes de la conducta alimentaria.

1.2 Formulación del Problema

De acuerdo a la problemática señalada, 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 contribuye en la percepción de su autoeficacia y calidad de vida, logrando mejores resultados en su capacidad de adaptación a situaciones nuevas y favoreciendo el mantenimiento a largo plazo de los cambios alcanzados

Por estas consideraciones establecidas, se propone resolver el problema de:

¿Cuál es el efecto que tiene el programa de habilidades asertivas en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?

Asimismo, desde el planteamiento y formulación del problema se desprenden y plantean los siguientes problemas específicos:

1. ¿Cuál es el efecto en el factor de autoexpresión en situaciones sociales del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?
2. ¿Cuál es el efecto en el factor de defensa de los propios derechos como consumidor del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?
3. ¿Cuál es el efecto en el factor de expresión de enfado o disconformidad del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?
4. ¿Cuál es el efecto en el factor de decir no y cortar interacciones del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?
5. ¿Cuál es el efecto en el factor de hacer peticiones del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?
6. ¿Cuál es el efecto en el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?

1.3 Importancia y justificación del estudio

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-adelgazamiento siguen un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la anorexia y la bulimia nerviosa.

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-adelgazamiento 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, 2012; Lazo et al., 2015; Uzunian y Vitale, 2015).

Por otro lado, los cuadros de conducta alimentaria representan aproximadamente entre el 3 y 5% (APA, 2013; Miranda, 2006; Nebot, 2017 Peláez-Fernández et al., 2005) de la población adolescente y joven, en su mayoría mujeres, 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 y 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 (Pérez, 2017; APA, 2013), 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).

Así también, los trastornos de conducta alimentaria se caracterizan 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), trastornos de ansiedad, como la fobia social, que menoscaba la interacción con

otros, a ello se suma desórdenes de la personalidad, además de alcoholismo y abuso de sustancias (Perpiña, 2014; Behar, 2010b; 2010c; López-Gómez, 2007; APA, 2006).

Todas estas consecuencias deterioran la calidad de vida y el bienestar de la persona, no solo su salud se perjudica sino la propia economía y los vínculos que establece, llegando al aislamiento o deterioro en sus relaciones interpersonales; así lo demuestran diversas investigaciones en esta población, tal es el caso de Agth et al. (2016) quienes informan 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).

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 (APA, 2006), conllevando a 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, 2010d). En contraste, 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 trastornos de conducta alimentaria muestra los múltiples beneficios que se pueden conseguir en favor de la recuperación del mismo, mostrando así la relevancia práctica del estudio en cuestión.

Otro de los aspectos en los que se justifica la tesis de investigación es la obtención de una metodología de trabajo basada en evidencia, especializada en la población de estudio, ya que

como se sabe existe una necesidad por acumular información sólida, sustentada en estudios clínicos, que aporten sobre tratamientos eficaces en poblaciones con anorexia y/o bulimia nerviosa (APA, 2006; Lineros-Linero y Mártines-Núñez, 2018, Martínez, 2014; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007), en relación al trabajo con las habilidades sociales que permitan brindar una serie de competencias interpersonales para contrarrestar las consecuencias de tener dicho cuadro y favorecer una mayor adaptación en sus distintas áreas de interacción.

1.4 Delimitación del estudio

La tesis de trabajo comprende el estudio de las habilidades asertivas para la interacción social en pacientes seleccionadas que reciben tratamiento en la modalidad de clínica de día y han sido diagnosticadas con anorexia y bulimia nerviosa, las cuales recibieron un entrenamiento en habilidades asertivas para la interacción social, mediante un programa de intervención conductual específico para tal fin, descartando cualquier otra variable no indicada.

El grupo poblacional de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa seleccionadas se delimitó a: pacientes menores de edad que presentaron el asentimiento informado y los padres el consentimiento informado; y/o pacientes mayores de edad que firmaron el consentimiento informado, con mínimo 1 meses de haber iniciado el tratamiento, descartando los sujetos que no se involucraron de forma permanente en el estudio.

Para la tesis de estudio, la elección de casos se circunscribió a pacientes de una clínica especializada en la atención de trastornos de conducta alimentaria de Lima Metropolitana. Así la selección de los sujetos y los grupos se dio durante el periodo comprendido entre los meses de noviembre y diciembre del 2018, comenzando el programa de intervención luego de subsanar la autorización de todos los participantes, el tiempo total de duración fue de 10 semanas, desarrollándose dos sesiones por semana, hasta completar las 20.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

1. Determinar el efecto del programa de habilidades asertivas en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar y comparar el efecto del factor de autoexpresión en situaciones sociales del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.
2. Identificar y comparar el efecto del factor de defensa de los propios derechos como consumidor del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.
3. Identificar y comparar el efecto del factor de expresión de enfado o disconformidad del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.
4. Identificar y comparar el efecto del factor de decir no y cortar interacciones del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.
5. Identificar y comparar el efecto del factor de hacer peticiones del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.
6. Identificar y comparar el efecto del factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Marco histórico

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y bulimia nerviosa, no son un problema nuevo, son conocidos y descritos desde la antigüedad, desde los principios de la civilización occidental; sin embargo, impresiona la virulencia con la que se ha presentado en la sociedad actual, así como el cambio de actitudes en los conceptos de salud y de ideal estético.

Dentro de la descripción histórica de estos trastornos, se considera que la anorexia nerviosa, es toda evitación del alimento de origen nervioso, sin causa orgánica encontrada o con un peso corporal anormalmente bajo sostenido.

En esta línea Arrufat (2006) señaló que siglos atrás, se describieron posibles casos de trastornos de conducta alimentaria referidos con distintos nombres: “anorexia histérica”, “trastorno anoréxico”, “neurosis nutricional”, “caquexia de Simmonds”, por citar algunos. Además, refiere que a mediados de la segunda mitad del siglo XIX, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Oxford, se distinguió la patología alimentaria como una afección característica, observada en mujeres jóvenes distinguida por inapetencia y adelgazamiento excesivo (definición del desorden alimentario en función de la anorexia

nerviosa). Años más tarde, detallaron definiciones más específicas de los desórdenes alimentarios; posteriormente (1980), introdujeron la expresión “anorexia nerviosa” en el tercer Manual de Clasificación y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM-III), en tanto siete años después hicieron lo propio con la terminología “bulimia nerviosa; posteriormente la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995) publicó la cuarta edición del manual de clasificación de trastornos mentales (DSM-IV) donde agrega el término trastornos de conducta alimentaria no especificada y comprende tanto anorexia nerviosa, como la bulimia nerviosa entre el nuevo rótulo de trastornos de conducta alimentaria específicos.

Asimismo, a inicios del siglo XXI, el APA (2002) divulgó la cuarta edición revisada del DSM-IV-TR, mediante el cual incluye una sistematización en función a la etapa evolutiva donde se encontraban dichas entidades, niñez o adolescencia. Para la adolescencia se consideró dos grupos de entidades definidas, llámese anorexia o bulimia nerviosa, y los otros trastornos no específicos; en caso de la niñez contenía a trastornos como pica, rumiación y trastornos de la ingestión alimentaria en la niñez.

Posteriormente, el APA (2013) planteó en el DSM-V variaciones importantes referidas a la clasificación del manual anterior, siendo la que actualmente está vigente, donde se nombra trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, cuyas categorías inmersa son: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción o de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

Por otro lado, respecto a las habilidades sociales recién a mitad de la década de los setentas los términos habilidades sociales y conducta asertiva son usados de forma intercambiable, donde el primer concepto comienza a ser empleado como reemplazo de la conducta asertiva. Por un largo periodo estas expresiones han sido tratadas de manera sustituible una de la otra, continuando aun este uso indistinto por diversos autores (Gismero, 2000; Caballo, 2007).

En tanto, Caballo (2007) señaló que las personas traen a cada experiencia sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción, por ello

la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, puesto que los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, según factores como la edad, género, clase social y educación.

Finalmente, se puede apreciar que los trastornos de conducta alimentaria son problemas de salud que se han descrito desde la antigüedad, sobre todo en la cultura occidental, incrementándose de forma alarmante en la sociedad actual; donde los conceptos de anorexia y bulimia nerviosa fueron apareciendo a finales del siglo XX, en los distintos manuales de clasificación de las enfermedades mentales. Por otro lado, las habilidades sociales y asertivas suelen intercambiarse como sinónimo hasta la actualidad por una serie de autores.

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema de investigación

A continuación, se mencionan diferentes estudios a nivel nacional e internacional.

2.2.1 Investigaciones nacionales

Galindo (2012) investigó la casuística de demanda de atención entre los adolescentes de 13 a 17 años en un Hospital nacional especializado en salud mental de Lima Metropolitana entre los periodos comprendidos entre el 2003 y el 2005, reportando que los trastornos de conducta alimentaria son una de las entidades nosológicas de mayor proporción, constituyéndose en el 4% (271 pacientes) de los internamientos en ese tiempo.

Por su parte, Berrocal (2009) realizó estudio cuyo objetivo fue determinar las habilidades sociales que poseen los estudiantes de enfermería de la UNMSM, el método empleado fue de tipo descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 296 estudiantes, el instrumento utilizado fue de tipo Likert modificada y la técnica fue la encuesta. Se concluye que el nivel de habilidades sociales de los estudiantes de enfermería de la UNMSM, en su mayoría es medio, lo que nos permite afirmar que los estudiantes no aplican sus habilidades sociales en todo momento, probablemente por desconocimiento o por falta de práctica de las mismas.

Además, De la Cruz (2010) analiza la relación entre las variables inteligencia emocional y habilidades sociales en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. Para lo cual se seleccionó intencionalmente a 35 mujeres con anorexia y bulimia nerviosa de un centro de terapias integradas para trastornos alimentarios con edades entre los 16 y 26 años, las cuales respondieron a dos instrumentos: el Inventario de Inteligencia Emocional de Baron y la Escala de Habilidades Sociales de Gismo, siendo esta última adaptada en 95 sujetos. Entre los resultados de mayor relevancia se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables inteligencia emocional y habilidades sociales. ($r= 0.86$ y $p<0.01$). Respecto al nivel de inteligencia emocional y habilidades sociales, un 77.1% de las pacientes se encuentran dentro de una categoría muy baja respectivamente. Al comparar la inteligencia emocional, según diagnóstico, encontramos que un 70.6% de pacientes con anorexia en su mayoría se encuentran en un nivel bajo (76.5%) y en menor porcentaje en la categoría alta (5.9%), En tanto, un 77.8% de pacientes diagnosticadas con bulimia, se encuentran en la categoría baja y ninguna en la categoría alta (0%), haciéndose evidente el déficit en las habilidades sociales y la regulación de sus emociones.

Asimismo, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (ISN HD-HN, 2010) mencionó que en la última década el porcentaje de personas atendidas con desórdenes de la conducta alimentaria se ha acrecentado de forma exponencial, en datos del autor hasta en 20 veces. Estos datos se sustentan en la atención brindada en el ISN HD-HD, pues para el año 1996 se atendió a 5 casos, mientras que en el 2009 los casos llegaron hasta 100. La idea que solo se manifestaba en estratos socioeconómicos altos, ha sido descartada, pues encontramos casuística a distintos niveles.

En un estudio experimental, Martínez (2014) investigó la eficacia de un programa integral de 12 sesiones, sobre las habilidades sociales en un grupo de pacientes con anorexia nerviosa (AN) en una clínica de Lima Metropolitana; se usó un diseño cuasi experimental de pre y post test con un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC), aplicándose la Lista de Chequeo de las Habilidades Sociales de Goldstein. La muestra estuvo conformada por 37 pacientes (entre los 13 y 30 años), con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva y anorexia nerviosa purgativa, dividiéndose en dos grupos (GE=19 y GC=18 pacientes). Los resultados

indican que existen diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) en las mediciones pre y post test en el GE, en las habilidades sociales.

Posteriormente, Miranda (2016) indica que varias investigaciones sostienen que en la niñez inician las dificultades con la alimentación y en la adolescencia o juventud los trastornos de conducta alimentaria, periodo donde se encuentran en la vida escolar e inicios de la universidad. Asimismo, menciona los estudios realizados por el ISN HD-HN, durante las dos últimas décadas antes del 2000 refieren que la media de edad en el que se manifestaban estos cuadros era 18.5, con una variación hacia arriba o debajo de 6.6, es decir que las edades comprendidas en promedio estarían entre el rango etario de 12 años a 25 años.

2.2.2 Investigaciones internacionales

Temple y Robson (1991) estudiaron los efectos del entrenamiento de la conducta asertiva en dos grupos, obtenidos de la población general y el otro de un hospital psiquiátrico en Oxford-Inglaterra, para lo cual se estimó la autoestima mediante un Cuestionario de Autoinforme, las dos muestras, población general y psiquiátrica, recibieron mediciones anterior y posterior al entrenamiento conductual, con seguimiento de meses. Los resultados finales arrojan incrementos significativos en la autoestima tanto al final del entrenamiento como en la evaluación de seguimiento.

Asimismo, Takahashi y Kosaka (2003) en Japón, entre 1998 y el 2000, realizaron un entrenamiento en habilidades sociales en pacientes que asistían a un hospital psiquiátrico y fueron tratados por diversos desórdenes mentales, en total fueron 136 pacientes adultos que accedieron al estudio de forma voluntaria, quedando 26 finalmente, dentro de los diagnósticos que se manejaron fueron la esquizofrenia, desórdenes del estado de ánimo, trastornos de conducta alimentaria y de personalidad. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en una población psiquiátrica, realizándose mediciones pre y postest, a través de la autoevaluación y la evaluación del personal mediante un cuestionario de habilidades sociales. Los resultados muestran que la habilidad social se incrementó entre un 15 y 30% en todos los cuadros, donde los pacientes

con desórdenes del ánimo obtuvieron un mayor incremento que llegó a un poco más del 30%; en caso de los trastornos de conducta alimentaria el incremento fue de un poco más del 20% de comportamientos habilidosos para la interacción social. A la luz de los datos se concluye la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psiquiátricos, más allá del diagnóstico, observándose diferencias entre los grupos de diagnóstico.

En Colombia, Rodríguez (2003) encontró en un estudio de 181 mujeres entre 12 y 45 años que asistían a un programa, entre enero 1997 y julio 2002, dentro de la muestra de estudio se halló 14 personas con un cuadro compatible con trastorno afectivo bipolar, las mismas que representaban casi el 10%; dentro de estos pacientes el 86% evidenciaban estados de ánimo mixtos (depresión y manía o hipomanía), con ciclación rápida y ultrarápida. El modelo de relación planteado propone que las personas con múltiples comportamientos impulsivos (autolesiones, comportamiento suicida, hurto compulsivo, tricotilomnía, adicción o abuso de SPA), con sintomatología de desórdenes alimentarios (compulsión por comer o conductas purgativa), con historia familiar de casos de trastornos afectivo bipolar, y menos de 23 años, presentan casi 40 veces mayor probabilidad de desarrollar un cuadro bipolar, en comparación con las personas sin dichas variables de riesgo. Además, la mitad de pacientes con bipolaridad, muestran indicadores compatibles con un cuadro similar al trastorno límite de la personalidad. Al estudiar la relación entre trastorno afectivo bipolar y subtipos purgativos de trastornos de conducta alimentaria, se halló que trece personas con el desorden afectivo evidencian sintomatología de trastorno alimentario de tipo purgativo.

En Asia, específicamente en Japón Shiina et al. (2005) examinaron la eficacia del tratamiento grupal de tipo cognitivo conductual combinado (CGCBT) y observar las características de pacientes que no la culminaron. A la terapia de grupo se le introdujo entrenamiento en asertividad para enfrentar problemas interpersonales y de habilidades sociales para mejorar la autoestima durante 10 semanas, 1 vez por semana, realizándose mediciones antes y después de la intervención, sin grupo control; la muestra quedó formada por 25 participantes (24 mujeres y un hombre) con edad promedio de 23.8 años, que cumplieron los diagnósticos de BN, ANP o TCANE con conductas de atracones, sin antecedentes de autolesiones recurrentes, a quienes se les aplicó el Eating Disorder

Inventory- 2 (EDI - 2) y el Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), para estimar la sintomatología del TCA, además de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton (HDRS), y funcionamiento social con la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF). Los datos evidenciaron una mejora en la sintomatología alimentaria, disminuyendo las puntuaciones en ambas pruebas ($p < 0.05$), del mismo modo sucedió con la puntuación de alexitimia ($p = 0.06$), la autoestima mejoró en contraste con la medición inicial, así como se observó una mejora significativa en la función social. Por último, se concluye que los tratamientos de grupo que incluye entrenamiento en habilidades sociales, tales como la asertividad y resolución de problemas son eficaces para mejorar la conducta alimentaria de atracones y la función social en pacientes con desórdenes alimentarios.

Asimismo, Sánchez (2007) confirma en su investigación constituida por 454 mujeres adolescentes de dos secundarias de México cuyas edades oscilaban entre 11 a 17 años, que las relaciones familiares y los factores de personalidad tienen gran influencia sobre las conductas alimentarias de riesgo.

En España, Pérez (2008) divulgó la tesis “Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato” a fin de mejorar y promover comportamientos prosociales para la interacción social, optimizando el afrontamiento con su contexto. El diseño de investigación fue descriptivo de corte transversal, siendo la población 70 adolescentes mujeres que se encontraban en una institución, cuyas edades oscilaban entre 17 y 19 años. El autor concluye que el programa de habilidades sociales logró cambios estadísticamente significativos, puesto se observó aumento de las habilidades para la interacción social.

Además, León, Gómez-Peresmitré y Plata-Acevedo (2008) realizaron una investigación donde relacionaban las conductas alimentarias de riesgo (seguimiento de dieta restringida y la preocupación por el peso y la comida) y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas, se trabajó con 700 mujeres de 5 escuelas secundarias. Entre los resultados de mayor relevancia se encontró una correlación significativa entre las habilidades sociales y conductas alimentarias anómalas.

También, D´Zurilla y Nezu (2010) describen la necesidad de incluir la habilidad de solución de problemas en un programa de conductas alimentarias de riesgo y aportar para la efectividad del tratamiento como parte de todo un programa integrado y desde una perspectiva más integral la habilidad para solucionar problema es una variable a considerar para un ajuste psicosocial apropiado, sobre todo de las personas con dificultades para manejar situaciones estresantes, ya sea acontecimientos vitales o estresores cotidianos, y este es el caso de las personas que presentan desórdenes de la conducta alimentaria.

Además, Lázaro et al. (2011) evaluaron los efectos de la terapia de grupo de autoestima y habilidades sociales en pacientes con desórdenes de conducta alimentaria (AN y BN), con mediciones antes y después de la intervención, en 160 pacientes adolescentes; encontrándose que las personas con bulimia presentaban puntuaciones en algunos aspectos de la estima personal y las destrezas sociales antes del tratamiento, luego del programa ambos grupos mostraron mejoras significativas en sus percepciones sobre su físico, autoconcepto relacionado al peso y forma, y autoestima social, además de la felicidad y satisfacción, aislamiento social y el liderazgo, siendo los pacientes con bulimia los que evidenciaron mayores cambios en más variables. Por tanto, se concluye que la intervención basada en autoestima y habilidades sociales en pacientes con TCA mejoraría características centrales.

La Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia de Argentina (ALUBA, 2011) presenta una serie de estadísticas donde señala que el 10% de 90 000 adolescentes encuestadas a nivel nacional, presentaba un desorden alimentario, además la cifras en Argentina proponían que entre el 13 y 15% de adolescentes mostraba indicadores de un trastorno de alimentación, entre anorexia y bulimia nerviosa; asimismo, la tasa de prevalencia en el país sudamericano es 3 veces mayor que la de Estados Unidos. Donde los estudios internacionales manifiestan que Japón representa el país con mayor incidencia de casos de esta patología (35% de la población); mientras que en Inglaterra dichos cuadros bordean el 27%, a su vez Italia presenta el 29% del total de la población con esta afección.

En tanto, en España, Pamies y Quiles (2012) investigaron el riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes y las estrategias de afrontamiento evitativas. Los resultados mostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento de huida

intropunitiva en adolescentes, chicos y chicas, con mayores puntuaciones en el EAT-40. En cuanto al sexo se aprecia que las chicas que presentaban mayor riesgo de desarrollar el trastorno utilizaban en mayor medida un estilo de afrontamiento de huida intropunitiva para afrontar sus problemas.

Asimismo, en Brasil, Duchesne et al. (2012) encontraron que determinadas habilidades sociales se relacionaron estadísticamente con la probabilidad de presentar desorden por atracón en mujeres con obesidad; al respecto los autores manifiesta que en esta población, el contar con un menor desarrollo de asertividad, expresión de sentimientos, dificultad para entablar conversación con personas nuevas, menor empatía e incremento de los niveles de ansiedad frente a situaciones sociales el riesgo a padecer del desorden por atracón aumentaba, resaltando la relación entre un pobre desarrollo de habilidades sociales y el trastorno por atracón.

Por su parte, Nowakowsk et al. (2013) en una revisión de la literatura sobre alexitimia y trastornos de conducta alimentaria se encontró que el tratamiento para los TCA impactaba en la disminución de las puntuaciones de alexitimia, no obstante, a pesar de ser estadísticamente significativos la reducción, el resultado aún era parcial, pues sujetos aun cuando se comparaba con sujetos controles estos, sus puntuaciones eran menores, además los puntajes no lograban descender a niveles de un mejor funcionamiento en relación al reconocimiento y expresión de emociones, por lo que las sugerían realizar mayores estudios, con contraste de grupos controles, además de evaluar qué factores podrían estar implicados en una mayor mejora de este problema.

Raykos et al. (2014) en Australia evaluaron si los problemas interpersonales iniciales se diferencian en función a las categorías diagnósticas de TCA y entre las subcategorías (restrictivos frente a purgativos) en una muestra de 406 pacientes con diagnostico primario de un TCA, asistentes a clínica comunitaria especializada en trastornos de conducta alimentaria, para lo cual se usaron el Inventario de Problemas Interpersonales – 32 (IIP-32), Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (EDE-Q) y la Escala de Estrés, Asiedad y Depresión (DASS) . Los resultados muestran que la psicopatología de los desórdenes de conducta alimentaria más graves se relacionó significativamente con una mayor dificultad

para socializar, donde los pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictiva muestran una mayor dificultad para socializar en contraste con los que presentan bulimia nerviosa purgativa; asimismo, muestran mayores dificultades en el comportamiento asertivo a diferencia de los pacientes con BN o TCANE. Además, todos los hallazgos fueron significativos después de controlar los síntomas comórbidos de depresión y ansiedad. Los datos llevan a concluir que los componentes interpersonales concretos son los problemas para interactuar y el comportamiento asertivo, con mayor énfasis en la AN de tipo restrictiva, por lo que sugieren que una intervención en entrenamiento de habilidades asertivas potenciaría el tratamiento en esta población.

Además, Álvarez y Gutiérrez-Rojas (2014) en Granada, España, estudiaron la presencia simultánea entre el desorden afectivo bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria en un nosocomio de la ciudad. Los resultados, saltan a la vista, pues existe una elevada comorbilidad entre el cuadro de bipolaridad y los desórdenes de la conducta alimentaria, específicamente en casos de bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Por otro lado, se aprecia que la farmacoterapia de mayor efecto en ambos cuadros son el litio y el topiramato.

Luego, en España, Tornero, Bustamante y Del Arco (2014) aplicaron un programa multicomponente de tipo cognitivo-conductual sobre un grupo de pacientes adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE) a cuatro mujeres con edades comprendidas entre 12 y 15 años que habían acudido a la Unidad de salud mental infanto-juvenil. El tratamiento fue aplicado a lo largo de 20 sesiones con una frecuencia semanal y en formato grupal con el objetivo de cubrir las necesidades detectadas en las pacientes: actitud frente a la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, autoestima y relaciones interpersonales. Al terminar el programa, se observó un aumento de la autoestima, menor insatisfacción corporal y distorsión corporal, un cambio positivo en la actitud frente a la alimentación y una mejora en las relaciones interpersonales, lo que puede ayudar a la prevención de recaídas.

En España Barrios-Hernandez et al. (2017) investigan la mejora de la comunicación asertiva en pacientes con TCA como efecto de una intervención familiar a través del entrenamiento en habilidades asertivas a los padres. La muestra quedó constituida por 50

adolescentes en tratamiento grupal por el desorden alimentario en un hospital de Madrid, cuyos padres participaron del estudio, de un total de 77, 36 conformaron el grupo experimental, los mismos que recibieron las sesiones (8 sesiones, una por semana con una duración de 2 horas en promedio), el resto (41), constituyó el grupo control (no recibe entrenamiento de asertividad), para medir los efectos se administró la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) a todo el grupo de adolescentes, previo al inicio de la intervención con los padres y al finalizar de la misma. La evidencia demuestra un aumento significativo en las puntuaciones de la escala de asertividad en el grupo de jóvenes cuyos progenitores fueron entrenados en habilidades asertivas, y disminución en las puntuaciones de autorrestricción; por el contrario, en el grupo control no observaron cambios significativos. Los autores concluyen que desarrollar estrategias de comunicación asertiva en la familia, favorece el nivel de asertividad en los hijos adolescentes, por consiguiente, en el pronóstico del trastorno de conducta alimentaria.

Okamoto et al. (2017) compararon en Japón el pronóstico a 10 años de pacientes que terminaron la terapia cognitiva conductual (TCC) grupal integrada con los que abandonaron, además analizaron el efecto de culminar la TCC grupal integrada; cabe resaltar que se empleó parcialmente la intervención propuesta del modelo transdiagnóstico de Fairburn, es decir la TCC mejorada (TCC-E), y se integró las sesiones de entrenamiento en autoafirmación, componente de asertividad (Naranjo, 2018). La muestra fue compuesta por 65 pacientes mujeres entre 19 y 37 años, con desórdenes alimentarios. Para estimar el pronóstico se evaluó los cambios en el comportamiento alimentario (3 comidas al día mínimo, 1 vez/semana comer en exceso e IMC superior a 17.5) y el ajuste psicosocial mediante el Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), una puntuación superior a 80 fue indicador de buena adaptación social. En cuanto a la medición (pre y postest) de los efectos del programa se consideraron los cambios en la Escala EAT-26, Prueba de Perfil de Estado de Ánimo (POMS), Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes (CISS) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Los resultados (pre y postest) indican que después de las 10 sesiones las puntuaciones en la escala de actitudes alimentarias, de depresión del POMS y el del CISS, del estilo orientado a emociones, disminuyeron ($p < 0.05$), en tanto los puntajes en autoestima aumentaron ($p < 0.05$); por otro

lado, la comparación entre los pacientes que terminaron la terapia y los que abandonaron, solo se diferenciaron en las escalas de ansiedad y enojo hostilidad de la prueba, siendo más alto en los que abandonaron terapia ($p < 0.05$), finalmente en relación al pronóstico el grupo que terminó la TCC-E grupal integrada presentó mayor cantidad de sujetos con un buen pronóstico, a diferencia de quienes dejaron la terapia donde primó un mal pronóstico ($X^2 = 20.4$; $p < 0.01$), tanto al año, a los 5 años como a los 10 años. Los autores concluyen que quienes terminaron la terapia TCC grupal integrada presentaron mejor pronóstico a largo plazo, asimismo destacan las bondades de la terapia grupal, pues ofrece mejora en la sintomatología del trastorno y psicopatología asociada, además del ahorro en tiempo y economía para los pacientes, sugiriendo una mejora en las habilidades sociales, desarrollo de autoconciencia, aumentando la adhesión al tratamiento gracias al tipo interacción que se da.

Finalmente, en Italia Bandini et al., (2020) estudian la eficacia del tratamiento grupal de corte cognitivo conductual en 20 pacientes de ambos sexos, entre 25 y 69 años, con diagnósticos de trastorno de conducta alimentaria a excepción de la anorexia, donde uno de los componentes es el entrenamiento en habilidades sociales, para lo cual se empleó Escala de Comportamiento Interpersonal, Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones y Prueba de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE), las mediciones se llevaron a cabo al inicio de tratamientos, al culminar y luego de tres meses. Los resultados demuestran la eficacia del entrenamiento en habilidades de interacción social por parte de la TCC, puesto que se produjeron aumento en las puntuaciones de asertividad y regulación de las emociones. Así se concluye que la terapia de grupo de tipo cognitiva conductual, incrementa la asertividad, mejora la regulación emocional, no obstante, es poco el efecto observado en conductas compulsivas de gravedad.

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades clínicas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan principalmente a los adolescentes; cada día desciende la edad de inicio, siendo de la población afectada el 88%

mujeres y el 12% varones. Dichos trastornos se caracterizan por un comportamiento alimentario perturbado, así como por una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (APA, 2002).

De las actuales clasificaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (CIE-10, DSM-IV-TR, DSM-5), destacamos dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

A continuación, se describirá las características principales de ambos trastornos como: definición, cuadro clínico, comorbilidad y etiología.

2.3.1 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es definida por la APA (2013) en el DSM-5 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)

Por su parte Miranda (2016) sostiene que dentro de los criterios citados en el DSM-5, se muestran cambios sustanciales como la eliminación del término bajo peso “definido como menor al 85 % del peso esperable para edad, sexo y talla”, siendo aludido ahora como “peso inferior al mínimo normal”; así también la amenorrea es descartada como criterio diagnóstico, pues las personas con dicho cuadro y con bajo pesos esperado no siempre presentan este signo, además solo se aludía al caso de las mujeres, dejando de lado a los varones, al momento de evaluar el criterio en mención.

Las personas anoréxicas tienden a obsesionarse con su figura corporal por ello constantemente realizan dietas. La restricción de la comida surge como una sensación de que los problemas que les acecha desaparecerán (Herzog, Beresin y Charat, 2006, como se cita en Maganto, 2011b). Este problema puede llegar a convertirse en el centro de su vida, viven

en función al peso, el cuerpo y la comida dejando de lado la parte social y actividades propias de su edad.

A. Cuadro clínico

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa de acuerdo al DSM-5 no tienen diferencia en relación a las edades; sin embargo, ello no da a entender que el curso y evolución sea igual o no varíe con el transcurrir de los años. A continuación, Castro-Fornieles et al. (2013) exponen las características clínicas más representativas y frecuentes en personas que presentan el cuadro, detallando algunas variaciones que se observan según la edad y el sexo:

a) Síntomas cognitivos-emocionales.

Este punto está relacionado con la forma de pensar y cómo se siente la persona; así en la esfera cognitiva tenemos una inadecuada percepción de su propio cuerpo, llegando a distorsión del esquema o imagen corporal, existe una pretensión constante de reducir su peso, apareciendo el temor a aumentar de peso.

Una característica principal también es la poca conciencia de enfermedad o insight por lo que no verán o darán la importancia a los distintos síntomas, incluso en niveles más deteriorados de la patología. Asimismo, los pensamientos de como bajar de peso, qué estrategias usar, cómo hacerlo más rápido, etc., se vuelven más obsesivos, presentándose ideas intrusivas entorno al contenido calórico de las ingestas, el peso y la continua evaluación de la imagen corporal, prolongándose por las rumiaciones, lo cual genera niveles altos de angustia y un incremento en el miedo patológico a recuperar el peso perdido. También aparecen una serie de pensamientos disfuncionales:

P. Dicotómicos: “lo único que no engorda es no comer...”

P. Distorsionados: “si bebo un vaso de leche subiré 1Kg”

Su estado de ánimo se presenta oscilante, se observa irritabilidad, ansiedad, ánimo deprimido. Todo ello va desarrollando ideas de tipo negativista, acentuando el bajo autoconcepto, incompetencia y rigidez. Por otro lado, la aparición de cogniciones anoréxicas y sus miedos son menores en edades prepuberales y de adolescencia temprana (12 – 13 años), es por eso que se piensa que las manifestaciones clínicas en edades tempranas se manifiestan en la esfera comportamental.

b) Síntomas conductuales (qué hace el paciente)

La anorexia nerviosa puede dividirse en dos tipos: restrictiva y purgativa. La tipología restrictiva se caracteriza por la pérdida de peso mediante la restricción y reducción de ingestas, por ende, de los nutrientes necesarios para la ganancia mínima necesaria de calorías, demás esto va de la mano con la hiperactividad física, con el fin de incrementar el gasto energético.

La restricción de alimentos se va incrementando a medida que el cuadro avanza, al igual que la disminución de porciones; aparecen rituales obsesivos en las comidas (comer lento, bocados más pequeños, partir alimentos en trocitos muy pequeños, masticar más tiempo la comida).

En la anorexia purgativa parece que el paciente realiza ingestas normalizadas, pero son frecuentes las conductas compensatorias (vómitos autoinducidos, consumo de pastillas adelgazantes, laxantes o diuréticos, estos últimos productos son más usados a edades mayores).

En lo social, tienden a aislarse cada vez más, evitan situaciones aversivas para ellos (comidas, ir de compras, ir al mar o la piscina) e incrementan otras asociadas al trastorno de conducta alimentaria (ejercicio extremo en el gimnasio, aumentar horas de estudio), compartiendo cada vez menos con sus pares. En este tipo de anorexia nerviosa pueden aparecer atracones alimentarios, los mismos que empeoran los síntomas cognitivo-emocionales y facilitan una mayor restricción alimentaria o uso de conductas purgativas.

c) Síntomas biológicos

La disminución en el peso viene a ser considerada como signo físico más relevante, cabe mencionar que los demás signos son secundarios a la disminución de peso y provienen del estado de desnutrición y los comportamientos compensatorios. Otros signos o síntomas que puede encontrarse son fatiga, estreñimiento, sequedad de piel, pérdida del cabello, aparición de lanugo, sensación de frío, etc. Si la pérdida de peso se sigue dando o se pierde de forma muy brusca, pueden aparecer alteraciones cardiovasculares (bradicardia, hipotensión) y de termorregulación (hipotermia). Pueden darse lesiones en el tracto intestinal, si se presentan conductas de purga, además de alteraciones en los electrolitos que suponen un riesgo importante (alteraciones de sodio y potasio). Esta patología presenta una tasa de mortalidad entre el 5% y 10%, sobre todo en la edad adulta (Castro-Fornieles et al., 2013), el 50% lleva a cabo un comportamiento suicida, que es acabado y la otra es por complicaciones biológicas, cardiovasculares e infecciones.

Finalmente, el estado nutricional afecta en la esfera cognitiva y comportamental dándose síntomas particulares, ya que repercute sobre el cerebro incrementando los fenómenos obsesivos y las compulsiones, la tristeza y la irritabilidad, y apareciendo alteraciones neuropsicológicas, un ejemplo de ello es la dificultad para sostener la atención y concentración, mayor rigidez cognitiva y perseverancia.

B. Comorbilidad

Al hablar de comorbilidad, nos referimos a la existencia de un cuadro claramente definido y diagnosticado según criterios consensuados y operativos, que se constituye en entidad propia y diferenciada del trastorno de la conducta alimentaria aun cuando aparezca de forma concomitante.

Se trata pues de un trastorno independiente, en el sentido que su evolución y pronóstico pueden no ser paralelos a los trastornos de la conducta alimentaria; para Castro-Fornieles et al. (2013) su presencia son indicadores de mal pronóstico y mayor grado de deterioro para los trastornos de conducta alimentaria. Para los investigadores la evaluación debería partir

una vez logrado una estabilidad física, ya que, como se sabe la malnutrición logra empeorar el estado de ánimo, incrementando la ansiedad y los síntomas obsesivos, lo que daría un sesgo de sobre diagnóstico, por los síntomas exacerbados, mejorando la evaluación al momento de presentar un peso apropiado.

En pacientes con anorexia nerviosa, los desórdenes afectivos, y concretamente la depresión, son los trastornos comórbidos más frecuentes, seguidos por los cuadros de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Todos estos trastornos comparten con los trastornos de la conducta alimentaria una base neurobiológica y etiopatogénica de disfunción serotoninérgica (Behar, 2010c).

Además, los antecedentes de trastornos psicológicos en el entorno familiar de pacientes con patología alimentaria suelen ser mayor la prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo, lo que lleva a la conjetura de haber un factor genético presente al momento de configurarse dichos cuadros. Parece que los rasgos de ansiedad, personalidad obsesiva/trastorno obsesivo compulsivo y mayores niveles de depresión registrados en escalas psicométricas, son previas al comienzo de la clínica alimentaria, sosteniéndose y/o agravándose con la evolución de la patología alimentaria, o únicamente por los síntomas del trastorno de conducta alimentaria, sino también a consecuencia de la desnutrición (Behar, 2010c).

Los estudios señalan que el 20 a 40% de pacientes con anorexia nerviosa cumplen criterios diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo comórbido (Castro-Fornieles et al., 2013). En la etapa adulta no es raro encontrar comorbilidad con el abuso o dependencia a sustancias, aunque en menor frecuencia que en los casos de bulimia nerviosa.

En relación a la personalidad, se refiere que existe una mayor proporción de pacientes con anorexia nerviosa del tipo restrictivo, con trastornos de la personalidad el *cluster C* (*ansiosos-temerosos*) (10 a 20%), de trastornos de personalidad *cluster B* (*dramáticos-emotivos*) y *C* (*ansiosos-temerosos*) en personas con anorexia nerviosa subtipo purgativo. Es decir, en el primer caso, se aprecia personalidades de tipo evitativo, obsesivo-compulsivo, o llamado también anancástico, en mayor proporción (Díaz Marsá y Carrasco, 2001), y en menor proporción paranoide, dependiente y límite. En caso del subtipo purgativo,

encontramos una mayor frecuencia de trastornos de personalidades de tipo límite, como el principal y más característico, seguido del tipo histriónico, obsesivo; y en menor proporción el evitativo, pasivo-agresivo y dependiente (Díaz-Marsá y Carrasco, 2001).

Finalmente, Castro-Fornieles et al., (2013) manifiesta que las personas que padecen anorexia nerviosa presentan una alta probabilidad de tentativas de suicidio y suicidio consumado. Este último explica la mitad de los casos de mortalidad por anorexia nerviosa.

C. Etiología

No existe un solo factor en la explicación de los trastornos de conducta alimentaria, pero hay un consenso en considerar que una serie de factores están asociados a su aparición y mantenimiento. Cada vez más estudios confirman la aparición de factores genéticos y biológicos, factores de índole personal, factores ambientales y factores socioculturales (Maganto, 2011b).

a) Factores genéticos, biológicos y/o endocrinológicos

La herencia tiene un papel en la susceptibilidad para desarrollar este tipo de trastornos. Se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario y gonadal (Aguinaga, Fernández y Varo, 2008 como se cita en Maganto, 2011b).

El componente genético logra explicar alrededor del 55 a 65% de la predisposición a presentar anorexia nerviosa. En este punto se sabe que no hay un solo gen que determina la patología, sino que existen alteraciones en distintos genes de manera conjunta facilitando el inicio de la entidad nosológica. Así, si un miembro de la familia ha padecido anorexia nerviosa, se incrementa las probabilidades de que otro integrante también la desarrolle, además esto también se extiende como factores de vulnerabilidad los antecedentes familiares de cualquier trastorno de conducta alimentaria, depresión, adicciones, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad y/o TOC.

Por otro lado, algunos genes determinarían ciertos rasgos de carácter o temperamentales que han sido descritos como importantes predisponentes de anorexia nerviosa como un elevado neuroticismo, perfeccionismo, obsesividad o niveles altos de ansiedad, con la consecuente tendencia a evitar situaciones inhibiendo la conducta para no afrontar el malestar que genera la ansiedad. Todos estos rasgos guardarían relación con una hipotética disfunción serotoninérgica basal que existiría en algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, estos genes implicados podrían verse más o menos susceptibles de cambios ambientales, con lo que funcionarían como genes que predisponen a la enfermedad si la persona en cuestión se pusiera en riesgo o en situación. Por ejemplo, parece que esta influencia genética se hace presente sobre todo a partir de la pubertad y en el desarrollo de la maduración sexual, por lo que la interrelación de genes e incremento de hormonas sexuales explicaría esa mayor susceptibilidad.

Dentro de estos factores también se ha encontrado la variable sexo, donde la mujer presenta un mayor riesgo de tenerla, esto se vería explicado por la interacción de factores genéticos, biológico-hormonal y socioculturales.

En los factores neonatales, se comentan una serie de complicaciones obstétricas/perinatales que aumentan la posibilidad de presentar anorexia nerviosa (hiperreactividad, problemas cardiacos neonatales); a mayor número de complicaciones, más elevada es la probabilidad de tener un cuadro a edades más tempranas. Tales dificultades serían un detonante para una inmadurez neonatal y de una posible modificación en el manejo de la respuesta frente al estrés, en tal sentido, estas personas son más vulnerables a presentar desórdenes alimentarios, ante situaciones de vida estresantes.

b) Factores individuales previos

Entre los destacados están un elevado nivel de perfeccionismo, obsesividad, angustia y bajo autoconcepto, los cuales se han explicado como rasgos de riesgo de presentar anorexia nerviosa y otros trastornos de conducta alimentaria. Algunas de ellas podrían estar determinadas en parte genéticamente. Estos rasgos predisponen a la aparición de la

disconformidad con el esquema corporal, síntoma típico como antecedente próximo de las conductas patológicas referidas a la alimentación.

La existencia de experiencias individuales previas como abuso físico y/o sexual, que son más frecuentes en esta población que la general, aunque similar a otros trastornos psiquiátricos, de manera que no son, pues, específicos de anorexia nerviosa. Al parecer la anorexia de tipo purgativa suele asociarse más a estos eventos de tipo traumáticos

Otro de los factores de riesgo más relevantes para padecer un trastorno de la conducta alimentaria es la realización de una dieta. La progresiva disminución de peso, conjuntamente con otros factores predisponentes, desencadena la desnutrición o malnutrición, con la consecuencia de impacto directo en el funcionamiento cerebral que incrementa las ideas sobrevaloradas de cuerpo y los miedos irracionales asociados con la anorexia nerviosa.

Por su parte, Maganto (2011b) comenta que dentro de los factores psicológicos o individuales se encuentra el tipo de personalidad, la menarquía, una historia de burlas en la infancia o adolescencia si está vinculada a características físicas, falta de autoestima, la distorsión e insatisfacción corporal y alteraciones clínicas precoces, etc.

c) Factores ambientales

Dentro de este grupo, se tiene a los factores familiares, un factor decisivo en el desarrollo de estos trastornos puede ser atribuido a las diferencias entre niños y niñas en el patrón de educación y socialización parental, y mientras menor edad tenga, la influencia es mayor.

Los padres o familiares controladores o que usan la desvalorización y/o la crítica sobre las ingestas, con mensajes permanentes sobre el cuerpo, el peso, o que alientan o realizan activamente dietas, promueven la rápida grabación del patrón estético de belleza, asociado a la delgadez extrema. Por otro lado, la disfuncionalidad familiar es un factor que incrementa el riesgo de padecer de anorexia nerviosa.

Otro factor inmerso es la influencia del grupo de edad, la atención que se vuelca al grupo de pares es muy significativa, generándose la presión de grupo, el cuestionamiento de

sentirse aceptado y parte de un grupo social. Así en esta etapa se reciben críticas y burlas en torno al peso o imagen suponen un riesgo de padecer anorexia nerviosa.

Cabe precisar que la práctica de deporte a nivel competitivo, en especial algunos más que otros, o determinadas profesiones terminan convirtiéndose en factores de riesgo para la evolución de un cuadro de anorexia nerviosa, pues se remarca el excesivo control de peso, el poseer un peso muy bajo, así se en la literatura se ha reportado que la gimnasia artística, el atletismo, y las modelos de alta costura, además en la práctica clínica se observan otras profesiones como nutrición, Chef y si bien es cierto no es una carrera que tiene un control estricto por el peso o el cuerpo, pero la incidencia llama la atención, y es necesario citarla, la psicología.

d) Factores socioculturales

Se observa que en las últimas décadas imperan en los países desarrollados o en vías del desarrollo los modelos de figuras que le rinden culto a la delgadez extrema, en el que sobresale el cuerpo de la mujer excesivamente delgada, que no sigue los parámetros de peso saludable.

En relación con estos ideales, los medios de comunicación ejercen una presión en la publicidad que incentivan a comercializar productos que no están indicados desde el punto de vista médico, siendo estos, artículos de moda, cosmética o de control del peso.

2.3.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones alimentarios, que consisten en ingerir una gran cantidad de alimentos en un periodo corto de tiempo, se experimenta una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de dichos alimentos acompañado de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el incremento de su peso, por lo menos 1 vez por semana. Según el DSM-V, la modificación más importante es la exclusión de los subtipos de bulimia nerviosa.

Bello (2014) señala que los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa comparten muchas características psicopatológicas en común, además menciona que un gran número de pacientes que presentaron tempranamente el diagnóstico de anorexia nerviosa posteriormente pueden virar a bulimia nerviosa, siendo la anorexia más frecuente en la etapa de la pubertad y la adolescencia temprana, mientras que la bulimia es más frecuente en la adolescencia tardía y la juventud.

Las personas con bulimia se dan cuenta de sus hábitos de alimentación, sin embargo, les cuesta reconocer el hambre que experimentan mientras se dan el atracón, ya que no pueden parar de comer por sí solos y solo se detienen cuando se les interrumpe, sienten un fuerte dolor abdominal, se quedan dormidos, se inducen al vomito o se desmayan. Su conducta esta relacionada con los atracones y las conductas compensatorias que se manifiestan para evitar ganar peso, empleando métodos de pasar por periodos de ayuno, de los vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos y consumo de fármacos. (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinoza, 2007).

A. Cuadro clínico

La bulimia nerviosa se define por la presencia de atracones seguida de conductas compensatorias, tales como restricción y/o purga. Generalmente después de un periodo de restricción aparecen los atracones, que son ingestas rápidas de gran cantidad de comida en un corto tiempo, con sensación de pérdida del control, ansiedad y sentimientos de culpa que se repiten con mayor o menor frecuencia.

La ingesta de alimentos que se ingieren en el atracón se consideran alimentos “prohibidos”, restringidos de la dieta en su inicio. La combinación de las grandes cantidades de ingestas con periodos de ayuno o purgas hace generalmente que el peso este en parámetros de la normalidad en estos pacientes, aunque pueden presentar ligero sobrepeso. El descontrol en la alimentación y las conductas compensatorias como restricciones y purgas se asocian a la presencia de un marcado malestar emocional, tristeza, sentimientos de culpa y empeoramiento de la imagen corporal.

Es frecuente la sensación de pérdida de control de la comida y la presencia de conductas de riesgo relacionadas con alta impulsividad y pérdida de control, por ejemplo, autolesionarse, y, cuanto más adultos son los pacientes, también consumen sustancias psicoactivas, tentativas de suicidio, episodios de cleptomanía.

Los síntomas biológicos que manifiestan los bulímicos se parecen a los de los pacientes con anorexia nerviosa purgativa y se relacionan con los riesgos implicados en estas conductas (molestias gástricas, episodios de hematemesis, alteraciones hidrolíticas, etc.) y en la ingesta masiva de comida (dilatación gástrica aguda). Las alteraciones iónicas por vómitos autoprovocados y/o abuso de laxantes y diuréticos pueden tener consecuencias graves vitales (por ejemplo, hipopotasemia y arritmias cardíacas). Debido a que el peso puede estar preservado, sólo la mitad de los pacientes suele tener desarreglos menstruales o amenorrea.

Existen menos estudios de seguimiento, pero los porcentajes de curación se parecen a los de los pacientes con anorexia nerviosa siendo alrededor del 50% los que presentarían remisión completa, una cuarta parte, repercusiones parciales, y el resto mantiene cronicidad (Perpiña, 2014). Asimismo, menciona que los mejores resultados se sitúan entre los cuatro y nueve años de seguimiento, existiendo antes y después de este intervalo mayores fluctuaciones entre fases de mejoría/recaídas.

Los pacientes con bulimia nerviosa presentan índices más bajos de mortalidad a lo largo de la vida que las pacientes con anorexia nerviosa. Algunos de los factores que predicen peor pronóstico son: frecuencia de vómitos autoinducidos, impulsividad, comorbilidad con depresión y/o trastorno de personalidad y baja cohesión familiar y social (García-Camba, 2007).

Menos frecuente es la migración diagnóstica de los pacientes con bulimia nerviosa hacia anorexia nerviosa (6 al 27%), con disparidad de resultados sobre si este viraje sería más frecuente antes o después de iniciado el trastorno.

B. Comorbilidad

Los pacientes con bulimia nerviosa presentan elevados porcentajes de trastornos depresivos comórbidos (40 al 80%) en mayor proporción que los pacientes con anorexia nerviosa. La impulsividad que presentan los bulímicos, no sólo con la comida, hace que se tenga que valorar sintomatología de base coherente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En la vida adulta, y con respecto a la población general, se observa un incremento de los trastornos de la personalidad *cluster B*, siendo el más frecuente el trastorno límite de la personalidad (20 al 40%) y, en menor medida, los *cluster C*. Hasta el 40% de paciente con bulimia nerviosa presentan abuso/dependencia de alcohol y/o sustancias ilegales (Behar, 2010b).

a) El trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria

Sánchez, Hagino, Weller y Ronald (1999) señala que la prevalencia de la bipolaridad en niños y adolescentes jóvenes es incierta, pues la mayoría son bipolares tipo II y que el incremento en la incidencia está relacionado con un posible fenómeno de anticipación fenotípica transgeneracional. Los niños y adolescentes reportan características atípicas dadas por episodios mixtos, ciclajes rápidos, síntomas psicóticos y alto grado de disfunción. Los síntomas frecuentes son conducta disruptiva, cambios en el estado de ánimo, impulsividad, alteraciones del sueño, hiperactividad, dificultad para concentrarse, explosiones de rabia, intolerancia a la frustración y deterioro en el funcionamiento académico, lo cual hace muy difícil el diagnóstico diferencial con trastornos de la conducta, TDAH y otras comorbilidades.

Akiskal et al, (2000) han mencionado que existen varios subtipos de enfermedad bipolar cuyo diagnóstico se complica por la falta de claridad de criterios entre los clínicos y por la pérdida de datos por parte de los pacientes. Así, entre un 30% y hasta un 50% de pacientes que inicialmente fueron diagnosticados como trastorno depresivo mayor terminan siendo bipolares tipo II. En resumen, sus características se relacionan con la aparición en una edad temprana de la primera depresión; gran disfunción social, familiar y académica; abuso de

sustancias; síntomas ansiosos de tipo fóbico y obsesivo; irritabilidad; suspicacia; ideas autorreferenciales, y empeoramiento vespertino. Un hallazgo clínico importante es la labilidad afectiva durante los episodios depresivos.

Asimismo, Álvarez y Gutiérrez-Rojas (2014) estudiaron la comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de conducta alimentaria. Describieron a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), dividiéndolos en 3 tipos: la anorexia nerviosa (AN), definida por un rechazo a mantener un peso promedio para la estatura y la edad (generalmente menos del 85% del peso esperado) y un miedo intenso a ganar peso; la bulimia nerviosa (BN), siendo su síntoma principal la presencia de atracones seguidos de conductas compensatorias que previenen la ganancia de peso, y por último, el trastorno por atracón (TA), también se presentan atracones, pero sin conductas compensatorias, conllevándoles a padecer obesidad. También se hace referencia al trastorno bipolar (TB), definido por ser un trastorno del estado de ánimo en el que las personas alternan entre periodos con episodios maníacos y depresivos, con etapas eutímicas entre episodios. Se divide en tipo I (episodios maníacos o mixtos) y tipo II (episodios hipomaníacos y depresivos).

En general, la presencia comórbida de trastornos del eje I en pacientes con trastorno bipolar es elevada. Existe una elevada comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos del eje I en los pacientes estudiados, siendo el abuso de sustancias y la ansiedad los trastornos más frecuentes, seguidos de los trastornos de conducta alimentaria (6% a lo largo de la vida y 1% actual). La comorbilidad entre los trastorno bipolar y trastornos del eje I estaba asociada con una mayor gravedad (Álvarez y Gutiérrez-Rojas, 2014).

En los estudios revisados, el trastorno de atracón es dentro de los trastornos de conducta alimentaria el más común entre la población bipolar, siendo el interés de estudios específicos esta comorbilidad. Se ha encontrado que el 9,5% de los pacientes con trastorno bipolar tenía trastorno de atracón. La bulimia nerviosa es el segundo trastorno alimentario más común en el trastorno bipolar, y la anorexia nerviosa, cuya prevalencia es incierta. En cuanto al orden de aparición, se muestra que el trastorno bipolar suele darse antes que el trastorno de conducta alimentaria en el 55,7% de los casos, el trastorno de conducta alimentaria aparece antes en un 34,3%, y la aparición conjunta ocurre en un 10% de los pacientes.

Asimismo, para Álvarez y Gutiérrez-Rojas (2014) en pacientes con trastorno bipolar es mas probable tener un trastorno de conducta alimentaria debido a:

1. Según la gravedad del trastorno bipolar: siendo el inicio del trastorno bipolar más temprano en casos de anorexia nerviosa con más episodios anímicos de depresión y con más síntomas en los casos de trastorno de atracón.
2. Mayor posibilidad de suicidio: existe una asociación entre el trastorno de conducta alimentaria y la severidad del trastorno bipolar, siendo la conducta suicida común a ambos trastornos y el riesgo de suicidio alto. Los trastornos del estado de ánimo son las alteraciones con más conductas suicidas, tanto en población general (35,8%) como en población psiquiátrica internalizada (20,8%).
3. Existe una correlación negativa con el número de participantes masculinos y con los participantes que tienen pareja.
4. El incremento de las comorbilidades, en especial con trastornos de atracón, con el consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad.
5. Entre los síntomas hipomaníacos, está la hiperactividad en pacientes con trastorno del espectro bipolar con obesidad mórbida.
6. Cuando se diagnostica bulimia nerviosa comórbida se ve incrementado el riesgo de ser bipolar usando las definiciones más amplias de la bipolaridad.

C. Etiología

En los trastornos de la conducta alimentaria, tanto en la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa intervienen los mismos factores de riesgo, señalando que las causas son múltiples y que hay una interacción entre los factores genéticos y ambientales que explican la etiopatogenia.

Existen factores de riesgo que son más específicos en la bulimia nerviosa a tomar en cuenta:

a) Factores genéticos

Se describe similar heredabilidad en bulimia nerviosa y en anorexia nerviosa. El estudio de los genes y la desregulación serotoninérgica son la diana para determinar la predisposición genética. Tener un familiar con otro trastorno de conducta alimentaria predispone a sufrir bulimia nerviosa. Si algún padre presente bipolaridad, depresión, obesidad o consumo de alcohol y de otras sustancias también incrementa el riesgo de padecer bulimia nerviosa (Fairburn y Harrison, 2003).

b) Sexo Femenino

Al igual que en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa también presenta mayor número de casos entre el sexo femenino.

c) Pubertad precoz

En las mujeres se ve un incremento del riesgo de mayor insatisfacción corporal asociado a una baja autoestima, tristeza y ansiedad en un rango de edad con mayor impulsividad y menor autocontrol conductual y emocional, incluso se puede asociar al sobrepeso y obesidad prepuberal aumentando el riesgo más específico de presentar bulimia nerviosa.

d) Trastornos perinatales

Las complicaciones obstétricas y perinatales son similares que, en la anorexia nerviosa, siendo el retraso en el crecimiento fetal y la aparición temprana de dificultades en la ingesta más frecuente en la bulimia nerviosa que anorexia nerviosa.

Maganto y Goraigordobil (2015) refiere que los pacientes con bulimia nerviosa compartirían los mismos factores de riesgo individuales previos, que los que presentan anorexia nerviosa, sobre todo la baja autoestima, inestabilidad emocional, impulsividad, baja

tolerancia a la frustración y déficit en las habilidades sociales para la interacción social mostrando dificultad para defenderse, expresar sus sentimientos y opiniones, decir “no”, solucionar problemas, manejar las críticas e interactuar con el sexo opuesto. También se observa el perfeccionismo, con menos influencia que en la anorexia; mientras que los antecedentes de abuso físico y/o sexual son más frecuentes en bulimia que en la anorexia.

Finalmente, se presenta un resumen de los dos principales cuadros de los trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM - 5 (APA, 2013), los mismos que serán estudiados en la presente investigación en el marco de las habilidades sociales.

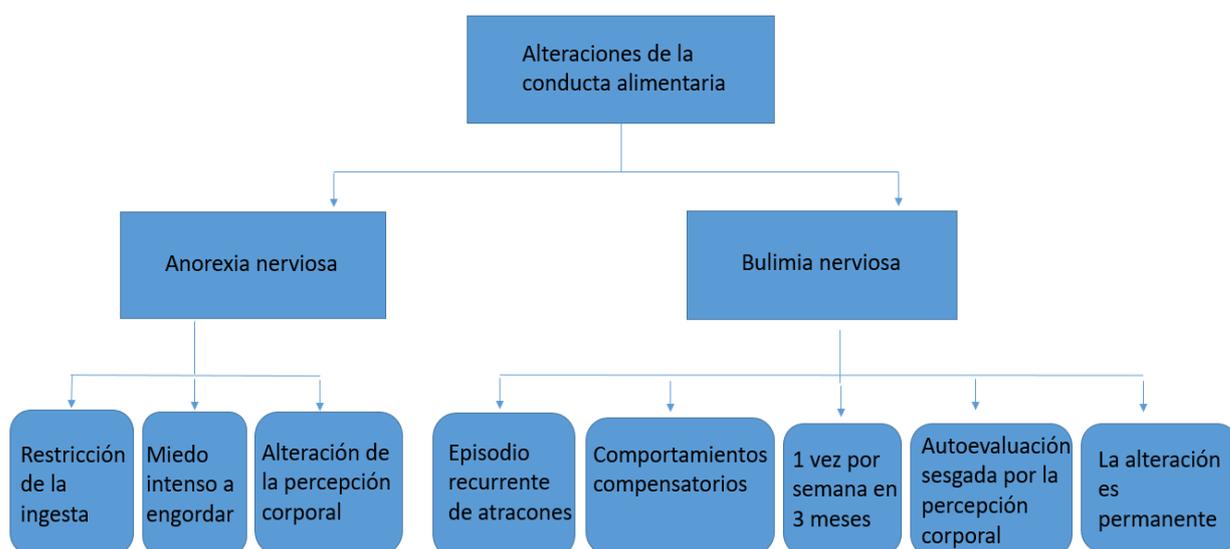


Figura 1. Principales alteraciones de la conducta alimentaria según DSM-5 (2013).

2.3.3 Habilidades sociales

Por naturaleza, el ser humano es un ser social; y desde el nacimiento, los niños forman parte de la sociedad y están expuestos a relacionarse con otros, pasan mucho tiempo interactuando con diversas personas y con su entorno; sin embargo, para tener una interacción asertiva y exitosa, los niños requieren aprender una serie de habilidades mientras

que crecen y se relacionan con la sociedad permitiendo una inmersión progresiva, activa y positiva dentro de la sociedad. Son habilidades conocidas como “habilidades sociales”.

A. Definición de las habilidades sociales

Caballo (1986) define la habilidad social considerando tanto los aspectos emocionales como la expresión de derechos de acuerdo al contexto en que se presenta: “La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Morrison (1990, como se cita en Caballo, 2007) señala que las manifestaciones conductuales o la habilidad social incluye predisposiciones biológicas, siendo determinantes en el niño las experiencias tempranas de aprendizaje por su interacción con su predisposición biológica para determinar patrones relativamente consistentes de funcionamiento social.

Gil, León y Jarama (1992) describen a las habilidades sociales como “conductas manifiestas y observables que se muestran en situaciones de interacción social, tales capacidades pueden enseñarse y/o mejorarse a través del aprendizaje reforzado socialmente ya sea de carácter incidental o como consecuencia de entrenamiento”.

Por su parte, Gismero (2000) refiere que:

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

También precisó que las habilidades sociales se van formando desde la niñez hasta la adultez a través de un conjunto de conductas; se expresó liberalmente de las habilidades sociales y la conducta asertiva aplicando teorías e incentivando a la investigación del tema.

Asimismo, Méndez, Olivares y Ros (2005) señalan que las habilidades sociales son un conjunto de conductas que emite un individuo en una situación interpersonal, en las que expresa sentimientos y deseos, conversa, defiende, recibe opiniones y respeta los derechos personales de manera adecuada, incrementando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de presentar problemas en la interacción social.

Caballo (2005) lo define como el conjunto de conductas que un individuo manifiesta en una relación interpersonal, resuelve los problemas inmediatos y minimiza la probabilidad de futuros problemas, además permite expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de la persona respetando el contexto en el que se presentan. Dicha habilidad comprende la capacidad para trabajar la expresión hacia fuera, la disposición para negociar y alcanzar metas individuales o grupales respetando las normas y valores que rigen en la sociedad en que vivimos.

Luego, Rodríguez (2007) describe las habilidades sociales como el conjunto de conductas impulsadas por las emociones que permiten la expresión de una u otra respuesta según el contexto interpersonal en el que nos encontramos, cada persona puede analizar, explorar y conocer el contexto en el que nos desarrollamos, y las respuestas se pueden controlar a través del entrenamiento y convertirlas en positivas.

Caballo (2007) las habilidades sociales son definidas como la conducta socialmente habilidosa y consiste en la emisión de una serie de conductas manifestadas por un individuo en el marco de un contexto interpersonal, tiene como fin buscar resolver un problema de forma inmediata, y se caracteriza por la expresión de actitudes, deseos, sentimientos, opiniones y derechos de manera adecuada de acuerdo a la situación, respetando los derechos de los demás.

Posteriormente, las habilidades sociales toman en cuenta determinado tipo de destrezas que resulta necesaria para cierto tipo de ejecución.

Para Peñafiel y Serrano (2010) las habilidades sociales son “(...) dadas las destrezas relacionadas con la conducta social en sus múltiples manifestaciones”.

Gismero (2000) y Caballo (2005) proponen la idea de que la conducta socialmente habilidosa incluye tres componentes o dimensiones: una dimensión conductual, una dimensión cognitiva y una dimensión situacional o contextual.

Dimensión conductual, se ha propuesto distintos tipos de respuesta, entre las más comunes se consideran: Hacer y aceptar cumplidos, hacer peticiones y rechazar peticiones expresar amor, agrado y afecto, defender los propios derechos, expresar opiniones personales, incluir los desacuerdos, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, petición de cambio de conducta del otro, disculparse o admitir ignorancia y afrontar las críticas.

Estas conductas se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta. Los contenidos no verbales también son importantes como los verbales pues expresan el contenido, el tono de la expresión de una frase puede cambiar su sentido. Dentro de los ejemplos de componentes no verbales se encuentran el contacto ocular, postura, distancia y paralingüísticos están el volumen de la voz, tono, latencia, fluidez etc. (Gismero, 2000).

Dimensión cognitiva, esta incluye las expectativas, los valores, las autoverbalizaciones etc. En general, se consideran todas aquellas variables cognitivas que se han aprendido en el transcurso de la historia personal. Eisler y Frederiksen (1980) mencionan que la falta de habilidad social expresada por algunos individuos puede provenir del desconocimiento de respuestas apropiadas que pueden emplearse de forma efectiva en distintas situaciones.

Dimensión situacional, está relacionado a la variedad de situaciones que pueden afectar la mayor o menor habilidad de un individuo a la hora de comportarse de manera socialmente habilidosa.

B. Modelos de las habilidades sociales

En el aprendizaje social se incluyen experiencias interpersonales que se originaron por consecuencias sociales del comportamiento, considerándose los siguientes modelos de las habilidades sociales:

Modelo Conductista, comprende la capacidad de ejecutar una conducta que permita reforzar positivamente a otros o evite que seamos castigados.

Peñañiel y Serrano (2010) describen el conductismo como una corriente psicológica, siendo Skinner uno de sus exponentes principales, junto con J. Watson, etc. El conductismo abarca la conducta observable del individuo y no considera lo que ocurre dentro del organismo, como la motivación, emoción y demás procesos que no sean observables directamente caja negra E - R, estímulo - respuesta. Para Skinner (1975), la conducta puede modificarse mediante refuerzos positivos, negativos y castigos, y así era posible controlar la conducta.

Modelo Cognitivo, se refiere a la habilidad para organizar cogniciones y conductas orientadas hacia las metas sociales comúnmente aceptadas.

Vygotsky, Luria y Leontiev (1988), mencionan que el desarrollo cognitivo no puede entenderse sin hacer referencia al contexto social, histórico y cultural en el que ocurre. Señalan que los procesos mentales superiores como el pensamiento, el lenguaje y el comportamiento voluntario tienen su origen en procesos sociales; siendo el desarrollo cognitivo la conversión de relaciones sociales en funciones mentales.

Modelo de Persecución Social, en el que se destacan los procesos de selección de la información en la interacción social y posteriormente la interpretación.

Sánchez (2009) refiere que “hablar de acoso escolar, supone hablar de un tipo de persecución y de agresión a alguien por motivos que no están fundamentados. La persecución y la humillación nunca lo está, pero cuando se trata del acoso escolar, la agresión se basa en debilidad por parte del agresor”.

Se recomienda que en el ámbito donde se desenvuelve el niño se incluyan modelos que le permitan desarrollarse de manera asertiva y con valores.

Gismero (2000) señaló que “la psicología clínica pretende ser un todo que abarque en rango y totalidad la conducta humana, se preocupa por entender y mejorar la conducta humana. Es llamativa para las personas que buscan una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana”

Modelo de Aprendizaje Social, en las habilidades sociales se considera que las experiencias interpersonales son mantenidas por las consecuencias sociales del comportamiento.

Dentro de la Teoría del Aprendizaje Social “la mayor parte del comportamiento humano es aprendido mediante la observación de modelos que ejecutan el comportamiento en cuestión, siendo este uno de los medios más poderosos para transmitir valores, actitudes y patrones de pensamiento y comportamiento” (Sánchez, 2009).

C. Componentes de las habilidades sociales

Dentro de las habilidades sociales, encontramos 2 componentes (Torres, 2014).

a) Los componentes No Verbales

Hacen referencia al lenguaje corporal, a lo que no decimos, a cómo nos mostramos cuando participamos con el otro, el contacto ocular, la postura, la distancia interpersonal, orientación, gestos y movimientos que hacemos con brazos, piernas y cara cuando nos relacionamos con otros.

b) Los componentes verbales

Comprenden el volumen de voz, el tono, la fluidez, el tiempo de habla, el timbre, la entonación, la claridad, la velocidad y el contenido del mensaje. Alguna vez hemos tenido que experimentar la incomodidad de hablar con alguien que abarca todo el tiempo de la conversación, que habla muy rápido o muy lento, que da mil vueltas para contar algo o que

su timbre de voz es demasiado agudo. Es importante lo que decimos y el modo como lo decimos.

D. Tipos de las habilidades sociales

Caballo (2005) señala que las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse de manera efectiva con los demás y mutuamente satisfactoria. Además, propone:

- a) **Habilidades sociales básicas:** comprende la interacción con otros comportamientos como son escuchar, iniciar y mantener una conversación, hacer una pregunta, decir gracias, entre otros dan un cumplido.
- b) **Habilidades sociales avanzadas:** abarca comportamientos de interacción y de relación con otros eficazmente, incluye: ayuda, participación, dar instrucciones, seguir las instrucciones, pedir perdón, convencer a otros.
- c) **Habilidades y los sentimientos:** describe comportamientos de la comunicación e interacción con los otros de una manera efectiva y mutuamente satisfactoria, abarca: conocer y comprender los sentimientos de los demás frente a la ira, amor expreso, eliminar el miedo, premios.
- d) **Alternativas para las habilidades de agresión:** se busca evitar los comportamientos de agresión, tales como autorización, compartir algo, ayudar a otros a negociar, uso del autocontrol, hacer valer sus derechos, responder a bromas para evitar problemas con otros.
- e) **Habilidades para lidiar con el estrés:** comprende comportamientos que le permiten avanzar sin generar estados de preocupación, tales como: formular una queja, respuesta a una queja, demostrar deportividad después del juego, resolver la

vergüenza para hacer frente, defender a un amigo y reaccionar a la persuasión, responder al fracaso cuando se enfrenta con contradicción, responder a la acusación del mensaje para prepararse para hacer frente a una conversación difícil y hacer frente a la presión de grupo.

- f) **Habilidades de planificación:** incluyen comportamientos que se desarrollan en la forma y según el plan, tales como: tomar iniciativa para discernir sobre la causa del problema, establecer un objetivo, recoger información, resolver problemas según su importancia, la decisión de centrarse en la tarea.

Por su parte, Gismero (2000) propone la existencia de 6 dimensiones fundamentales que explican el comportamiento asertivo o socialmente habilidoso, como se muestra en la Figura 2. Los factores propuestos están en función de una revisión extensa de dichos elementos y las diferentes clases de respuestas propuestas por diversos entendidos en el tema. Así realiza una selección de las principales y más referidas dimensiones, sometiéndolas a un análisis estadístico que dio pie a la creación de un instrumento de medida de dicho constructo. Finalmente, esta conceptualización de Gismero (2000) sobre la conducta asertiva o socialmente habilidosa es la que se toma en consideración para la presente investigación.



Figura 2. Factores de las habilidades sociales o asertivas según Gismero (2000).

E. Entrenamiento en las habilidades sociales

Caballo et al. (2010) hace la propuesta de aplicar cualquier habilidad frente a un suceso crítico, descrito principalmente por factores cognitivos y conductuales.

Etapas de un entrenamiento en las habilidades sociales (Torres, 2014):

- a. **Definición y explicación del procedimiento:** Se describen y ordenan las metas a las que se quiere llegar y la manera en que se trabajarán desde el inicio para prepararlos y adaptarlos a su necesidad.
- b. **Modelado:** Se toma conciencia con el empleo de la retroalimentación considerando su grado de competencia en la aplicación de las habilidades sociales.
- c. **Ensayo conductual:** Se utiliza la técnica del role-playing y comprende la realización repetitiva del comportamiento para instruir, para así valorarla y obtener el nivel aspirado.
- d. **Retroalimentación:** En el feedback se obtiene una valoración cuando las personas están en el entrenamiento que permite observar la forma de actuar con el fin de mejorar.
- e. **Refuerzo:** La persona de acuerdo a las conductas adecuadas va obteniendo logros, los cuales se recompensan con refuerzos positivos sociales o materiales para que sean más eficaces.
- f. **Generalización:** De acuerdo a los ensayos y la ejecución de las conductas se espera integrar y consolidar las habilidades que se ha estado trabajando para que poco a poco se apliquen en situaciones reales.

F. Importancia de las habilidades sociales

Peñañiel y Serrano (2010) señalan que “las habilidades sociales, llevarán al individuo a enfrentar apropiadamente diversas situaciones cotidianas y a resolver efectivamente los

conflictos que se le presentan en los diferentes contextos en que se desenvuelve”. Se toma en cuenta el desarrollo de las habilidades sociales y se tendrá como consecuencia:

- a) La interacción con los demás refleja sus habilidades básicas de interacción social.
- b) Actuar de manera asertiva en la solución de problemas empleando sus derechos sin agredir ni ser agredido.
- c) Incrementar su valoración y su autoestima al tener confianza en sus propias habilidades y considerar sus metas reales.
- d) Mejorar su relación social y aprender a acercarse a las demás personas y saber que esperar de ellas, además, desarrollar habilidades sociales positivas.

Las habilidades sociales son consideradas sinónimo de desarrollo personal, que incluyen a la educación, ya que, a su vez de dotar al futuro profesional de conocimientos, también le ofrece el desarrollo de destrezas y capacidades que le permitan desarrollarse socialmente dentro de un plano personal como laboral.

2.4 Definición de términos básicos

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, se tomará la definición de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, así como la definición de habilidades asertivas o sociales y del programa de intervención.

2.4.1 Anorexia nerviosa

a. Definición conceptual

APA (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”.

2.4.2 Bulimia nerviosa

a. Definición conceptual

APA (2013) señala que “La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones alimentarios (ingesta de gran cantidad de alimento 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 1 vez por semana, para evitar el aumento de peso”.

2.4.3 Habilidades asertivas o sociales

a. Definición conceptual

Gismero (2000) define “la conducta asertiva o socialmente habilidosa es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”.

b. Definición operacional

La definición operacional para las habilidades asertivas o sociales se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de las habilidades asertivas o sociales

V. D.	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items	Medición	Instrumento
Habilidades asertivas o sociales	Las habilidades asertivas o sociales se definen como el conjunto de respuestas verbales y no verbales donde un individuo expresa la capacidad de autoexpresión de situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones con el sexo opuesto.	Autoexpresión de situaciones sociales	-Capacidad de expresarse en entrevistas personales. -En tiendas. -En grupos. -En reuniones sociales	1, 2, 10, 11, 19, 20, 28 y 29	Ordinal	Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero adaptado por Harumi Palacios (2017).
		Defensa de los propios derechos como consumidor:	-Conductas asertivas frente a desconocidos -Defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. -En las tiendas. -En la calle.	3, 4, 12, 21 y 30.	Ordinal	
		Expresión de enfado o disconformidad:	-Conflictos con otras personas. -Expresión de sentimientos negativos. - Expresión de enfado -Desacuerdos con otras personas.	13, 22, 31 y 32.	Ordinal	
		Decir no y cortar interacciones	-Corte de interacciones que no se quieren mantener. -Con un vendedor. -Con amigos. -Con personas con las que no se quiere seguir saliendo. -Negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. -Decir “no” a otras personas.	5, 14, 15, 23, 24 y 33	Ordinal	

		Hacer peticiones	<ul style="list-style-type: none"> -Expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos. -A un amigo. -En un restaurante. -En una tienda. 	6, 7, 16, 25 y 26.	Ordinal	
		Iniciar interacciones con el sexo opuesto:	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciar interacciones con el sexo opuesto. -Una conversación. -Una cita. -Hacer un cumplido. -Dar un halago. -Hablar con alguien que te resulta atractivo. 	8, 9, 17, 18 y 27	Ordinal	

2.4.4 Programa de Intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar”

a. Definición conceptual

Es una intervención psicológica conductual que propone incrementar las habilidades asertivas para la interacción social desarrollando la habilidad de las capacidades de autoexpresión en situaciones sociales, de defensa de los propios derechos como consumidor, de expresión de enfado o disconformidad, capacidad para decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones con el sexo opuesto.

b. Definición operacional

La definición operacional para el programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar” se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Matriz de operacionalización del programa de intervención “Preparándonos para disfrutar”

Variable Independiente	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Técnicas	Objetivos	Sesiones	Programa
Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar”	Programa cognitivo conductual para desarrollar las habilidades asertivas para la interacción social que se define por la capacidad de autoexpresión de situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones con el sexo opuesto.	Autoexpresión de situaciones sociales	-Capacidad de expresarse en entrevistas personales. -En tiendas. -En grupos. -En reuniones sociales	-Psicoeducación -Instrucción verbal -Lluvia de ideas -Modelado -Role playing -Retroalimentación y reforzamiento -Tareas -Revisión de la tarea	-Pre Test -Lograr que los participantes aprendan a iniciar, mantener y finalizar una conversación con otro/s sujeto/s. -Expresar sentimientos y emociones en situaciones interpersonales -Expresar y defender opiniones ante otra/s persona/s.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	Programa de intervención conductual para las habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa
		Defensa de los propios derechos como consumidor	-Conductas asertivas frente a desconocidos. -Defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. (calle y tiendas)	-Instrucción verbal -Lluvia de ideas -Modelado -Role playing -Retroalimentación y reforzamiento -Tareas y su revisión	- Test -Expresar y defender los propios derechos en diversos ámbitos	11 y 12	
		Expresión de enfado o disconformidad	-Conflictos con otras personas. -Expresión de sentimientos negativos. - Expresión de enfado -Desacuerdos con otras personas.	-Instrucción verbal -Lluvia de ideas -Modelado -Role playing -Retroalimentación y reforzamiento -Tareas y su revisión	-Expresión de enfado o disconformidad	13 y 14	

		Decir no y cortar interacciones	<ul style="list-style-type: none"> -Corte de interacciones que no se quieren mantener. - Con vendedor y amigos. -Con personas con las que no se quiere seguir saliendo. -Negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. -Decir “no” a otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Instrucción verbal - Lluvia de ideas -Modelado -Role playing -Retroalimentación y reforzamiento -Tareas y su revisión 	-Decir no y cortar interacciones	15 y 16	
		Hacer peticiones	<ul style="list-style-type: none"> -Expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos. -A un amigo. -En un restaurante. -En una tienda. 	<ul style="list-style-type: none"> -Instrucción verbal - Lluvia de ideas -Modelado -Role playing -Retroalimentación y reforzamiento -Tareas y su revisión 	- Hacer peticiones	17 y 18	
		Iniciar interacciones con el sexo opuesto	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciar interacciones con el sexo opuesto. -Una conversación. -Una cita. -Hacer un cumplido. -Dar un halago. -Hablar con alguien que te resulta atractivo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Instrucción verbal - Lluvia de ideas -Modelado -Role playing -Retroalimentación y reforzamiento -Tareas -Revisión de la tarea 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar habilidad para afrontar conflictos interpersonales - Post Test 	19 y 20	

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

H G: El programa de habilidades asertivas tiene efectos en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

2.5.2 Hipótesis específicas

H 1: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el factor de autoexpresión en situaciones sociales en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

H 2: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el factor de defensa de los propios derechos como consumidor en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

H 3: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el factor de expresión de enfado o disconformidad en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

H 4: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el factor de decir no y cortar interacciones en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

H 5: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el factor de hacer peticiones en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

H 6: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el factor de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.

2.6 Variables

2.6.1 Variable dependiente: Habilidades asertivas o sociales

Registro de las puntuaciones obtenidas mediante la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero, adaptada por Palacios (2017) conformada por 33 ítems, los mismos que se agrupan en 6 dimensiones: La autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos como consumidor, la expresión de enfado o disconformidad, el saber decir no y cortar interacciones, el saber hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (véase Tabla 1). El puntaje general máximo obtenido es de 132.

2.6.2 Variable independiente: Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar”

Aplicación del Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar” adaptado para la población objetivo de este estudio. Está constituido por 20 sesiones, 2 sesiones por semana con una duración de 90 minutos cada sesión. Las técnicas a implementar son: Psicoeducación, instrucción verbal, lluvia de ideas, modelado, role playing, retroalimentación y reforzamiento, tareas y revisión de la tarea. Asimismo, la operacionalización pormenorizada de la variable se encuentra detallada en la matriz expuesta en la Tabla 2.

2.6.3 Variables de control

- Pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa que cumplen con criterios clínicos del DSM5 (APA, 2013) evaluados por equipo médico tratante (Psiquiatra y Psicólogo clínico), y registrado en la historia clínica.
- Tiempo de participación en el tratamiento, el cual no será menor a un mes por parte de paciente en la modalidad de clínica de día.
- La edad está comprendida entre un rango de 12 a 30 años.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

Por la naturaleza del problema y el objetivo general de estudio, el tipo de investigación es explicativo, de enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), ya que se realiza mediciones y se emplea métodos estadísticos para la contrastación de hipótesis. En cuanto al diseño de investigación se emplea el diseño cuasi-experimental, de pre y post medición con grupo control no equivalente (Hernández et al., 2014; Campbell y Stanley, 1973); ya que se manipula la variable independiente, teniéndose un grupo experimental que recibe el programa y el otro la metodología convencional, comparándose dichos grupos posteriormente (post-test) para estimar los efectos del tratamiento sobre la variable dependiente, sin embargo, no se cumple la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos, pues dichos grupos son intactos.

3.2 Población y muestra

La población de estudio está conformada por 60 pacientes que asisten a una clínica, cuyo diagnóstico establecido es el de anorexia y bulimia nerviosa, dicha institución “GABA” es un centro especializado de Lima en el abordaje de trastornos de conducta alimentaria y trastornos asociados. En cuanto a las edades, estas varían entre los 12 y 30 años, de ambos sexos y se encuentran en tratamiento por dicha patología en los meses enero, febrero y marzo del 2019. Para la investigación, la población es tomada como muestra de estudio, considerando el total de pacientes diagnosticados con ambos cuadros clínicos que participan en el programa de clínica de día. Así, en relación al tamaño y elección de la muestra el tipo de muestreo empleado es el no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014), siendo la asignación de sujetos a cada grupo (experimental y control) de manera aleatoria, dividiendo a los participantes en dos grupos, conformado por 30 pacientes cada uno. Finalmente, la muestra quedó conformada por 49 pacientes; ya que cabe mencionar que 2 participantes del grupo experimental cumplieron algunos criterios de eliminación y 4 se retiraron del programa, situación similar sucede en caso del grupo control; esta situación esperada en los estudios de corte experimental modificó los grupos, los cuales se describen de forma breve y presentan su conformación final en la Tabla 3.

Tabla 3

Características de la muestra de estudio

	Total	G. experimental (n=24)	G. control (n=25)
Diagnóstico	Anorexia Nerviosa	18	22
Clínico	Bulimia Nerviosa	6	3
Edad	De 12 a 18 años	14	18
	De 19 a 30 años	10	7

Unidad de análisis

Pacientes con anorexia o bulimia nerviosa que reciben tratamiento en una clínica especializada de Lima “GABA”.

Marco referencial

Registro de pacientes de los consultorios de la clínica de día.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa diagnosticado por el médico tratante.
- Pacientes con 1 mes o más de participación en el tratamiento de clínica de día.
- Pacientes de 12 a 30 años de edad.
- Pacientes que firman el consentimiento informado.
- Pacientes cuyos padres y/o tutor firman el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con anorexia y bulimia nerviosa que padezcan de algún trastorno psicótico según diagnóstico de médico tratante.
- Pacientes que no aceptan participar.

Criterios de eliminación

- Pacientes con anorexia y bulimia nerviosa que falten a dos o más sesiones que midan la misma área según las dimensiones del programa de intervención de habilidades asertivas para la interacción social.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Nombre : EHS - Escala de Habilidades Sociales.

Autora : Elena Gismero - Universidad Pontifica Comillas (Madrid).

La escala de habilidades sociales (EHS) fue creada por Gismero (1996), procedente de la Universidad Pontifica de Comillas (Madrid). Fue estandarizada en Trujillo- Perú por Ruiz y Quiroz (2013). Su administración es de forma individual y colectiva, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos. Asimismo, su aplicación está dirigida a adolescentes y adultos, posee una significación de evaluación hacia la aserción y las habilidades sociales. Los materiales a utilizar son: manual de aplicación, hoja de respuesta y hoja de perfil con baremos de población general (varones y mujeres, adulos y jóvenes).

La Escala de Habilidades Sociales considerada en su versión definitiva, 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. La Escala de Habilidades Sociales (EHS) tiene 4 tipo de alternativas, 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.

El análisis factorial ha descrito 6 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. Por ello, la EHS no se concibe como una prueba de rendimiento, por lo que conviene motivar a los sujetos explicándoles que se trata de un conjunto de situaciones ante las que cada uno actúa o se siente de distinta forma, por lo cual no existen respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es que el sujeto se encuentre en un clima de tranquilidad y pueda responder con la mayor sinceridad posible, expresando en cada

situación como responde habitualmente, o como cree que tendería a responder. En el caso de que algún término resulte poco comprensible para alguno de los sujetos, no hay inconveniente en sustituirlo por otro sinónimo más familiar para él, se trata de que logre la comprensión de las situaciones.

a) Validez

Tiene validez de constructo, es decir que el significado atribuido al constructo medido (habilidades sociales o asertividad) es correcto. Tiene validez de contenido, pues su formulación se ajusta a lo que comúnmente se entiende por conducta asertiva. Asimismo, existe validez del instrumento, es decir que se valida toda la escala, el constructo que expresa todos los ítems en su conjunto, a través de la confirmación experimental del significado del constructo tal como lo mide el instrumento, y de los análisis correlacionales que verifican tanto la validez convergente (por ejemplo, entre asertividad y autonomía) como la divergente (por ejemplo, entre asertividad y agresividad). La muestra española empleada para el análisis correlacional fue una llevada a cabo con 770 adultos y 1015 jóvenes, respectivamente. Todos los índices de correlación superan los factores encontrados en el análisis factorial de los elementos en la población general, según Gismero (por ejemplo, 0,74 entre los adultos y 0,70 entre los jóvenes en el Factor IV).

Por otro lado, Ruiz y Quiroz (2013) estimaron la validez de constructo de la EHS, a través del método de correlación Item-test, en una muestra de 2,371 sujetos, de los cuales 1, 157 fueron adolescentes de 12 a 17 años, de ambos sexos, todos de educación secundaria y 1214 jóvenes de ambos sexos, con edades entre 18 y 25 años de educación universitaria y no universitaria, tecnológica y trabajadores, todos de los estratos socioeconómicos alto, medio y bajo de la ciudad de Trujillo, Perú, registrando índices de correlación que superan el valor mínimo requerido de .20, los mismos que oscilan entre .25 y .37.

b) Confiabilidad

La autora de la Escala de habilidades sociales obtuvo la confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna con el procedimiento de Alpha de Cronbach, teniendo un resultado de .88, lo cual manifiesta que la prueba es altamente confiable. Se utilizó el muestreo aleatorio, con un nivel de confianza del 95% y un error probable no superior al 5% en muestras españolas.

En Perú, Ruiz y Quiroz (2013) estimaron la confiabilidad de la EHS, mediante el método de consistencia interna, empleando el estadístico Kuder Richardson, 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.

En la actualidad, la Escala de Habilidades Sociales de Gismero fue adaptada por Palacios (2017) en Lima-Perú, donde las propiedades psicométricas de la escala se establecieron en un grupo de adolescentes en el distrito de Comas. La muestra se conformó por 378 adolescentes, entre ellos 196 hombres y 182 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los 12 a 17 años, seleccionados mediante el muestreo no probabilísticos por conveniencia. La validez se determinó a través de la correlación Ítem-test obteniendo valores que oscilan entre .330 y .635, se halló la fiabilidad mediante el método de consistencia interna, utilizando el estadístico de Alpha de Cronbach, obteniendo resultados elevados para ambas dimensiones ($\alpha > .860$) y su puntaje de los 33 ítems fue de .927. Se construyeron baremos tomando en cuenta las variables de sexo, edad y tipo de familia. Como conclusión se indica que la escala de habilidades sociales en adolescentes cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas para poder ser utilizado en investigaciones de muestras con características similares a las del estudio.

En relación al criterio de jueces expertos, se contó con la evaluación de 10 psicólogos quedando modificar los reactivos tales como (el reactivo 1, 7, 11, 12, 23, 25, 29) habiéndose cambiado la redacción de términos al lenguaje del área de claridad. En la Tabla 4 se observa

la calificación de los 10 jueces de la aplicación de la prueba, habiéndose modificado en su lenguaje los reactivos 1, 7, 11, 12, 23, 25 y 29; para la evaluación respectiva.

Tabla 4

Análisis gramaticales por criterio de jueces V de Aiken

Ítems original	Ítems modificados
P.1 A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido.	P.1 A veces evito hacer preguntas por miedo a ser tonto.
P.7 Si en un restaurant no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	P.7 Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al mozo y pido que me traigan uno nuevo.
P.11 A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	P.11 A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a decir o hacer algo tonto.
P.12 Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	P.12 Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, le pido al instante que guarden silencio.
P.23 Nunca se como “cortar” a un amigo que habla mucho.	P.23 Nunca se como “cortarle” a un amigo que habla mucho.
P.25 Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	P.25 Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo amablemente.
P.29 Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clases, en reuniones, etc.)	P.29 Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en un grupo desconocido.

Tomado de Palacio (2017)

c) Interpretación de las Puntuaciones

Resultado General: Con la ayuda del percentil alcanzado se tiene un primer índice global del nivel de las habilidades sociales o aserción del alumno. Si el Pc está en 25 o por debajo el nivel del sujeto será de BAJAS habilidades sociales. Si cae el percentil en 75 o más hablamos de un ALTO nivel en sus habilidades sociales. Si está el Percentil entre 26 y 74 es nivel en MEDIO.

3.4 Descripción y procedimiento de análisis

Para la recolección de datos 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 Escala de Habilidades Sociales de Gismero adaptada por Palacios (2017), de manera grupal en un tiempo aproximado de 15 minutos, para ello se tomó en consideración los criterios de inclusión y exclusión. De esta forma, se obtuvo las estimaciones pre test para los puntajes en las habilidades sociales antes de dar inicio al programa.

En segundo lugar, se determinó el puntaje de cada paciente en habilidades asertivas, se realiza la conformación de cada grupo (experimental y control), siendo la asignación intencional a cada uno de los grupos.

Luego, se aplica el programa para el entrenamiento en habilidades asertivas para la interacción social al grupo experimental. Dicho programa consta de 20 sesiones programado en 10 semanas, las que serán llevadas a cabo 2 veces por semana, con un tiempo de 90 minutos por sesión, en condiciones favorables de iluminación y ventilación. Se estima por conveniente aplicar una evaluación al terminar la sesión 10 para ir monitoreando el progreso.

Posteriormente, al terminar la sesión 20 de intervención se realiza la última evaluación de la Escala de Habilidades Sociales de Gismero en ambos grupos, por ello, se procura disminuir las posibles distracciones procedentes del ambiente externo.

Una vez revisado y depurado los instrumentos, se diseñará una base de datos para realizar todos los análisis estadísticos pertinentes con el programa SPSS 22.0 para Windows, apropiado para dicho análisis. Así se realizará los siguientes procesos estadísticos, a fin de conseguir los objetivos planteados:

Se procederá a describir los datos a través de las medidas de tendencia central y de dispersión. Asimismo, se realizó pruebas de hipótesis para contrastar los análisis comparativos propuestos, previo a ello 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 pruebas paramétricas (*t* de Student) para lo cual se empleará el estadígrafo para comparación de dos grupos independientes y muestras relacionadas o apareadas. Asimismo, para el cálculo del tamaño del efecto se usó la prueba *d* de Cohen, para estimar la magnitud de las diferencias.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de la variable dependiente en el grupo control y experimental

Antes de proceder a realizar los estudios comparativos pertinentes, se procedió a la obtención de estadísticos descriptivos para la variable habilidades asertivas y sus distintos factores que la componen, tanto el grupo control como el experimental, antes de realizar la intervención, así como al finalizarlo. Cabe precisar que se establecen medidas de tendencia central y de dispersión, específicamente el promedio de las puntuaciones brutas y la desviación típica; asimismo a fin de presentar de forma resumida los datos se utiliza gráficos de dispersión de puntos y barras según se considere, para una visualización rápida de los resultados hallados.

En este sentido, en la Tabla 5, se encuentra pormenorizado los promedios y desviaciones típicas de las puntuaciones del grupo control, previo al tratamiento y después del tratamiento; así observamos que la media (M) general de las habilidades asertivas en el pre-test es de 91.8, con una desviación (DT) 18.3, mientras que luego de la intervención al realizar una nueva estimación se encontró una media (M) de 93, con una desviación estándar (DT) de 18. Del mismo modo, se puede prestar atención a los descriptivos en las diferentes dimensiones, antes del tratamiento y luego de ello, observándose puntuaciones similares.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus dimensiones en el grupo control

<i>Factores</i>	<i>n</i>	<i>Pretest</i> <i>M(DT)</i>	<i>Postest</i> <i>M(DT)</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	25	23(5.5)	23.9(5.6)
Defensa de los propios derechos (F II)	25	14(3.5)	14.2(3.3)
Expresión de enfado (F III)	25	11.2(2.8)	10.9(2.6)
Decir no y cortar interacciones (F IV)	25	15.4(4.7)	16.1(4.2)
Hacer peticiones (F V)	25	15(3.3)	15.4(2.9)
Iniciar relaciones positivas (F VI)	25	13(3)	12.4(2.9)
Escala Global	25	91.8(18.3)	93(18)

Como se aprecia en el Gráfico 3, las medias observadas de la variable dependiente, aparentemente no difieren y se mantienen en valores muy cercanos, tanto antes del tratamiento como luego, en caso del grupo control.

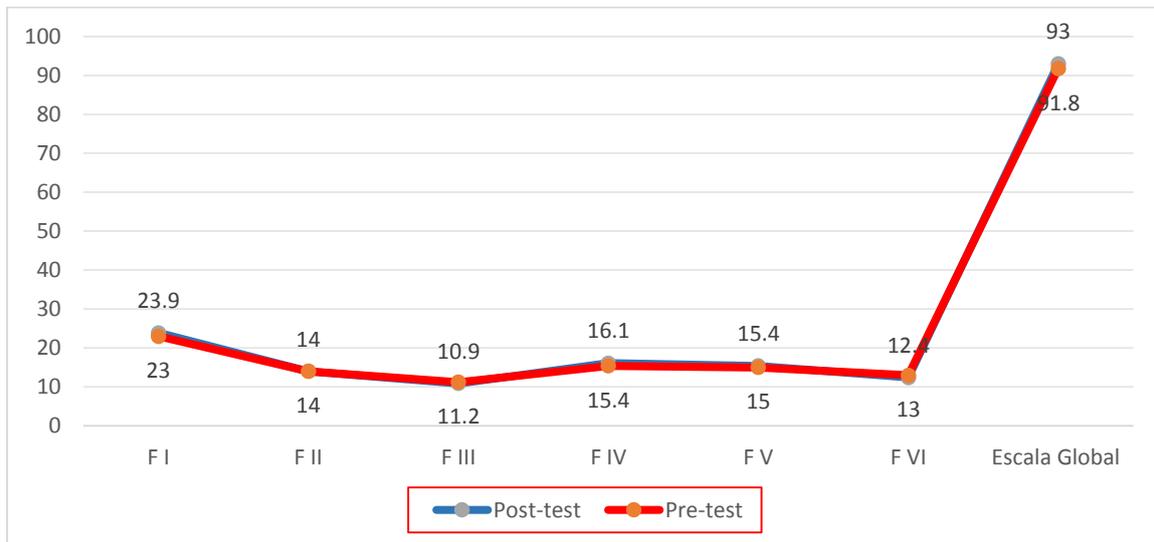


Gráfico 3. *Promedios de la variable dependiente en el grupo control: Habilidades asertivas y sus factores*

En esta Tabla 6, podemos distinguir que antes de iniciar la intervención para el desarrollo de habilidades asertivas el grupo experimental presenta una media de 96.7, con una desviación estándar de 15.4, mientras que el grupo control obtiene un promedio de 91.8, mostrando una desviación típica de 18.3, esto hace ver una diferencia de puntuaciones aparentemente menor, lo cual nos muestra que ambos grupos parten de una misma línea base, no obstante es el análisis inferencial quien corroborará o rechazará tales apreciaciones.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus factores para el grupo experimental y control antes del tratamiento

<i>Factores</i>	<i>Experimental</i>	<i>Control</i>
	<i>(n=24)</i>	<i>(n=25)</i>
	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	24(5.7)	23(5.5)
Defensa de los propios derechos (F II)	14.2(2.7)	14(3.5)
Expresión de enfado (F III)	12(2.6)	11.2(2.8)
Decir no y cortar interacciones (F IV)	17.7(3.5)	15.3(4.7)
Hacer peticiones (F V)	16(2.0)	15(3.3)
Iniciar relaciones positivas (F VI)	12.5(2.3)	13(2.3)
Escala Global	96.7(15.4)	91.8(18.3)

En el Gráfico 4, las medias observadas de la variable dependiente, aparentemente no difieren y se mantienen en valores muy cercanos, antes del tratamiento para ambos grupos de comparación, control y experimental.

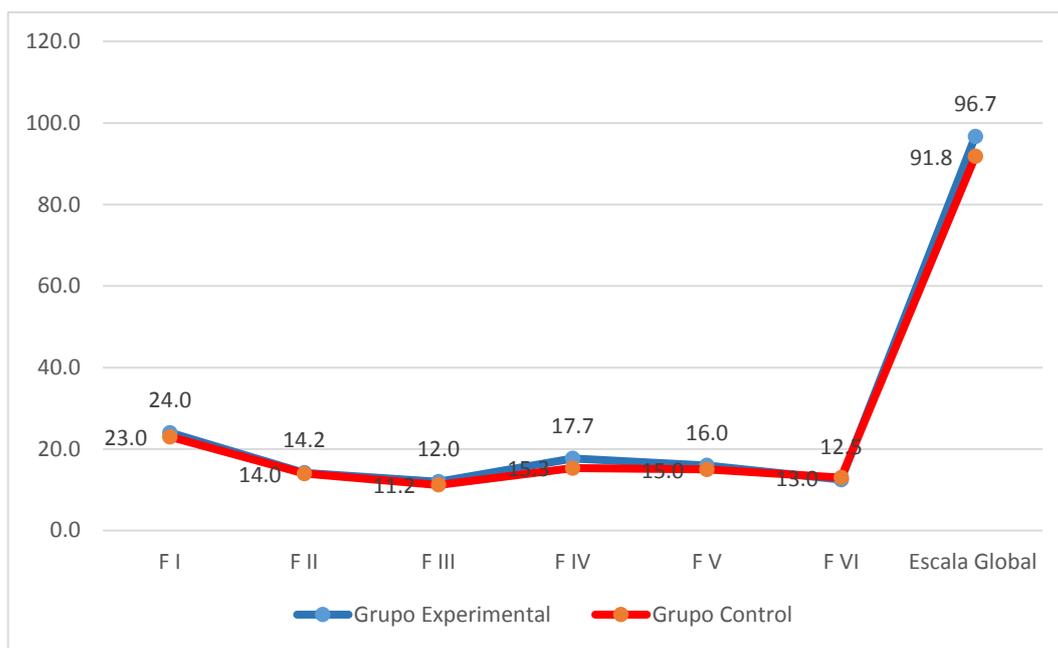


Gráfico 4. Promedios de la variable dependiente en el grupo control y experimental antes del tratamiento

En cuanto a la estimación de las medidas de tendencia central y de dispersión en el grupo experimental en la fase previa a recibir el tratamiento encontramos en la Tabla 7 que el promedio es de 96.7, siendo su desviación estándar de 15.6; y luego de la intervención, en la fase post tratamiento, se evaluó un incremento tanto en las habilidades asertivas generales ($M=105$; $DT=12.2$), como en los distintos factores que la componen, a excepción del Factor V, Hacer peticiones ($M=15.8$; $DT=2.4$). Cabe precisar que en la Tabla 8 se detalla de forma pormenorizada la medida de tendencia central y de dispersión para cada uno de los factores, tanto antes como después de la intervención.

Tabla 7

E. Descriptivos de las habilidades asertivas y sus dimensiones para el grupo experimental

<i>Factores</i>	<i>n</i>	<i>Pretest</i> <i>M(DT)</i>	<i>Posttest</i> <i>M(DT)</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	24	24(5.7)	26.3(4.8)
Defensa de los propios derechos (F II)	24	14.2(2.7)	16(1.9)
Expresión de enfado (F III)	24	12(2.1)	12.7(2.1)
Decir no y cortar interacciones (F IV)	24	17.7(3.4)	19(3.2)
Hacer peticiones (F V)	24	16(2)	15.8(2.4)
Iniciar relaciones positivas (F VI)	24	12.6(2.3)	14.5(1.9)
Escala Global	24	96.7(15.6)	105(12.2)

De acuerdo al Gráfico 5, podemos observar cambios, en la variable dependiente estimada, a partir de la aplicación del programa de Habilidades asertivas para la interacción social en el grupo experimental, considerando el aumento mayor en algunos factores que en otros.

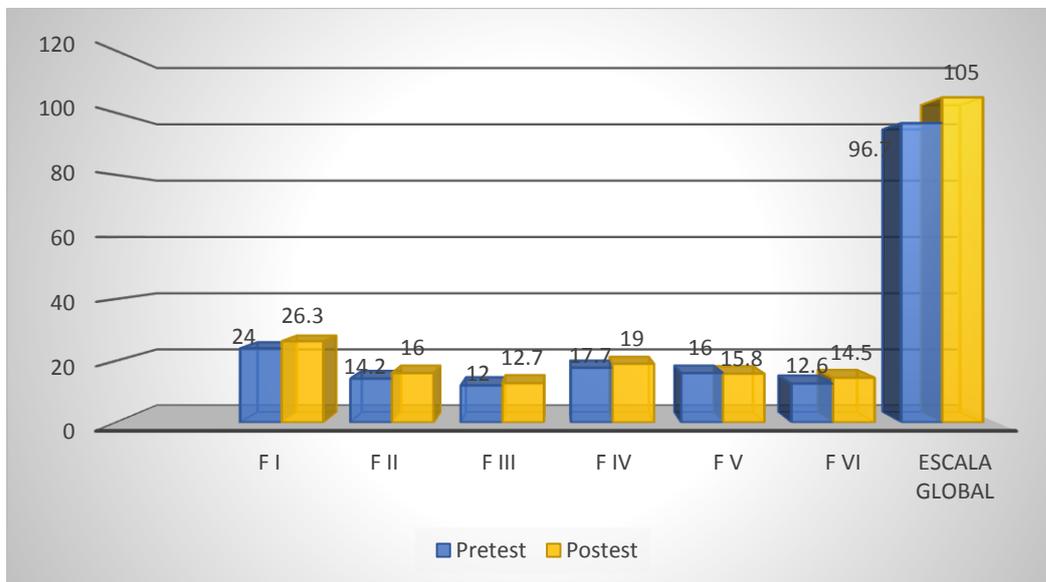


Gráfico 5. *Medias de la variable dependiente antes y después del tratamiento en el grupo experimental*

Al observar las puntuaciones de las habilidades asertivas en la fase post-tratamiento en la Tabla 8, se obtiene una media de 105, acompañado de una desviación típica de 12.2 para el grupo que recibe el programa de intervención, mientras que el grupo que no es expuesto a la variable independiente muestra una media de 96.7, con una desviación estándar de 18, apreciándose mayores puntuaciones promedio en el grupo experimental en contraste con el control, tanto en el puntaje total como por factores; detallándose las puntuaciones promedio y las desviaciones típicas por cada grupo en la Tabla 8.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de las habilidades asertivas y sus factores para el grupo experimental y control después del tratamiento

<i>Factores</i>	<i>Experimental</i> <i>(n=24)</i> <i>M(DT)</i>	<i>Control</i> <i>(n=25)</i> <i>M(DT)</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	26.3(4.8)	23.9(5.6)
Defensa de los propios derechos (F II)	16(1.9)	14.2(3.33)
Expresión de enfado (F III)	12.8(2.1)	11(2.6)
Decir no y cortar interacciones (F IV)	19.1(3.2)	16.1(4.2)
Hacer peticiones (F V)	15.8(2.4)	15.4(2.9)
Iniciar relaciones positivas (F VI)	14.6(1.9)	12.5(2.9)
Escala Global	105(12.2)	93.1(18)

Al observar las puntuaciones medias tanto en el grupo control como el experimental, en la fase post-tratamiento, resalta el cambio en las habilidades asertivas en general para el grupo experimental, apreciándose un incremento en comparación con el grupo control, quien no recibió dicho programa (Gráfico 6).

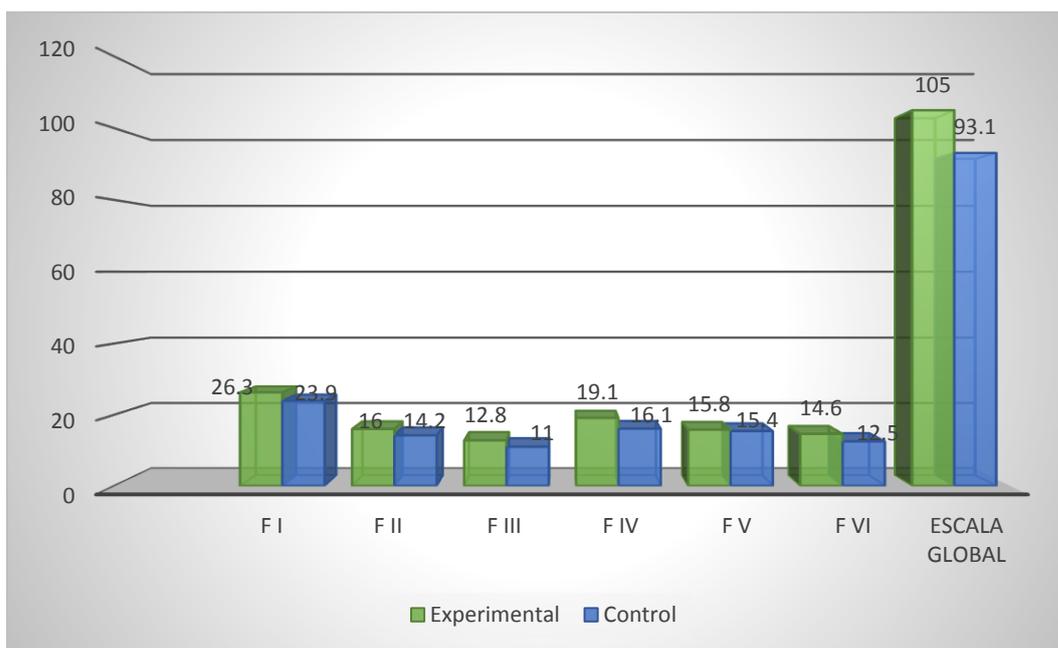


Gráfico 6. *Puntuaciones medias de la variable dependiente después del tratamiento en los grupos experimental y control*

4.1.2. Estudio de la normalidad de los datos en la Escala EHS de Gismero

A fin de establecer los estadísticos pertinentes a usar para los análisis respectivos, de acuerdo a los objetivos planteados, se estudió la distribución de las diferencias obtenidas entre los puntajes antes y después del tratamiento, tanto en el grupo control como experimental. Para lo cual se usó el estadístico Shapiro-Wilk; así se observa en la Tabla 9 que existe evidencia, tanto en los puntajes totales ($W=.93$; $p=.09$) como en las puntuaciones por factor del grupo control (W oscila de .06 a .98), de una distribución semejante a la normalidad, ya que los niveles de significación estadística se encuentran por encima del p valor mínimo ($p>.05$). Por tanto, se usa estadísticos paramétricos en las distintas comparaciones, según sea el caso, prueba de t de Student para muestras relacionadas o muestras independientes.

Tabla 9

Distribución normal de las diferencias observadas entre puntuaciones pre y post-test mediante el estadístico Shapiro-Wilk en el grupo control

<i>Factores</i>	<i>W</i>	<i>P</i>
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	.98	.90
Defensa de los propios derechos (F II)	.94	.22
Expresión de enfado (F III)	.91	.06
Decir no y cortar interacciones (F IV)	.98	.98
Hacer peticiones (F V)	.93	.13
Iniciar relaciones positivas (F VI)	.97	.65
Escala Global	.93	.09

En la Tabla 10, se aprecia indicadores que la diferencia de puntuaciones totales como por dimensiones presentan una distribución normal o paramétrica; esto se sustenta en los valores obtenidos del p valor, ya que, en todos los casos, el nivel de significación estadística se encuentra por encima de .05 ($p > .05$). Por tanto, se justifica el empleo de pruebas paramétricas en los diversos análisis comparativos, sea, prueba t de Student para muestras relacionadas o t de Student para muestras independientes.

Tabla 10

Distribución normal de las diferencias observadas entre puntuaciones pre y post-test mediante el estadístico Shapiro-Wilk en el grupo experimental

Factores	W	P
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	.95	.33
Defensa de los propios derechos (F II)	.96	.61
Expresión de enfado (F III)	.91	.46
Decir no y cortar interacciones (F IV)	.90	.32
Hacer peticiones (F V)	.84	.20
Iniciar relaciones positivas (F VI)	.93	.15
Escala Global	.96	.46

4.1.3. Comparación de la variable dependiente en el grupo control

Es importante tener como referencia una línea base, es decir donde inician los grupos y que las diferencias no sean significativas para influir en las comparaciones posteriores, a fin de corroborar que los cambios obedezcan a la manipulación de la variable independiente, y no por efectos de variables extrañas.

Así en la Tabla 11 se compara las puntuaciones de la variable dependiente al inicio del programa (pre-test) entre el grupo control y el experimental. Los datos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades asertivas en forma general, así como en los distintos factores que la integran, ya que el nivel de significancia estadística para todos los casos está por encima del nivel mínimo permitido ($p > .05$), manteniéndose la hipótesis nula de igualdad de medias en los grupos; ello permite inferir que ambos grupos inician el programa con habilidades asertivas similares.

Tabla 11

Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes del tratamiento en el grupo control y experimental con la prueba t de Student para muestras independientes

<i>Factores</i>	<i>Experim.</i>	<i>Control</i>	<i>t(47)</i>	<i>p</i>
	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</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

Por otro lado, en el análisis comparativo del grupo control en las fases pre y post tratamiento se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en dichas estimaciones, asumiéndose la igualdad de medias tanto en las puntuaciones totales como las de factor, ya que el *p-valor* es mayor a .05; lo cual nos permite afirmar que el grupo control no tuvo cambios en sus habilidades asertivas luego del tratamiento, y se mantuvo de la misma forma que al inicio. Finalmente, se presentan estadísticos descriptivos de tendencia central y de dispersión en la Tabla 12.

Tabla 12

*Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes y después del tratamiento en el grupo control con la prueba *t* de Student para muestras relacionadas*

<i>Factores</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>t</i> (24)	<i>p</i>
	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)		
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	23(5.5)	23.9(5.6)	1.84	.07
Defensa de los propios derechos (F II)	14(3.5)	14.2(3.3)	.20	.83
Expresión de enfado (F III)	11.2(2.8)	10.9(2.6)	-.65	.51
Decir no y cortar interacciones (F IV)	15.4(4.7)	16.1(4.2)	1.21	.23
Hacer peticiones (F V)	15(3.3)	15.4(2.9)	.61	.54
Iniciar relaciones positivas (F VI)	13(3)	12.4(2.9)	-1.15	.26
Escala Global	91.8(18.3)	93(18)	.62	.53

4.1.4 Efectos del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa

Para establecer los efectos de la variable independiente sobre las habilidades asertivas se efectuó un estudio comparativo entre los datos obtenidos en la fase de post-tratamiento en los grupos control y experimental, para lo cual se empleó el estadístico *t* de Student para muestras independientes. En este sentido, al observar dicha comparación se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de $p < .05$ en los factores II y III, además de la puntuación total; y a un nivel de $p < .01$ en los factores IV y VI. Asimismo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los factores I y V. Por otro lado, la Tabla 13 resume los puntajes medios y las desviaciones típicas por factor y la puntuación total, así como los valores de *t* de Student.

En relación a la estimación del tamaño del efecto, se empleó la prueba *d* de Cohen para comparación de grupos independientes, siendo el estadístico sugerido al tipo de análisis requerido (Ferguson, 2009). Así, 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).

Tabla 13

Comparación de las habilidades asertivas estimadas después del tratamiento en el grupo control y experimental con la prueba t de Student para muestras independientes

<i>Factores</i>	<i>Experim.</i>	<i>Control</i>	<i>t(47)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</i>			
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	26.3(4.8)	23.9(5.6)	1.58	.121	-
Defensa de los propios derechos (F II)	16(1.9)	14.2(3.3)	2.34	.023	.67
Expresión de enfado (F III)	12.8(2.1)	11(2.6)	2.59	.013	.74
Decir no y cortar interacciones (F IV)	19.1(3.2)	16.1(4.2)	2.76	.008	.79
Hacer peticiones (F V)	15.8(2.4)	15.4(2.9)	.56	.577	-
Iniciar relaciones positivas (F VI)	14.6(1.9)	12.5(2.9)	2.96	.005	.85
Escala Global	105(12.2)	93.1(18)	2.60	.012	.75

Asimismo, la Tabla 14 muestra el impacto de la manipulación de la variable independiente en las habilidades asertivas en el grupo experimental, pues se contrastan las puntuaciones estimadas tanto antes de iniciar el tratamiento, como después de recibirlo, observándose un incremento de los valores medios en las habilidades asertivas luego de recibir el programa. De esta forma, los datos arrojan diferencias estadísticamente significativas en los distintos factores a un nivel de significación estadística de $p < .05$ (Factor I, II y IV); y a un nivel $p < .001$ (Factor VI y Escala global); sin embargo, los factores III y V no presentan diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). Finalmente, se presentan

estadísticos descriptivos de tendencia central y de dispersión para cada uno de los factores, tanto en las fases pre y post-test.

En relación a la estimación del tamaño del efecto, se empleó la prueba *d* de Cohen para comparación de grupos, siendo el estadístico sugerido al tipo de análisis requerido (Ferguson, 2009). Así, 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).

Tabla 14

Comparación de las habilidades asertivas estimadas antes y después del tratamiento en el grupo experimental con la prueba t de Student para muestras relacionadas

<i>Factores</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>t(23)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</i>			
Autoexpresión en situaciones sociales (F I)	24(5.7)	26.3(4.8)	3.55	.002	.72
Defensa de los propios derechos (F II)	14.2(2.7)	16(1.9)	3.67	.001	.74
Expresión de enfado (F III)	12(2.1)	12.7(2.1)	1.28	.213	-
Decir no y cortar interacciones (F IV)	17.7(3.4)	19(3.2)	2.26	.033	.46
Hacer peticiones (F V)	16(2)	15.8(2.4)	-.38	.702	-
Iniciar relaciones positivas (F VI)	12.6(2.3)	14.5(1.9)	4.40	<.001	.89
Escala Global	96.7(15.6)	105(12.2)	4.57	<.001	.93

En el Gráfico 7, se observa el efecto producido en las puntuaciones totales de la habilidad asertiva, debido a la aplicación del programa de intervención; donde se evidencia el incremento de los puntajes promedio en el grupo experimental en comparación entre las estimaciones pre y post-tratamiento, además del grupo control.

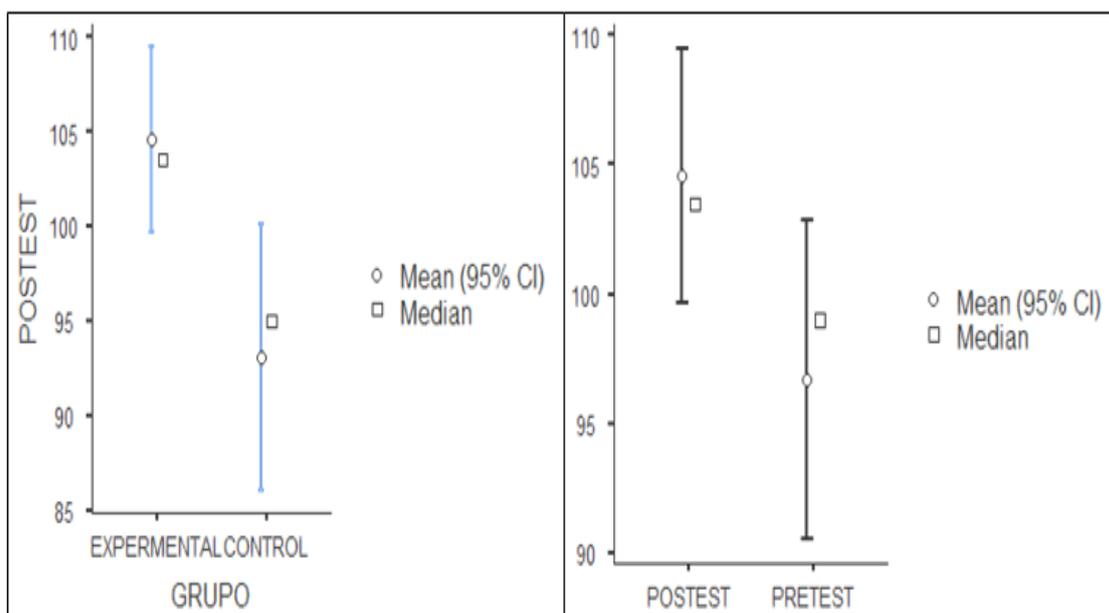


Gráfico 7. Efectos del programa de intervención en las habilidades asertivas (V.I. –V.D.)

4.2 Análisis o discusión de resultados

Actualmente diversos estudios (Galindo, 2006; HD-HN, 2010) señalan el incremento significativo de casos de trastornos de conducta alimentaria, 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 aún quienes presenta una mayor probabilidad de presentarlo 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 (HD-HN, 2010), el cual tiene consecuencias en la tasa de mortalidad de los pacientes quienes 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 se entiende a través de la multicausalidad de variables y cómo interaccionan las mismas (Negrete, 2015; Duarte y Mendieta), entre las que destaca la presión social de la cultura de la delgadez, vale decir los patrones de estética en relación al cuerpo, que se acepta como una norma o ideal a alcanzar, al cual se le atribuye éxito social (Uzunian y Vitalle, 2015); además esta población presenta 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; en tanto una exigencia elevada en temas académicos puede ser una forma de relacionarse (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) manifiesta 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 siendo evidente estas dificultades: comunicación poco efectiva para resolver problemas, decir que “no”, poner límites, expresar sus sentimientos, defender sus derechos y dirigirse a las personas del sexo opuesto, por ello aconseja una intervención grupal dirigido por un grupo de profesionales especializados en estos trastornos.

Como se puede apreciar estas particularidades van a impactar en sus relaciones interpersonales, 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 se establece como una de las que clínicamente son relevantes para desarrollar en los pacientes con anorexia y bulimia son las habilidades asertivas (Behar et al, 2006), la misma que se asocia a un manejo apropiado de las emociones (Uzunian y Vitalle, 2015). Al respecto, Behar (2010d) 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. Al respecto, Uzunian y Vitalle (2015) concluye que mientras más repertorio de habilidades sociales tenga un adolescente, se encuentra más protegido de presentar este tipo de trastornos; mientras que Fernández et al., (1997); Gerner y Wilson, (2005) afirmaron que en los adolescentes que presentaban trastornos de la conducta alimentaria, como en aquellos que se encuentran en riesgo de contraerlo se han encontrado un déficit en las habilidades asertivas.

Asimismo, las investigaciones apuntan a que el déficit en habilidades asertivas no solo actúa como factor de riesgo (Uzunian y 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., 2020) y el riesgo de mortalidad (APA, 2013; García-Camba, 2007; Pérez, 2017), además de mayor 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 donde 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 trastorno de conducta alimentaria y las dificultades en las habilidades asertivas (Behar,

2010d; Behar et al., 2006) para el desarrollo en su esfera social; en este punto León et al. (2008) encontró 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. Finalmente, Martínez (2014) resalta la relación en trastornos de 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 favorecería el establecimiento de redes de apoyo para el sostenimiento de sus conductas saludables, consolidándose así su entorno social como un factor protector para las recaídas.

En este sentido, bajo la conceptualización de los trastornos de conducta alimentaria y su relación con las competencias sociales se procedió a valorar el impacto que el programa de habilidades asertivas tiene en la interacción social de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. En primera instancia, se describió las características obtenidas de las habilidades asertivas de acuerdo a lo arrojado por la escala EHS de Gismero (2000), tanto en el grupo control como experimental, en las fases pre y post tratamiento. Así podemos observar que las puntuaciones medias de la variable dependiente en el grupo control son similares tanto al inicio como al final del tratamiento brindado al otro grupo, existiendo diferencias que varían de 0 a .9 para los distintos factores y 1.2 para las puntuaciones totales; de manera similar se aprecia los resultados al momento de observar los componentes de las habilidades asertivas del grupo control y experimental antes de iniciar el tratamiento, esto último nos permite suponer el inicio de la investigación desde el mismo punto de partida para la variable dependiente en ambos grupos. Por otro lado, los cambios experimentados en el grupo experimental luego de recibir la intervención son evidentes, por ejemplo, la puntuación para las habilidades asertivas generales se incrementó en casi 9 puntos, la diferencia en los distintos factores está presente, a excepción del factor V, Hacer peticiones, el mismo que se mantuvo de forma similar. Así también se valora cambios al comparar los grupos experimental y control, en favor del primero, donde el nivel de las habilidades asertivas es mayor en 12 puntos para el grupo que recibió el programa de intervención, esto no es tan claro nuevamente en la dimensión V. Estos resultados nos demuestran el incremento de las

puntuaciones en las habilidades asertivas, en su conjunto como por sus distintos factores, a excepción del Factor V, Hacer peticiones, al parecer el programa no impactó como se esperaba en esta área, según los estadísticos descriptivos obtenidos. Esto podría darnos algunos indicios de dificultades en la seguridad, dificultad para tolerar el no o la presencia de ideas limitantes, lo cual pudo haber condicionado los cambios en el factor V, al respecto Caballo (2007; 2005) menciona que en las habilidades para hacer peticiones puede observarse temor al rechazo, dificultades para escuchar el no, no ser aceptada, o creencias irracionales como el hecho de quien pide está obligado a dar o mejorar incluso el favor, estas características van de la mano con rasgos ya descritas por Behar (2010d) y Gismero (2001), por su parte Uzunian y Vitalle (2015) hablan de patrones de atribución de éxitos y fracasos sociales, lo que impediría emplear las habilidades asertivas, las mismas que comprenderían también dificultades emocionales.

En consecuencia, con lo mencionado en el párrafo anterior, el análisis comparativo permite corroborar estadísticamente lo apreciado en los análisis descriptivos, ya que nos permite hacer inferencias, mediante la contrastación de hipótesis. De esta forma, la aplicación del programa de las habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa reporta evidencia empírica que la intervención es altamente efectiva para el incremento de las habilidades asertivas, tales como la Autoexpresión en situaciones sociales, la Defensa de los propios derechos, Decir no y Cortar interacciones, así como para Iniciar relaciones positivas con el sexo opuesto, más no para el factor Hacer peticiones y Expresión del enfado o disconformidad. Al respecto podemos mencionar que autores como Pérez (2008) obtuvieron cambios en las habilidades sociales en una muestra similar, del mismo modo, Tornero et al. (2014) obtuvo aumento de la autoestima, menor insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, y especialmente mejoras en sus 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 interacción social, como es la conducta asertiva, puede 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.

Además, 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 (2010d), 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., 2020).

En este sentido, se puede afirmar que el incremento de las puntuaciones en las habilidades asertivas para el grupo experimental se debe al efecto producido por el programa de intervención, puesto que las diferencias encontradas antes del tratamiento y después del tratamiento son estadísticamente significativas, lo cual se atribuye dichas diferencias al impacto del programa, relacionándose así con lo reportado por investigadores, que trabajaron en poblaciones similares, como Tornero et al. (2014), Martínez (2014) y Pérez (2004). Además, los factores que obtienen también diferencias estadísticamente significativas son la Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos, Decir no y cortar interacciones, e Iniciar relaciones positivas con el sexo opuesto; en este punto un dato que nos ayuda a analizar la evidencia obtenida puede ser la medida del tamaño del efecto, el cual es una medida descriptiva que no se ha reportado en ninguna de las investigaciones encontradas, a pesar de ser una estimación solicitada por la APA. Al respecto, se aprecia que las diferencias encontradas en la escala global y la dimensión Iniciar relaciones positivas (VI) son grandes, vale decir que el cambio logrado es amplia por lo que el programa presenta efecto considerables que justifican su ejecución, a su vez los factores Autoexpresión en situaciones sociales (I), Defensa de los propios derechos (II) y Decir no (IV), muestran una diferencia mediana, lo cual nos permite confirmar que los cambios mediante el programa son considerables y efectivos en tales áreas. Ello permite inferir no solo el aumento de sus habilidades asertivas, sino además mejoras en la regulación emocional (Bandini et al., 2020), calidad de vida, especialmente en el área psicológica, la cual se ve deteriorada por el cuadro, donde la intervención ayuda al bienestar del paciente (Wu et al., 2019; Agth et al., 2016). Por su parte Raykos et al., (2014) enfatiza los cuadros restrictivos como entidades con mayores dificultades en la habilidad social, lográndose con el programa mayores estrategias para su actuación social, así como el abordaje de cuadros comórbidos, especialmente de ansiedad (Aracelus et al., 2013; Bados, 2017), puesto que las habilidades asertivas implica

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 punto, que destaca es el señalado por Okamoto et al. (2010) quien además de los beneficios en las habilidades y sostenimiento a largo plazo de los cambios en la sintomatología asociada y cuadros comórbidos gracias a la intervención con componentes sociales, resalta la modalidad de intervención grupal pues refieren que esta forma de tratamiento ofrece ahorro en tiempo y economía para los pacientes, mejoras en las habilidades sociales, desarrollo de autoconciencia, aumentando la adhesión al tratamiento gracias al tipo de interacción que se da.

Por otro lado, se tiene que mencionar que estos resultados obtenidos en los 4 factores explicados, no coinciden con los hallados en el Factor III, Expresar enfado, y el Factor V, Hacer peticiones, puesto que los cambios no presentaron un nivel de significación estadística aceptable ($p > .05$). Al respecto, líneas arriba se comenta sobre los posibles factores (Behar, 2010d; Guismero, 2001; Uzunian y Vitalle, 2015) que hayan afectado el impacto del programa en la habilidad de Hacer peticiones, si a este hecho ponemos en consideración la tipología del trastorno de conducta alimentaria, nos encontramos que los cuadros purgativos se asocian a desconfianza interpersonal (Aracelus et al., 2013), lo que podría conjugar con las creencias distorsionadas, el temor al rechazo y a recibir negativas ante intentos de pedir o lograr obtener algo, tornándose más complicada el empleo del nuevo repertorio conductual. Por su parte, en el Factor III también subyacen ideas fijas respecto la expresión de disconformidad, como la imposibilidad de expresarle malestar a un amigo, o la comprensión absoluta a las amistades más cercanas, a costas del propio bienestar, ello sumado a cuadros de bulimia de tipo purgativo, con dificultad de manejo de la ira, explosiones de carácter, o en caso de anorexia nerviosa donde una de las características resaltantes es la evitación de expresión de emociones, priorizando el de los demás, interactuarían reforzándose con las creencias disfuncionales de expresión de enojo, por lo que el impacto en la dimensión no ha sido el esperado.

En relación al análisis comparativo del grupo control y experimental en la fase post tratamiento permite una vez más corroborar la elevada efectividad del programa de

intervención, pues las diferencias halladas son estadísticamente significativas tanto en la escala global 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, asimismo, tales diferencias reportadas presentan un tamaño del efecto entre mediano y grande, vale decir que las diferencias reportadas entre el grupo control y experimental son importantes y de una magnitud considerable como para valorar su replicación. Por otro lado, el Factor Hacer peticiones y Autoexpresión en situaciones sociales no muestran diferencias estadísticamente significativas, por lo cual no se puede afirmar que los cambios observados se deban al efecto del programa. Pese a ello, un punto a considerar en el Factor I, Autoexpresión en situaciones sociales es el incremento en casi un punto del grupo control en el posttest en relación a la medición inicial, esta variación al ser comparada con el posttest del grupo experimental no evidencia diferencias estadísticamente significativas, pese a que la diferencia es mayor inclusive que la comparación entre pre y posttest del grupo experimental, además que el grupo experimental si evidencia cambios estadísticos significativos, siendo considerado un cambio grande y relevante, por ello pese a estos resultados se considera efectivo las sesiones para el Factor I. Todo lo contrario, sucede en el Factor V, donde los resultados son consistentes tanto en las comparaciones del grupo control y experimental, por lo que el programa necesita revisarse en este punto en particular. En contraposición a ello el Factor Iniciar relaciones positivas demuestra magnitudes de cambios importantes, siendo uno de los puntos fuertes del programa, al parecer influye el modelado del grupo respecto a este tema, recibiendo constante retroalimentaciones y practicas asociados a este tipo de situaciones sociales, ya que por el grupo etario manejado despierta gran interés en el mismo, vale decir suele tener refuerzos constantes, además la interacción del grupo favorece, 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 menciona Caballo et al. (2010).

Finalmente, los datos reportados se respaldan también en primer lugar al comparar la línea base de cada grupo, experimental y control, donde la estadística inferencial corrobora la igualdad de las medias, vale decir que ambos grupos iniciaron el programa de intervención

en las mismas condiciones respecto a las habilidades asertivas. Asimismo, el contraste del grupo control antes y después de tratamiento ayuda a afirmar que los dos grupos participantes del estudio iniciaron en las mismas condiciones, y que el programa presenta efectividad ya que el grupo experimental presenta incremento de los niveles de las habilidades asertivas, mientras que el grupo control se mantiene de forma similar como al inicio de la investigación.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se aprecia efectividad del programa de intervención en las habilidades asertivas para la interacción social en general, con un tamaño del efecto de moderado a grande, así como en sus componentes, excepto en dos factores (III y V), presentándose incremento de tales destrezas de tipo social después (post) de haber recibido el tratamiento respecto a cómo iniciaron (pre) la investigación para el grupo experimental, con un nivel de evidencia estadísticamente significativo. Estos hallazgos permiten contrastar la hipótesis general (HG), la cual se acepta, vale decir que el programa de intervención produce un incremento de las habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. Cabe mencionar que los factores expresión de enfado (III) y hacer peticiones (V) muestran cambios, no obstante, no pueden afirmarse que se deban al efecto de la intervención, ya que su nivel de significación estadística se encuentra por encima del mínimo permitido ($p > .05$).
2. Por medio de la intervención del programa de habilidades asertivas para la interacción social, se obtuvo un incremento de las habilidades sociales y sus factores, a un nivel

estadísticamente significativo en el grupo experimental en referencia al grupo control con un tamaño del efecto de moderado a grande. Los resultados vuelven a confirmar la evidencia de la hipótesis de trabajo general (HG), donde se afirma que el programa de habilidades asertivas para la interacción social muestra efectos sobre el grupo que recibe el tratamiento, contrastándose esto con el grupo que no lo recibe.

3. Se observó un aumento de moderado a grande en el factor de autoexpresión en situaciones sociales en los pacientes del grupo experimental, luego de recibir el programa de habilidades asertivas para la interacción social en un nivel estadísticamente significativo. Este resultado acepta la afirmación de la H1 (Hipótesis específica 1) donde se afirma que el programa de habilidades asertivas tiene efectos en el factor I.
4. Existe un incremento de moderado a grande en el factor (II) de defensa de los propios derechos como consumidor a un nivel estadísticamente significativo en los participantes del grupo experimental después de la intervención. En este sentido, los datos apoyan la aseveración formulada en la H2, comprobándose que el programa de habilidades asertivas tiene efecto en las habilidades de defensa de los propios derechos, por lo cual se acepta la hipótesis específica.
5. No se observaron cambios estadísticamente significativos en el factor (III) de expresión de enfado, luego del tratamiento para el grupo experimental. Estos resultados hacen que se rechace la hipótesis específica (H3), ya que, a pesar del cambio observado en las habilidades para expresar enfado, este no llega a ser estadísticamente significativo, además de presentar un tamaño del efecto pequeño.
6. Al contrastar el efecto obtenido en las habilidades del factor (IV) para decir no y cortar interacciones, se observa un aumento moderado en dichas prácticas en un nivel estadísticamente significativo en pacientes del grupo experimental. Dicho resultado permite aceptar la hipótesis de trabajo (H4), la cual afirma que la variable independiente tiene efectos en el componente de las habilidades asertivas para decir no y cortar interacciones en un grupo de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.

7. No se observaron cambios estadísticamente significativos en el factor (V) de hacer peticiones, luego del tratamiento para el grupo experimental. Este resultado hace que se rechace la H5, lo cual indica que el programa de intervención no impactó en las habilidades para hacer peticiones en grupo de pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia.

8. Luego de la aplicación del programa de intervención, se observa que se consiguió mejoras con una diferencia grande en el factor (VI) de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, en los participantes del grupo experimental, en un nivel estadísticamente significativo. Así la hipótesis de trabajo es aceptada (H6), vale decir que se corrobora que el programa de intervención mejoró las habilidades para la interacción con el sexo opuesto.

5.2 Recomendaciones

1. Realizar investigaciones en nuestro medio que promuevan el estudio de los efectos de programas psicológicos de intervención orientados al trabajo de personas con desórdenes de conducta alimentaria, especialmente en el desarrollo de habilidades sociales y/o asertivas, así como la regulación de emociones a fin de acumular evidencia empírica para desarrollar protocolos de intervención en dicha población. El programa es un ejemplo de estudio de esta línea, se necesita seguir acumulando mayor evidencia para continuar ajustando sus estrategias de intervención en todas las áreas y/o factores.
2. Ampliar el estudio del programa observándose el trabajo en los factores de expresión de enfado y hacer peticiones para la población de estudio, ya que no se logró determinar un efecto importante en la muestra. Esto sugiere una mayor exploración de estrategias para manifestar su disconformidad sin temor a tener conflictos y terminar evitando expresarlos, así como dar mayor énfasis en comentar las necesidades poniendo en un lugar importante sus necesidades.
3. Se sugiere emprender estudios donde se propongan identificar y comparar distintas estrategias de intervención, a fin de establecer cuáles presentan mayor efectividad y ser tomadas en cuenta al momento de elaborar programas de intervención psicológica en el manejo de trastornos de conducta alimentaria.
4. Promover estudios de prevalencia y factores asociados a los trastornos de conducta alimentaria en nuestro medio, a fin de poder caracterizar a la población que presenta este trastorno estableciendo factores que explican e intervienen en su inicio, desarrollo y mantenimiento.
5. Construir y/o adaptar instrumentos en muestras significativas a nivel del contexto peruano que favorezcan la evaluación de áreas a trabajar o desarrollar en poblaciones con trastorno de conducta alimentaria, especialmente pruebas de tamizaje y evaluación de sus competencias sociales, por resaltar algunas áreas importantes.

Referencias

- 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), p.353–364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Aiken, L. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement* 45, p. 131-142.
- Akiskal H., Bogoeis M., Angst J., Post R., Moler H. y Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal Affective Disorders*; 59 Suppl 1: S5- S30
- Álvarez, E. y Gutiérrez-Rojas, L. (2014). Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), p. 232-241.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª edición) (DSM-IV), Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ªed, texto revisado; DSM –IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washington DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ªed, DSM -5). Barcelona: 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), p. 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>

- Arrufat, F. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osuna* (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universidad de Barcelona, Barcelona-España.
- 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*, p.165. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-165>
- Bandini, L., Sighinolfi, C., Menchetti, M., Morri, M., De Ronchi, D. y Atti, A. (2013) 1111 - Asertividad y trastornos de la alimentación: la eficacia de un entrenamiento en grupo Cbt. Resultados preliminares. *Psiquiatría europea*, *28* (S1), 1-1. doi: 10.1016 / S0924-9338 (13) 76215-1.
- Behar, R. (2010a). Corporalidad, sociedad, y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (p. 75-94). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010b). Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (p. 95-117). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010c). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (p. 121-147). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010d). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *1*, p. 90-101

- Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 48(2), p. 135–146.
- Barrios-Hernandez, A., Gonzalez-Cuevas, G., Graell-Berna, M. y Blanco Fernandez, A. (2017). Una intervención familiar de adolescentes con trastornos alimentarios: el papel de la asertividad. *Psiquiatría Europea*, 41 (S1), S553-S553. doi: 10.1016 / j.eurpsy.2017.01.788
- Bello, M. (2014). *En verano crecen las consultas de anorexia y bulimia en un 20%*. Recuperado el 14 de octubre del 2017, de <http://www.eltribuno.info/salta/nota/2014-1-12-3-19-0-mabel-bello-en-verano-crecen-las-consultas-por-bulimia-y-anorexia-un-20>
- Berrocal J. (2009). *Nivel de habilidades sociales que poseen los estudiantes de enfermería* (Tesis de Licenciatura). Escuela Académica Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Caballo, V. (1986). *Evaluación de las Habilidades Sociales*. En R. Fernández Ballesteros y J. A. Carrobes (comps). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3ª edición). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (2005) *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Caballo, V. (2007) *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Caballo, V., Salazar, I., Arias, B., Irurtia, M., Calderero, M. y 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.
- Campbell, D.T. y Stanley, J.C. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Castro-Fornieles, J., Mas, S., Plana, M., Gassó, P., Lafuente, A. y Moreno, E. (2013). Common genetic background in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder: Preliminary results from an association study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), 747-754. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.12.015>
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitiva-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), pp. 21-33.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2da. ed.). Hillsdale, NJ: 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 Conductas Alimentaria*, 5, p. p. 439-456.
- Díaz-Marsá, M. y Carrasco, J. (2001). La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosa. En: E., García-Camba, editor. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (p. 93-106.). Barcelona: Masson.
- D’Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2010). Problem-solving therapy. En K.S. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd Ed). New York: Guilford Press.
- Dede, A., Lyritis, G. y Tournis, S. (2014). Bone disease in anorexia nervosa. *Hermones*, 13(1), p. 38-56.
- Duarte, J. y Mendieta, H. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. Problema de salud pública. *Inteligencia Epidemiológica*, 9(1), p. 33-38
- Duchesne, M., de Oliveira, E., de Freitas, S., D’Augustin, J., Marinho V. y Appolinario J. (2012). Assessment of interpersonal skills in obese women with

- binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*; 17 (7):1065-75. doi: 10.1177/1359105311432326.
- Eisler, R. & Frederiksen, L. (1980). *Perfecting Social Skills: A Guide Interpersonal development*. New York: Plenum Press.
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición* 6, p. 27-36.
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología* 6(1), p. 103-111.
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C. y Espinoza, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de La conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Colombia Médica*, 38(4), p.344–51.
- 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.
- Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), p. 407-416.
- Ferguson, C. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchs. *Professional Psychology and Practice*, 40(5), p. 532-538.
- 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*. Barcelona: ELSEVIER-MASSON
- Gil, F., León, J. y Jarana L. (1992). *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema.

- Guismero, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Publicaciones Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Guismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Guismero, 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), p. 289-304.
- Hernández, C., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6a. Ed.). México D.F.: 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 Ppsychosomatic Research*, 76(1), p.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), p. 398-406. <https://doi.org/10.1002/erv.1054>
- Lazo, Y., Quenaya, A. y 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), p. 519-525.
- Linerós-Linero, R. y 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), p. 297-301.

- León, R., Gomez-Peresmitré, G. y Plata-Acevedo, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Salud Mental*, 31(6), p. 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* (P. 157-169). Barcelona: ELSEVIER-MASSON.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2015). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En R. Gonzáles y I. Montoya (Coords.). *Psicología clínica infanto - juvenil* (p. 143-177). Madrid: Pirámide.
- Maganto, C. (2011a). 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). Madrid: Pirámide.
- Maganto, M. (2011b). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop*, 52, 8 -12
- 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 Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Méndez, F., Olivares, J. y Ros, M. (2005). Entrenamiento en habilidades sociales. En Olivares, J. & Méndez, F. (Eds). *Técnicas de Modificación de Conducta*. (pp. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.
- 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, Lima, Perú.

- 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, España.
- Negrete, MA. (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. y Cassin, S. (2013). Alexitimia y trastorno de la conducta alimentaria: revisión crítica de la literatura. *Revista de Trastornos Alimentarios*, 1(21), pp 1-14. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Okamoto, Y., Miyake, Y., Nagasawa, I. y 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), p. 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. Lima, Perú.
- Pamies, A. y Quiles, M. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicotherma*, 24 (2), 230-235.
- Peláez-Fernández, M.A., Raich, R. y Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), p. 62-75.

- Peláez-Fernández, MA., Labrador, F. y Raich, R. (2006). Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en España. En *J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds), Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (p.89-122). México: Manual Moderno.
- Peláez-Fernández, MA., Labrador, F. y Raich, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Pshychology and Pshychological Therapy*, 5(2), p. 135-148.
- Peñafiel, E. y Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. México: Editex
- 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, Madrid-España.
- Pérez, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Perpiña, C. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V.E. Caballo, I.C. Salazar y J.A. Carroble (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2da. ed.) (p. 605-631). Madrid: Pirámide.
- Raykos, B. C, McEvoy, P.M., Carter, O., Fursland, A., y 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): p. 449-452.doi: 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.
- Robles, B. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Pueblo Continente* 29(1), p. 193-197.
- Rodríguez, M. (2003). Trastorno bipolar y multi-impulsividad en una muestra de 181 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, atendidas en Bogotá: prueba de un

modelo de asociación para valoración del riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(1), p. 135–46.

Rodríguez, D. (2007). *Diagnóstico organizacional*. Santiago: Ediciones.

Ruiz, P. (2000). Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. *Adolescere*, 7(1), p. 64e1-64.e7.

Ruiz, C. y Quiróz, E. (2013). *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.

Sánchez, L., Hagino, O., Weller, E. & Ronald, W. (1999). Bipolarity in children. *Psychiatrics Clinics of North America*; 22(3), p. 629-648.

Sánchez, L. (2007). *Estilos parentales, personalidad e insatisfacción corporal como determinantes de las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes de dos secundarias de México cuyas edades fluctuaban entre 11 a 17 años*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Sánchez J. (2009). Aprendizaje social e intenciones emprendedoras: un estudio comparativo entre México, España y Portugal. *Revista Latinoamericana de psicología*, 41(1), p. 109-119.

Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E. Fujisaki, M. y Iyo, M. (2005). Un ensayo abierto de terapia grupal ambulatoria para los trastornos bulímicos: programa combinado de terapia cognitivo conductual con entrenamiento asertivo y mejora de la autoestima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(6), p. 690-696. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01438.x>

Skinner, B. F. (1975). *Sobre el Conductismo*. Barcelona: Fontanella.

- Takahashi, M. y Kosaka, K. (2003). Efficacy of open- system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(3), p. 295-302.
- Temple, S. y Robson, P. (1991) The Effect of Assertiveness Training on Self-Esteem. *British Journal of Occupational Therapy* , 54 (9), p. 329–332. <https://doi.org/10.1177/030802269105400904>
- Tornero, M., Bustamante, R. y 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), p. 7-16.
- Torre, M. (2014). *Las habilidades sociales. Un programa de intervención en educación secundaria obligatoria* (Trabajo de fin de master). Universidad de Granada, Granada-España.
- Uzunian, L. y Vitalle, M. (2015). Habilidades sociais: factor de protecao contra transtornos alimentares em adolescentes. *Ciencia & Saude Colectiva*, 20(11), pp. 3495-3508. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18362014>
- Vygotsky, L., Luria, A. y Leontiev, A. (1988). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone.
- 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.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), p. 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>
- 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>

ANEXOS

ANEXO A: Declaración de Autenticidad y no plagio

Declaración del graduando

Por la presente, el graduando:

Pacheco Ponce Diana Marizol

en condición de egresado del programa de Posgrado:

Maestría de Psicología Clínica y de la Salud

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

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

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.



02/10/2019

ANEXO B.1: Autorización de Consentimiento del Padre/Madre/Tutor

Yo.....deaños de edad, acepto de manera voluntaria que mi menor hija(o)de.....años de edad participe en el proceso de evaluación psicológica de la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero y del programa que se desarrollara en el centro de tratamiento, el cual tendrá una duración de 20 sesiones.

Lima,de..... del

.....

Firma del padre o madre

DNI:

ANEXO B.2: Autorización de Consentimiento del paciente

Yo.....de.....años
de edad, acepto de manera voluntaria participar en el proceso de evaluación psicológica de
la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero y del programa que se desarrollará en
el centro de tratamiento, el cual tendrá una duración de 20 sesiones.

Lima,de..... del

.....

Firma del participante

DNI:

ANEXO B.3: Asentimiento informado del paciente

Yo _____ deseo participar de manera voluntaria en una investigación sobre el uso de un Programa de intervención para mejorar las habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar”, que me fue explicado previamente junto a mi apoderado, donde se nos informó acerca de los procedimientos, riesgos/incomodidades, beneficios, derechos, además de la confidencialidad de mi identidad como participante, siendo menor de edad, razón por la cual he pedido a mi padre / tutor que firme este documento.

Nombre del participante: _____

Firma del Participante: _____

Nombre del apoderado: _____

Firma del apoderado: _____

Nombre de la investigadora: Diana Pacheco Ponce

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO C: Matriz de Consistencia

TITULO	FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	DISEÑO	INSTRUMENTO
Programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima	<p>Problema General ¿Cuál es el efecto del programa de habilidades asertivas en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es el efecto en el área "auto expresión en situaciones sociales" del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima? 2. ¿Cuál es el efecto en el área "defensa de los propios derechos como consumidor" del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima? 3. ¿Cuál es el efecto en el área "expresión de enfado o disconformidad" del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima? 4. ¿Cuál es el efecto en el área "decir no y cortar interacciones" del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima? 5. ¿Cuál es el efecto en el área "hacer peticiones" del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima? 6. ¿Cuál es el efecto en el área "iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto" del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima? 	<p>Objetivo general</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el efecto del programa de habilidades asertivas en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar y comparar el efecto del área de Auto expresión en situaciones sociales del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. 2. Identificar y comparar el efecto del área de Defensa de los propios derechos como consumidor del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. 3. Identificar y comparar el efecto del área de Expresión de enfado o disconformidad del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. 4. Identificar y comparar el efecto del área de Decir no y cortar interacciones del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. 5. Identificar y comparar el efecto del área de Hacer peticiones del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. 6. Identificar y comparar el efecto del área de Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto del programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. 	<p>Hipótesis general HG: El programa de habilidades asertivas tiene efectos en las habilidades sociales para la interacción en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H1: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el área de Auto expresión en situaciones sociales en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p> <p>H2: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el área de Defensa de los propios derechos como consumidor en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p> <p>H3: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el área de Expresión de enfado o disconformidad en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p> <p>H4: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el área de Decir no y cortar interacciones en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p> <p>H5: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el área de Hacer peticiones en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p> <p>H6: El programa de habilidades asertivas para la interacción social tiene efectos en el área de Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima.</p>	<p>V. Dependiente: Habilidades asertivas o sociales</p> <p>V. Independiente: Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social</p> <p>V. Control: Dx: Anorexia y bulimia Edad: 12 a 30 años T. de Tx: 1 mes o más</p>	<p>Por la naturaleza del problema y el objetivo general de estudio, el tipo de investigación será de corte cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), ya que se realizará mediciones y se emplea métodos estadísticos para la contrastación de hipótesis. En cuanto al diseño de investigación se empleará el diseño cuasi-experimental, de pre y post medición con grupo control no equivalente (Hernández et al., 2014; Campbell y Stanley, 1973); ya que se manipulará la variable independiente, teniéndose un grupo experimental que recibe el programa y el otro la metodología convencional, comparándose dichos grupos posteriormente (post-test) para estimar los efectos del tratamiento sobre la variable dependiente, sin embargo, no se cumple la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos, pues dichos grupos son intactos.</p> <p>Población y muestra El centro tiene una población conformada por 60 pacientes con el diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa, dicha clínica "GABA" es un centro especializado de Lima en el abordaje de trastornos de conducta alimentaria y trastornos asociados, cuyas edades varían entre los 12 y 30 años, de ambos sexos y se encuentran en tratamiento por dicha patología al momento de la realización del programa de intervención. Para la investigación, la población será tomada como muestra de estudio considerando los pacientes con ambos cuadros clínicos que participan en el programa de clínica de día. Se dividirán en dos grupos, experimental y control conformado por 30 pacientes cada uno, el muestreo es no probabilístico por conveniencia.</p>	<p>EHS Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero Gonzales, adaptada por Harumi Palacios (2017).</p>

ANEXO D.1: Ficha Técnica de la Escala de Habilidades Sociales (Elena Gismero)

1. FICHA TECNICA

Nombre: EHS Escala de Habilidades Sociales.

Autora: Elena Gismero Gonzales – Universidad Pontifica Comillas (Madrid)

2. CARACTERISTICAS BASICAS:

El EHS en su versión definitiva está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde no me identifico en absoluto y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos.

El análisis factorial final ha revelado 6 factores: auto expresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Sus ámbitos de aplicación preferentes son el clínico, educativo y el de investigación con adolescentes y adultos. El tiempo que se requiere para su contestación es de aproximadamente de 15'.

3. NORMAS DE APLICACIÓN Y CORRECCION:

a) Normas específicas:

- Puede aplicarse tanto individual o colectivo
- Explicar claramente sobre el objetivo, buscando que los sujetos la comprendan,
- Se debe lograr en los sujetos responder lo más sinceramente posible.
- No existe respuestas correctas o incorrectas.
- En caso que de que alguno termino resulto poco comprensible para alguno de los sujetos, no hay inconveniente en sustituirlo por otro sinónimo más familiar para él.
- Debe lograr una comprensión de las situaciones.
- Debe insistirse en que respondan todas las situaciones propuestas.

b) Aplicación:

- Se debe asegurarse que todos los sujetos entiendan perfectamente la forma de responder a la misma.
- Deben encerrar con un círculo la letra de la alternativa elegida,
- Si es posible explicar en la pizarra.
- No tiene tiempo límite, pero por su brevedad no suelen los sujetos demorar más de 15 minutos.

a) Administración

Se leen y explican las instrucciones tal como aparecen en la hoja de respuestas, hasta que sean claramente comprendidas por todos, indicando que no existen respuestas correctas o incorrectas en la prueba, sino que lo importante es que respondan con toda tranquilidad y sinceridad. Se aplica toda la escala. El tiempo que se requiere para su contestación es de aproximadamente 15 minutos, y su administración puede ser individual o colectiva.

b) Calificación

Las respuestas a los elementos, reactivos o ítems que pertenecen a una misma subescala o factor están en una misma columna; se suman los puntos obtenidos en cada factor y se anota esa puntuación directa (PD) en la primera de las casillas que se encuentran en la base de cada columna. Finalmente, la PD global es el resultado de sumar las PD de las 6 subescalas, y su resultado se anotará también en la casilla que está debajo de las anteriores. Estas puntuaciones son transformadas mediante los baremos correspondientes, establecidos en el instrumento, para obtener los índices globales y los perfiles individuales, según las normas de interpretación de la escala.

c) Validez

Tiene validez de constructo, es decir que el significado atribuido al constructo medido (habilidades sociales o asertividad) es correcto. Tiene validez de contenido, pues su formulación se ajusta a lo que comúnmente se entiende por conducta asertiva.

Existe, asimismo, validez del instrumento, es decir que se valida toda la escala, el constructo que expresan todos los ítems en su conjunto, a través de la confirmación

experimental del significado del constructo tal como lo mide el instrumento, y de los análisis correlacionales que verifican tanto la validez convergente (por ejemplo, entre asertividad y autonomía) como la divergente (por ejemplo, entre asertividad y agresividad). La muestra empleada para el análisis correlacional fue una llevada a cabo con 770 adultos y 1015 jóvenes, respectivamente. Todos los índices de correlación superan los factores encontrados en el análisis factorial de los elementos en la población general, según Gismero (por ejemplo, 0,74 entre los adultos y 0,70 entre los jóvenes en el Factor IV).

d) Confiabilidad

La EHS de Gismero muestra una consistencia interna alta, como se expresa en su coeficiente de confiabilidad $\alpha = 0,88$, el cual se considera elevado, pues supone que el 88% de la varianza de los totales se debe a lo que los ítems tienen en común, o a lo que tienen de relacionado, de discriminación conjunta (habilidades sociales o asertividad).

e) Corrección y puntuación:

Las constestaciones anotadas por el sujeto, se corrigen utilizando la plantilla de corrección, basta colocar encima de la hoja de respuesta del sujeto y otorgar el puntaje asignado según la respuesta que haya dado el sujeto.

Las respuestas a los elementos que pertenecen a una misma subescala están en una misma columna y por tanto solo es necesario sumar los puntos conseguidos en cada escala y anotar esa puntuación directa (PD) en las seis subescalas y su resultado se anotaran también en la casilla que está debajo de las anteriores. Con el puntaje total, estas puntuaciones se transforman con los baremos correspondientes que se presentan en hoja anexa.

f) Interpretación de las Puntuaciones

Con la ayuda del Percentil alcanzado se tiene un primer índice global del nivel de las habilidades sociales o aserción del alumno. Si el Pc está en 25 o por debajo el nivel del sujeto será de BAJAS habilidades sociales. Si cae el percentil en 75 o más hablamos de un ALTO nivel en sus habilidades sociales. Si está el Percentil entre 26 y 74 es nivel en MEDIO.

Puntaje Pc	Nivel de HS
25 o por debajo	Nivel BAJO en HS.
Entre 26 y 74	Nivel MEDIO en HS.
75 o más	Nivel ALTO en sus HS.

RESULTADOS POR AREAS

I. AUTOEXPRESION DE SITUACIONES SOCIALES

Este factor refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales, entrevistas laborales, tiendas, lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc. Obtener una alta puntuación indica facilidad para las interacciones en tales contextos. Para expresar las propias opiniones y sentimientos, hacer preguntas.

II. DEFENSA DE LOS PROPIOS DERECHOS COMO CONSUMIDOR

Una alta puntuación refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (no dejar colarse a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc).

III. EXPRESION DE ENFADO O DISCONFORMIDAD

Una alta puntuación en esta sub escala indica la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y desacuerdos con otras personas. Una puntuación baja indicia la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).

IV. DECIR NO Y CORTAR INTERACCIONES

Refleja la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en que queremos interrumpir la conversación, o con personas con las que no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación) así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en lo que lo crucial es poder decir no a otras personas y cortar las interacciones - a corto o largo plazo - que no se desean mantener por más tiempo

V. HACER PETICIONES

Esta dimensión refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea a un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos o que nos haga un favor) o en situaciones de consumo (en un restaurante no nos traen algo tal como lo pedimos y queremos cambiarlo o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indicaría que la persona que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a estas sin excesiva dificultad mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.

VI. INICIAR INTERACCIONES POSITIVAS CON EL SEXO OPUESTO

El factor se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita...) y de poder hacer espontáneamente un cumplido un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión se trata de intercambios positivos. Una puntuación alta indica facilidad para tales conductas, es decir tener iniciativa para comenzar interacciones con el sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta del mismo. Una baja puntuación indicaría dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.

AREAS / FACTORES

- Autoexpresión en situaciones sociales
- Defensa de los propios derechos como consumidor
- Expresión de enfado o disconformidad
- Decir no y cortar interacciones
- Hacer peticiones
- Iniciar interacciones positivas con sexo opuesto

Baremos de la Escala en jóvenes según el sexo

Pc	H O M B R E S							/	M U J E R E S						
	I	II	III	IV	V	VI	Total		I	II	III	IV	V	VI	Total
99			16	24		20	119-132		20	16	22-24		20	118-132	
98	32	20	15	23			118		32	19		21	20	19	116-117
97							117								114-115
96					20								18		113
95	31		14	22		19	114-116		31	18			19		111-112
90	30	19		21		18	111-113		30		15	20		17	108-110
85	29		13	20	19		109-110		29	17		19	18	16	105-107
80		18				17	108		28		14				104
75	28			19	18	16	106-107		27	16		18	17	15	101-103
70	27	17	12				104-105				13				100
65				18	17	15	102-103		26			17	16	14	98-99
60	26	16					101		25	15					96-97
55			11	17			99-100				12	16		13	94-95
50		15			16	14	97-98		24	14			15		92-93
45	25						95-96				15				90-91
40			10	16		13	94		23		11			12	89
35	24	14			15		92-93		22	13		14	14		87-88
30	23		9	15		12	90-91		21					11	85-86
25	22	13			14	11	87-89		20	12	10	13	13	10	83-84
20	21		8	14			84-96		19	11		12			80-82
15	20	12		13	13	10	80-83		18	10	9	11	12	9	77-79
10	18	11	7	12	12	7-9	74-79		17	9	8	10	11	8	72-76
5	17	10	6	11	11	5-6	68-73		15	8	7	9	10	7	67-71
4	16	9	5	10			57-67		14			8		6	66
3	15	8		9	10		53-56		13	7	6	7			61-65
2	14	7		8	9		41-52		12	6	5	6	9	5	49-60
1	13	6		7	8		33-40		11	5	4		8		33-48

ANEXO D.2: Protocolo de la Escala de Habilidades Sociales de Gismero

INSTRUCCIONES:

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible. Para responder utilice la siguiente clave:

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

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	A B C D

11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca se cómo “cortar “a un amigo que habla mucho	A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	A B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo	A B C D
30. Cuando alguien se me “cuela” en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C D

31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme de en medio “para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D
TOTAL	

ANEXO D.3: Claves de la Escala de Habilidades Sociales de Gismoero

PREGUNTAS	CLAVE
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	4 3 2 1
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	4 3 2 1
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	1 2 3 4
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	4 3 2 1
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	4 3 2 1
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	4 3 2 1
7. Si en un restaurante no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	1 2 3 4
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	4 3 2 1
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	4 3 2 1
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	4 3 2 1
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	4 3 2 1
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	4 3 2 1
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	4 3 2 1
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	4 3 2 1
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	4 3 2 1
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	1 2 3 4
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	4 3 2 1

18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	1 2 3 4
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	4 3 2 1
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	4 3 2 1
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento o comprar algo.	4 3 2 1
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	4 3 2 1
23. Nunca se cómo “cortar “a un amigo que habla mucho	4 3 2 1
24. cuando decido que no me apetece volver a salir con unas personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	4 3 2 1
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	1 2 3 4
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	4 3 2 1
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	4 3 2 1
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	4 3 2 1
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (clase, reunión	4 3 2 1
30. Cuando alguien se me” cuele” en una fila hago como si no me diera cuenta.	4 3 2 1
31. Me cuesta mucho expresar mi agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	4 3 2 1
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio“ para evitar problemas con otras personas.	4 3 2 1
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	4 3 2 1
TOTAL	

ANEXO E: Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero

Adaptada por Harumi Palacios

Nombre:

Edad:

Sexo:

Familia: (padre o madre) (ambos padres)

INSTRUCCIONES: A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Para responder utilice la siguiente clave:

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

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser tonto	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	A B C D

5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al mozo y pido que me traigan uno nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a decir o hacer algo tonto.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, le pido al instante que guarden silencio.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21, Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca se cómo "cortarle" a un amigo que habla mucho.	A B C D
24. cuando decido que no me apetece volver a salir con unas personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	A B C D

25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo amablemente.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en un grupo desconocido.	A B C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D
TOTAL	

ANEXO F.1: Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Entrenándome para disfrutar”

Adaptado por Lic. Diana Pacheco Ponce (2019)

Objetivos Generales	<ul style="list-style-type: none">• Incrementar las habilidades asertivas y disminuir los déficits sociales en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa en una Clínica de Lima a través del programa “Entrenándome para disfrutar”.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Trabajar la autoexpresión social:<ul style="list-style-type: none">- Iniciar, mantener y finalizar conversaciones.- Expresar sentimientos y emociones.- Defender o expresar opiniones.• Desarrollar la expresión de derechos en diversos ámbitos.• Trabajar la expresión de enfado o disconformidad.• Fomentar habilidades básicas de interacción social: decir no y cortar las interacciones.• Entrenar la habilidad de pedir y negar favores.• Abordar habilidades heterosociales.

Área Autoexpresión social	Sesión 1 y 2: Iniciar conversaciones o interacciones
Objetivo General	<ul style="list-style-type: none">• Lograr que los participantes aprendan a iniciar una conversación con otros compañeros.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Explicar aquellas situaciones en las que es propicio iniciar una conversación.• Señalar las ventajas de iniciar conversaciones de manera correcta.• Exponer las desventajas de no iniciar una conversación.• Enseñar a cómo iniciar una conversación.

En la primera sesión se realiza la presentación de los objetivos del programa “Entrenándome para disfrutar” y se brinda la Psicoeducación del concepto de habilidades asertivas para la interacción social.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Iniciar conversaciones o interacciones” y su discusión:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “iniciar conversaciones o interacciones”, la cual se va a desarrollar y explicar brevemente en qué consiste. Resalta que es una habilidad que se usa frecuentemente, aunque a todo el mundo no le resulta sencillo ponerla en práctica.

Actividades

A continuación, habla de los beneficios de saber iniciar conversaciones, así como de las desventajas que supone no saber hacerlo, la finalidad es que los participantes tomen conciencia de su importancia. Para ello, solicita la participación de los asistentes, empleando el procedimiento de “lluvia de ideas”, de modo que ellos mismos señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el instructor establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Seguidamente, el guía expresa que, a pesar de la utilidad de esta habilidad, no siempre es conveniente aplicarla. Para facilitar la comprensión de esto, presenta varios ejemplos de situaciones dónde es muy útil poner en práctica esta habilidad y ejemplos dónde no es conveniente aplicarla. Dentro de esta dinámica, solicita a los participantes que participen relatando experiencias positivas y negativas de ponerla en uso. Además, les pide que identifiquen la razón de porqué resulto satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica.

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos y consejos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de explicarse brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Decidir y/o encontrar a la persona con la que se quiere hablar.
 2. Elegir el contexto (lugar y momento) adecuado.
 3. Determinar el tema sobre el que se va a iniciar la conversación.
 4. Acercarse a esa persona y mantener el lenguaje no verbal adecuado (establecer contacto ocular, sonreír...).
 5. Saludarla (si es conocida) o presentarse (si es desconocida).
 6. Decir algo que ayude a iniciar la interacción y hacerlo de tal forma que sea muy probable que la otra persona responda positiva y agradablemente.
-

7. Utilizar una conducta no verbal acorde con el mensaje verbal (entonación, expresión facial, gestos, proximidad).

- Consejos

- Sé positivo/a (no elijas un tema negativo para iniciar una conversación, pues, normalmente la gente estará menos receptiva y más si estás en una situación relajada o de ocio).

- Sé directo/a (no mires al techo o digas las cosas “al aire”, para ver si la otra persona las “caza al vuelo”), dirígete a la persona.

- Usa el sentido del humor y sácale partido (la gente que te hace reír, de entrada resulta más agradable).

- Pregúntate a ti mismo/a como responderías a esa iniciación, si te resultaría agradable o por el contrario desagradable o intrusiva.

- Haz preguntas con finales abiertos, si das opciones a contestar sólo con monosílabos será mucho más complicado mantener la conversación.

- Insiste (pero no seas pesado/a), si no obtienes contestación “a la primera”, no te rindas antes de comenzar.

- Sonríe y mira a la persona.

- Acostúmbrate a saludar con una sonrisa.

- Procura no resultar brusco/ ni intimidar.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben iniciar conversaciones. El guía, se encarga de modelar las conductas y habilidades necesarias para iniciar una interacción con otro participante. Para ello, sigue los pasos específicos para poner en práctica la habilidad mientras los va explicando en voz alta. Va poniendo ejemplos de inicio de conversaciones en diversas situaciones.

Ejemplos para Modelado

- De camino a casa, coincides con un compañero de clase con el que no tienes mucha relación, pero te gustaría hablar

- Estás en el supermercado y te encuentras con alguien con quién coincides habitualmente y te gustaría conocer.

- La persona que te gusta está sentada al lado tuyo en el autobús.

- Te han invitado a una fiesta dónde no conoces a nadie y te gustaría acercarte a alguien para hablar.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Cada pareja se intercambiará los papeles, de modo que ambos componentes representarán al sujeto que inicia la conversación.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el instructor irá rotando por cada pareja, de manera que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, dando ayuda a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos de esta les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas. Por último, el instructor expondrá una serie de temas tópicos útiles para iniciar conversaciones, así como formulas verbales que faciliten el inicio de la interacción.

e) Tareas

Como tarea, se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:

- Iniciar conversación con un amigo.

- Iniciar conversación con un vecino de tu barrio.

- Inicia una conversación con un adulto.

- Inicia una interacción con al menos cuatro desconocidos, dos chicos y dos chicas.

Para facilitar la supervisión de las tareas, así como para que el participante lleve un registro de las mismas, al mismo tiempo que pueda autoevaluar sus avances, es importante que emplee una hoja de registro. Además, esta le permitirá conocer sus puntos fuertes y

aquellos en los que debe mejorar. Para rellenar la hoja de registro debe ser lo más objetivo posible.

La hoja de registro será revisada y corregida en la sesión próxima.

Fecha	Situación	Tarea	He hecho bien	Puedo mejorar	Valoración personal de la experiencia

Tabla 1. Hoja de registro para las tareas

f) Revisión de la tarea

Se podrán corregir las tareas a partir de la sesión 2.

Sesión 3 y 4: Mantener conversaciones o interacciones

Objetivo General

- Conseguir que los participantes aprendan a mantener una conversación con otros compañeros.

Objetivos Específicos

- Explicar aquellas situaciones en las que es propicio mantener una conversación.
- Señalar las ventajas de mantener conversaciones de manera correcta.
- Exponer las desventajas de no mantener una conversación.
- Enseñar a cómo mantener una conversación.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Mantener conversaciones o interacciones” y su discusión:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “mantener conversaciones o interacciones” y explica brevemente en qué consiste. Además, señala distintos tipos de conversaciones en función de la situación.

A continuación, habla de los beneficios de saber mantener conversaciones, así como de las desventajas que supone no saber

Actividades

hacerlo, la finalidad es que los participantes tomen conciencia de su importancia. Para ello, solicita la participación de los asistentes, empleando el procedimiento de “lluvia de ideas”, de modo que ellos mismos señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el guía establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Seguidamente, el instructor expresa que, a pesar de la utilidad de esta habilidad, no siempre es conveniente aplicarla. Para facilitar la comprensión de esto, presenta varios ejemplos de situaciones dónde es útil mantener conversaciones y ejemplos dónde es mejor darlas por concluidas. Dentro de esta dinámica, solicita a los participantes que participen relatando experiencias positivas y negativas de mantener una conversación. Además, les pide que identifiquen la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de la habilidad.

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos para poner en uso la habilidad. Estos, además de explicarse brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Iniciar la conversación.

2. Recibir y comprender lo que la otra persona dice. Para ello es necesario:

- Escuchar lo que dice. Esto implica:

- Prestarle atención.

- Dar señales de “escucha activa”: mira a la otra persona, mantener una postura hacia ella, monosílabos, movimientos afirmativos de cabeza, etc.

- Empatía y refuerzo: Ponerse en el lugar del otro para comprender y entender lo que dice.

3. Observar cómo te lo dice (lenguaje corporal):

- Identificar sentimientos y emociones en el otro.

- Identificar e interpretar indicios para continuar la conversación, cambiar de tema o cortar la conversación.

- Hacer preguntas al otro pidiendo más información sobre lo que estáis hablando y/o aclaración si no has entendido algo.

4. Responder a lo que te dice el otro y expresar lo que tú piensas y sientes.

5. Mantener la conversación:

- Tomar turnos en la conversación.
- Hacer lo posible por que ambos disfruten de la conversación.
- Cambiar de tema cuando sea oportuno.
- Terminar la conversación.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben mantener interacciones. El instructor, se encarga de modelar las conductas y habilidades necesarias para mantener una conversación con otro participante mientras va explicando en voz alta estas conductas. Como para el mantenimiento de una conversación se necesita un repertorio de habilidades, el instructor y el participante ejemplificaran aspectos parciales del mantenimiento de las conversaciones, hasta que los participantes observen todos los aspectos necesarios para mantener una conversación con otra persona de forma continua. Se eligen diversas situaciones para poner ejemplos del mantenimiento de conversaciones.

Ejemplos para Modelado

- Prestar atención y dar señales de escucha activa a una persona atractiva del sexo opuesto que te está hablando sobre un tema.
- Hacer preguntas a esa persona sobre el tema que está hablando.
- Responder preguntas dando nuestra opinión sobre el tema.
- Tomar y ceder la palabra.
- Cambiar de tema en la conversación.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite una a una las distintas subhabilidades que ha observado anteriormente durante el modelado, para finalmente exponerlas todas seguidas logrando toda una conversación. Se intercambiarán los papeles. Para que apliquen estas subhabilidades, se les ofrecerá una variedad situaciones distintas con el fin de conseguir una generalización de las mismas.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el guía irá rotando por cada pareja, con el fin de ofrecerles la retroalimentación oportuna, prestando ayuda a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante

que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos de esta les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

Por último, el guía expondrá una serie de preguntas útiles que los participantes pueden hacer a la otra persona para mostrarse interesados en la conversación, así como algunas formas adecuadas de responder a lo que piensan.

e) Tareas

Como tarea se pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Haz preguntas al menos a cinco personas sobre sus aficiones.
- Pide información a tu amigo sobre un tema que te interese en particular.
- Mantén una conversación larga con dos personas atractivas del sexo opuesto.
- Escucha con interés a un/a amigo/a que te cuente algo. Posteriormente, hazle preguntas sobre ello.
- Observa a gente de tu entorno mantener una conversación. Trata de determinar si lo hacen de modo correcto o no. Para facilitar la supervisión y registro de las tareas, al mismo tiempo que el participante pueda autoevaluar sus avances, es importante que se emplee la hoja de registro. Esta será revisada y corregida en la sesión próxima.

f) Revisión de la tarea

Se destinará 20 minutos a revisar tareas propuestas en la sesión previa. Para ello, se inspeccionará la hoja de registro de tareas de cada sujeto de manera individual. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Sesión 5 y 6: Finalizar conversaciones o interacciones

Objetivo General

- Lograr que los participantes aprendan a finalizar una conversación de manera adecuada con otros compañeros.
-

**Objetivos
Específicos**

- Enseñar a los participantes a reconocer aquellas situaciones en las que es propicio finalizar una conversación.
- Señalar las ventajas de finalizar conversaciones cuando no se desean seguir.
- Exponer las desventajas de no finalizar una conversación.
- Enseñar a cómo finalizar una interacción de modo adecuado.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Finalizar conversaciones o interacciones” y su discusión:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “finalizar conversaciones o interacciones” y explica brevemente en qué consiste.

A continuación, habla de los beneficios de saber finalizar conversaciones, así como de las desventajas que supone no saber hacerlo. Para ello, solicita la participación de los asistentes, empleando el procedimiento de “lluvia de ideas”, de modo que ellos mismos señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el instructor establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Actividades

Seguidamente, el guía expresa que, a pesar de la utilidad de esta habilidad, no siempre se pone en práctica adecuadamente. Para facilitar la comprensión de esto, presenta varios ejemplos de situaciones dónde la habilidad se practica de manera adecuada y ejemplos dónde se hace de modo inadecuado. Dentro de esta dinámica, solicita a los participantes que participen relatando experiencias positivas y negativas de finalizar conversaciones. Además, les pide que identifiquen la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de la habilidad.

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos para poner en uso la habilidad. Estos, además de explicarse brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Exponer a la otra persona que se tiene que terminar la conversación. Excusarse y disculparse.

2. Si se estima, expresar a la otra persona que han disfrutado de la conversación.

3. Despedirse.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben finalizar conversaciones. El guía y otro participante que posea la habilidad, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para finalizar conversaciones siguiendo los pasos anteriormente presentados. Durante la puesta en práctica de tales pasos, el guía los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Te encuentras por la calle con la persona que te gusta y se quedan unos minutos hablando, a ti te gustaría seguir hablando con ella pero llegas tarde a un compromiso y tienes que marcharte.

- La conversación con un amigo se te está haciendo aburrida y quieres finalizarla.

- Un chico de clase que no te cae bien comienza a hablarte, tú prefieres cortar la interacción.

-Tu amigo te llama por teléfono en un momento en el que estás ocupado en otra actividad.

-Estás en una fiesta hablando con una persona atractiva del sexo opuesto, pero se te hace tarde y tienes que regresar a casa, así que te despides de ella.

- Un vendedor que te ofrece un producto se vuelve insistente para que se lo compres, tú quieres finalizar la conversación.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Se intercambiarán los papeles.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el instructor irá rotando por cada pareja, garantizándoles la retroalimentación oportuna. Para ello, prestará ayuda a aquellos que no lo hacen bien y reforzará a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos de esta les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

Por último, el instructor ofrecerá una serie de fórmulas verbales y no verbales adecuadas para la finalización de conversaciones.

e) Tareas

Como tarea se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Finaliza una conversación que no te apetece continuar con un/a amigo/a.
- Corta una conversación con alguien con quien no quieres hablar.
- Termina una conversación con un familiar.
- Finaliza una conversación interesante con -un/a amigo/a.
- Termina una conversación con una persona atractiva del sexo opuesto.
- Termina una conversación con la persona que te gusta.

Para facilitar la supervisión y registro de las tareas, al mismo tiempo que el participante pueda autoevaluar sus avances, es importante que se emplee la hoja de registro. Esta será revisada y corregida en la sesión próxima.

f) Revisión de la tarea

Se destinará 20 minutos a revisar tareas propuestas en la sesión previa. Para ello, se inspeccionará la hoja de registro de tareas de cada sujeto de manera individual. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Sesión7 y 8: Expresar sentimientos y emociones

**Objetivo
General**

- Lograr que los participantes aprendan a expresar de manera adecuada sus sentimientos en situaciones interpersonales.

**Objetivos
Específicos**

- Hacer que discriminen entre sentimientos positivos y negativos.
 - Favorecer la identificación de la causa de sus sentimientos.
 - Señalar las ventajas de expresar sentimientos.
 - Exponer las desventajas de no expresar las emociones.
-

-
- Explicar en qué situaciones y con qué personas es adecuado expresar los sentimientos.
 - Enseñar a cómo expresar sentimientos de modo adecuado.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Expresar sentimientos y emociones”:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “expresar sentimientos y emociones”, y explica brevemente en qué consiste.

A continuación, señala a los participantes la necesidad de saber reconocer nuestras propias emociones, diferenciando entre sentimientos positivos y negativos. Para ello, plantea una serie de preguntas a los participantes con el fin de que identifiquen sus emociones: ¿Quién está hoy alegre, quién está triste? ¿Quién está enfadado?, ¿por qué?; ¿cómo notas cuando estás alegre o triste?; ¿Qué sientes?, etc.

Seguidamente, resalta la importancia de identificar la causa de nuestros sentimientos y guía a los participantes para que identifiquen la casualidad de sus emociones, empleando preguntas de reflexión: ¿Quién pone un ejemplo de una situación en la que se ha sentido muy bien con otra persona?, ¿por qué?; ¿y un ejemplo de una situación en la que se ha sentido muy mal?, ¿Qué pasó?, etc.

Actividades

Después, señala los beneficios que aporta poner en uso esta habilidad, así como las desventajas que supone no hacerlo. Para ello, solicita la participación de los asistentes, empleando el procedimiento de “lluvia de ideas”, de modo que ellos mismos señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el instructor establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Con posteridad, el guía expresa que, a pesar de la utilidad de esta habilidad, no en todas las situaciones ni con todas las personas es adecuada ponerla en práctica. Para facilitar la comprensión de esto, presenta varios ejemplos de situaciones dónde es de utilidad poner en práctica la habilidad y ejemplos dónde no lo es. Además, señala con qué tipo de personas es adecuado expresar los sentimientos. Dentro de esta dinámica, solicita a los participantes que relaten experiencias positivas y negativas de expresar sus sentimientos. Además, les pide que identifiquen la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de la habilidad.

Después, el guía plantea una actividad. Esta consiste en que cada participante escriba en una hoja su estado de ánimo actual e identifique

la causa. A continuación, organizados por parejas, deben comunicar a su compañero lo que han escrito.

Finalmente, el instructor ofrece a los participantes pasos específicos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de explicarse brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Darse cuenta y notar la emoción. Para esto hay que observarse a sí mismo.

2. Descubrir e identificar las razones, causas y antecedentes de la emoción.

3. Expresar esa emoción con expresión verbal adecuada y lenguaje corporal oportuno. Esto supone:

- Buscar el momento y lugar adecuado.
- Describir breve y claramente cómo te sientes.
- Agradecer a la otra persona por escucharte.

4. Buscar modos para:

- Mantener y/o intensificar la emoción (si es positiva).
- Reducir y/o eliminar la emoción (si es negativa). Por ejemplo, estrategias de autocontrol, pedir ayuda, relajación.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben expresar emociones. El instructor y otro participante que posea la habilidad, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para expresar emociones siguiendo los pasos anteriormente presentados. Durante la puesta en práctica de tales pasos, el guía los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Estás muy contento/a porque has recibido una buena noticia y quieres contárselo a un amigo.

- Quieres manifestarle a la persona de tus sueños que te gusta.

- Estás preocupado/a porque la relación con un amigo está más distante y quieres manifestarle tu preocupación.

- Un amigo ha hablado mal de ti a tus espaldas, estás molesto/a con él y quieres que lo sepa.

- Te has enfadado /a con tu pareja porque ha llegado tarde a la cita, quieres manifestarle tu enfado.

- Quieres hacer un halago a una persona atractiva del sexo opuesto.

- Has perdido tu celular y estás muy preocupado/a, necesitas contárselo a un amigo.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Se intercambiarán los papeles.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el guía irá rotando por cada pareja, de modo que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, ayudando a mejorar a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos de esta les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

e) Tareas

Como tarea se les pide que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Expresar sentimientos negativos y positivos a 3 personas.

- Expresar a un/a amigo/a algo que te molesta de su comportamiento.

- Di un cumplido al menos a 3 personas atractivas del sexo opuesto.

-Escribir una lista al menos 7 estados emocionales propios que sientas durante la semana y compartirlos.

Para facilitar la supervisión y registro de las tres primeras tareas, se empleará la hoja de registro. Para la última, se utilizará el cuaderno. Ambos serán revisados y corregidos en la sesión próxima.

f) Revisión de la tarea

Se destinará 20 minutos a revisar tareas propuestas en la sesión previa. Para ello, se inspeccionará la hoja de registro de tareas de cada

sujeto de manera individual. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Sesión 9 y 10: Expresar y defender opiniones

Objetivo General

- Lograr que los participantes aprendan a expresar y defender de manera adecuada sus opiniones ante otros compañeros.

Objetivos Específicos

- Señalar la importancia de defender opiniones, así como respetar las de los demás.
- Explicar en qué tipo de situaciones es idóneo defender las opiniones.
- Señalar las ventajas de expresar opiniones.
- Exponer las desventajas de no expresar las opiniones.
- Enseñar a cómo expresar y defender opiniones de modo adecuado

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Expresar opiniones y defender”:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “expresar y defender opiniones” y explica brevemente en qué consiste.

A continuación, explica a los participantes la importancia que supone saber comunicar nuestras opiniones, así como respetar las de los demás. Para facilitar la comprensión de esto, presenta a los participantes varios ejemplos de situaciones idóneas dónde se pueden defender las propias opiniones, así como el modo correcto de hacerlo.

Actividades

Seguidamente, el instructor solicita a los participantes que participen relatando experiencias de poner en práctica esta habilidad y señalando las ventajas que creen que aporta un buen uso de la misma, así como las desventajas que supone no tenerla. Posteriormente, el guía plantea una actividad por grupos. Se trata de realizar debate sobre un tema de actualidad. Para ello, divide a los participantes en dos grupos. Uno de ellos debe manifestarse a favor y otro en contra, otorgando los argumentos oportunos. El debate debe concluir con un acuerdo por parte de ambos grupos. Es importante que los participantes respeten entre sí sus opiniones.

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de ser explicados brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Hacerse atender por la/s otra/s persona/s.

2. Exponer el propio punto de vista sobre el tema o la situación de que se trate. Es necesario mantener un tono agradable y cordial.

3. Defender tus opiniones si son ignoradas o criticadas (repite otra vez tu mensaje si es necesario tratando de sintetizar, añade más información, etc.).

Para discutir con otra persona porque no se está de acuerdo con su opinión los pasos a seguir son:

1. Escuchar correctamente la opinión de la otra persona.

2. Expresar el desacuerdo de modo cordial y amistoso.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben expresar opiniones. El instructor y dos participantes que posean la habilidad, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para expresar opiniones siguiendo los pasos anteriormente presentados. Durante la puesta en práctica de tales pasos, el guía los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Tus amigos hablan acerca de una película que han estrenado hace poco en el cine. Tú quieres manifestar tu opinión.

- Tu pareja quiere cenar contigo en un restaurante que a ti no te gusta y quieres que tenga en cuenta tu opinión.

- Tus amigos planean hacer algo para el fin de semana que a ti no te apetece y quieres que tengan en cuenta tu opinión.

- Tu amigo te lleva la contraria en un tema que tú tienes muy claro. Quieres explicarle y aclararle tu opinión.

c) Role-playing

Se organiza a los participantes por pequeños grupos de 3 y se pide a cada grupo que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el instructor irá rotando por cada grupo, de modo que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, ayudando a mejorar a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunos grupos expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

e) Tareas

Como tarea se les pide que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Opinar en diversas situaciones y con distintas personas sobre, al menos, 4 temas con los que estés en desacuerdo y otros 4 con los que estés a favor.

Para facilitar la supervisión y registro de las tareas, al mismo tiempo que el participante pueda autoevaluar sus avances, es importante que se emplee la hoja de registro. Esta será revisada y corregida en la sesión próxima.

g) Revisión de la tarea

Para corregir las tres primeras tareas, se inspeccionará la hoja de registro de cada sujeto. Sin embargo, para la corrección de la última, se supervisará el cuaderno del participante. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Área	Sesión 11 y 12: Expresar y defender los propios derechos en diversos ámbitos
Expresión de derechos en diversos ámbitos	
Objetivo General	<ul style="list-style-type: none">• Lograr que los participantes expresen y defiendan sus derechos de manera adecuada en aquellas situaciones en las que se precisa.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Señalar las ventajas de defender los derechos.• Exponer las desventajas de no defender los derechos.• Explicar en qué situaciones es necesario defender los derechos.

-
- Enseñar a cómo expresar y defender los derechos de modo adecuado.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Defender derechos”:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “defender derechos” y explica brevemente en qué consiste.

Actividades

A continuación, señala a los participantes la importancia que supone saber defender nuestros derechos de manera asertiva en diversas situaciones, así como saber respetar los de los demás. Para facilitar la comprensión de esto, pide a los participantes que ellos mismos pongan ejemplos de situaciones dónde es necesario reivindicar nuestros derechos. Además, se les solicita que relaten experiencias positivas y negativas de poner en práctica esta habilidad y que identifiquen la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de la misma.

Seguidamente, mediante la técnica de “lluvia de ideas”, el instructor solicita a los participantes que señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el guía establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de ser explicados brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Conocer tus derechos.

2. Darse cuenta de que en esa situación no se están respetando tus derechos.

3. Comunicar a la otra persona que quieres que se respeten tus derechos; es decir, hay que dar una negativa, una queja, etc. Para ello hay que:

- Buscar el momento y lugar apropiados.
- Utilizar la expresión verbal correcta:

- expresión directa, sin rodeos.

- mensajes “yo”.

- breve y claro, sin “enrollarse”.

-
- Utilizar expresión no-verbal y lenguaje corporal asertivo. Se trata de decirlo de manera amable, respetuosa y positiva, sin ser autoritario ni punitivo. Quieres que la otra persona te respete y tú tienes que respetarla.

4. Pedir cambio de conducta; hacer sugerencias o peticiones para que la otra persona actúe de forma que respete tus derechos.

5. Agradecer a la otra persona el haber escuchado.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben expresar sus derechos. El guía y dos participantes que posean la habilidad, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para defender derechos siguiendo los pasos anteriormente presentados. Durante la puesta en práctica de tales pasos, el guía los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Un amigo te pide que le hagas un trabajo porque a ti se te da mejor y tú no quieres.

-En el cine, un grupo de personas sentadas cerca de ti no paran de hablar y no puedes escuchar bien la película.

- Un amigo te pide que le prestes dinero y tú no consideras adecuado hacerlo.

- Tu madre te insiste para que cambies la ropa que llevas puesta.

- El vendedor de una tienda te ha devuelto mal el cambio y te da menos dinero del que debe.

- En una tienda te han vendido un producto defectuoso.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Se intercambiarán los papeles.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el instructor irá rotando por cada pareja, de modo que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, ayudando a mejorar a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es

importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunos grupos expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

e) Tareas como tarea se les pide que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Da tres quejas y tres negativas en situaciones que lo requieran.
- Ofrece una negativa a un/a amigo/a que te pide algo que no deseas hacer.
- Elabora 7 situaciones imaginarias dónde no están respetando los derechos de un sujeto y propón la manera más adecuada para su defensa.

Para registrar las dos primeras tareas, se empleará la hoja de registro. No obstante, la última tarea se realizará en el cuaderno.

f) Revisión de la tarea

Se destinará 20 minutos a revisar tareas propuestas en la sesión previa. Para ello, se inspeccionará la hoja de registro de tareas de cada sujeto de manera individual. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Área	Sesión 13 y 14: Expresión de enfado o disconformidad
Expresión de enfado o disconformidad	
Objetivo General	<ul style="list-style-type: none">• Lograr que los participantes expresen desacuerdo de manera adecuada en aquellas situaciones en las que se precisa.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Conocer la importancia de expresar discrepancia sin dañar los derechos de los demás.• Señalar las ventajas de mostrar desacuerdo en aquellas situaciones que lo requieren.• Exponer las desventajas de no expresar nunca discrepancia.• Explicar en qué situaciones es necesario manifestar desacuerdo.• Enseñar a cómo manifestar desacuerdo de modo adecuado.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Expresar desacuerdo”:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “expresar desacuerdo” y explica brevemente en qué consiste.

A continuación, señala a los participantes la importancia que supone saber expresar discrepancia de manera asertiva en diversas situaciones, así como saber respetar los derechos de los demás. Para facilitar la comprensión de esto, pide a los participantes que ellos mismos pongan ejemplos de situaciones dónde se hace necesario expresar disconformidad. Además, se les solicita a que relaten experiencias positivas y negativas de poner en práctica esta habilidad y que identifiquen la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de la misma.

Seguidamente, mediante la técnica de “lluvia de ideas”, el guía solicita a los sujetos que señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el instructor establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Actividades

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de ser explicados brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Debes estar seguro/a de que algo te molesta y merece la pena expresarlo.

2. Dirígete a la persona y expresa tu queja de forma breve.

3. Dirige la crítica a la conducta y no a la persona (exprésate en primera persona).

4. Ofrece una alternativa y agradece de antemano el cambio.

5. Refuerza el cambio de conducta.

6. Escucha el punto de vista de la otra persona.

7. En caso de no obtener el cambio deseado, busca otras alternativas.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben expresar desacuerdo. El instructor y un participante que posea la habilidad, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para manifestar desacuerdo siguiendo los

pasos anteriormente presentados. Durante la puesta en práctica de tales pasos, el instructor los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Un amigo expresa una opinión con la que estás muy en desacuerdo.
- Un familiar cercano te molesta.
- Un amigo con el que has quedado llega una hora tarde a la cita.
- Un amigo al que le has prestado un libro, te lo devuelve con las páginas manchadas.
- Mientras haces cola para coger el autobús un desconocido se te cuela.
- El profesor de clase te pone en el examen una nota más baja de la que crees merecer.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Se intercambiarán los papeles.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el guía irá rotando por cada pareja, de modo que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, ayudando a mejorar a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos sujetos que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

e) Tareas

Como tarea se les pide que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Expresar disconformidad a dos personas desconocidas.
 - Manifiestar desacuerdo con un familiar.
 - Mostrar discrepancia con al menos dos amigos/as.
-

- Expresar a un/a amigo/a algo que te molesta de su comportamiento.

- Plantea cuatro tipos de situaciones en las que crees necesario expresar desacuerdo y explica como lo harías.

Para facilitar la supervisión y registro de las cuatro primero tareas, se empleará la hoja de registro. Para la última tarea, se utilizará el cuaderno. Todas estas tareas serán revisadas y corregidas en la sesión próxima.

f) Revisión de la tarea

Para corregir las dos primeras tareas, se inspeccionará la hoja de registro de cada sujeto. Sin embargo, para la corrección de la última, se supervisará el cuaderno del participante. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Área	Sesión 15 y 16: Decir no y cortar las interacciones
Decir no y cortar las interacciones	
Objetivo General	<ul style="list-style-type: none">• Conseguir que los participantes aprendan a decir que no y sepan cortar las interacciones en las situaciones oportunas.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Señalar las ventajas de decir que no cuando lo necesitas.• Exponer las desventajas de no saber decir que no.• Señalar las ventajas de cortar una interacción.• Señalar las desventajas de aceptar una interacción no deseada.• Explicar en qué situaciones es adecuado decir que no y cortar la interacción.• Enseñar a cómo decir que no y corta una interacción de modo adecuado <p>a) Instrucción verbal: Exposición de las habilidades “Decir que no y cortar las interacciones”:</p> <p>Se presenta mediante una exposición en power point las habilidades “decir que no y cortar las interacciones” y se explica a los participantes brevemente en qué consisten, los beneficios de tenerlas y las desventajas de carecer de ellas. Asimismo, se exponen ejemplos de cómo y en qué situaciones se ha de decir que no y cortar las interacciones y en cuáles no. También se ejemplifica en qué momentos y porqué razones se han de rechazar algunas peticiones. Dentro de esta dinámica, se solicita a los participantes que participen aportando ideas,</p>

así como relatando experiencias positivas y negativas de poner en práctica estas habilidades, identificando la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de las mismas.

Finalmente, el instructor ofrece a los participantes pasos específicos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de ser explicados brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Determinar qué se necesita decir que no y cortar la interacción y a qué persona se lo vamos a decir.

2. Decir que no de forma correcta, con expresiones verbales y no verbales adecuadas, agradeciendo de entrada la acogida y actitud de la otra persona.

Actividades 3. Exponer a la otra persona que no se puede mantener la comunicación. Excusarse y disculpase.

4. Si se estima, expresar a la otra persona que en otro momento puede realizarla.

5. Despedirse cordialmente, si se estima resaltando algo positivo de la otra persona.

- b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben decir que no y cortar las interacciones. El instructor y otro participante que posea las habilidades, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para decir que no y cortar las interacciones de manera adecuada. Durante la puesta en práctica de los pasos, el instructor los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Decirle a un amigo que no le prestaras tus apuntes de clase.
 - Rechazas la invitación de un amigo que te pide que pasen juntos el fin de semana.
 - Decirle a tu hermano que no le prestaras una prenda
 - Un amigo te pide que le prestes el libro de inglés porque ha perdido el suyo y mañana tienes un examen. Tienes que rechazar la petición y cortar la comunicación porque tienes que ir a estudiar.
-

- Un amigo te pide que le ayudes en unos ejercicios para el día siguiente. Tú cortas la comunicación porque no tienes tiempo ya que tienes mucha tarea atrasada.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Se intercambiarán los papeles.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing el guía irá rotando por cada pareja de modo que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, ayudando a mejorar a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar las habilidades, compartiendo que aspectos les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

Por último, el guía ofrecerá una serie de fórmulas verbales y no verbales adecuadas para decir que no y cortar las interacciones.

e) Tareas

Como tarea se les pide que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Rechazar peticiones de amigos/as que no consideres oportunas realizar.
- Interrumpir la comunicación con al menos tres amigos/as.
- Decir que no cuando te pide un favor un/a conocido/a con quién no tienes mucha confianza.
- Decir que no a favores que te piden dos familiares.
- Decir que no a un favor que te pide tu mejor amigo/a.
- Cortar la comunicación con un familiar.

Para facilitar la supervisión y registro de las tareas, al mismo tiempo que el participante pueda autoevaluar sus avances, es importante que se emplee la hoja de registro. Esta será revisada y corregida en la sesión próxima.

f) Revisión de la tarea

Se inspeccionará la hoja de registro de cada sujeto. Sin embargo, para la corrección de la última, se supervisará el cuaderno del participante. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Área

Sesión 17 y 18: Pedir y negar favores

Hacer y negar peticiones

Objetivo General

- Conseguir que los participantes aprendan a pedir favores y negarse a hacerlos en las situaciones oportunas.

Objetivos Específicos

- Señalar las ventajas de pedir favores cuando lo necesitas.
- Exponer las desventajas de no pedir favores.
- Señalar las ventajas de negar ciertas peticiones.
- Señalar las desventajas de aceptar todas las peticiones.
- Explicar en qué situaciones es adecuado pedir favores; y en cuáles es adecuado negar peticiones.
- Enseñar a cómo pedir y negar favores de modo adecuado

a) Instrucción verbal: Exposición de las habilidades “Pedir y Negar favores”:

Se presenta mediante una exposición en power point las habilidades “pedir y negar favores” y se explica a los participantes brevemente en qué consisten, los beneficios de tenerlas y las desventajas de carecer de ellas. Asimismo, se exponen ejemplos de cómo y en qué situaciones se han de pedir favores y en cuáles no. También se ejemplifica en qué momentos y por qué razones se han de rechazar algunas peticiones. Dentro de esta dinámica, se solicita a los participantes que participen aportando ideas, así como relatando experiencias positivas y negativas de poner en práctica estas habilidades, identificando la razón de porqué resultado satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica de las mismas.

Finalmente, el instructor ofrece a los participantes pasos específicos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de ser explicados brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos
-

1. Determinar qué se necesita pedir un favor y a qué persona se lo vamos a pedir.

2. Formular la petición de forma correcta, con expresiones verbales y no verbales adecuadas, agradeciendo de entrada la acogida y actitud de la otra persona.

Actividades

3. Agradecer cordialmente el favor que nos han hecho, resaltando algo positivo de la otra persona.

Posteriormente, se explican y entregan los pasos para rechazar peticiones:

1. Exponer a la otra persona que no se puede hacer la petición. Excusarse y disculparse.

2. Si se estima, expresar a la otra persona que en otro momento puede realizarla.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben pedir favores y rechazar peticiones. El instructor y otro participante que posea las habilidades, se encargan de modelar en diversas situaciones las conductas para pedir favores y rechazarlos de manera adecuada. Durante la puesta en práctica de los pasos, el instructor los va explicando en voz alta.

Ejemplos para Modelado

- Pides a un amigo que te preste sus apuntes de clase.
- Rechazas la petición de un amigo que te pide que le dejes prestado para el fin de semana una prenda que tú quieres usar.
- Pides a tu hermano que te preste un polo.
- Un amigo te pide que le prestes el libro de matemáticas porque ha perdido el suyo y mañana tienes un examen. Tienes que rechazar la petición.
- Un amigo te pide que le ayudes en unos ejercicios para el día siguiente. Tú no tienes tiempo porque tienes mucha tarea atrasada. Rechazas el favor.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Se intercambiarán los papeles.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing el guía irá rotando por cada pareja de modo que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, ayudando a mejorar a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar las habilidades, compartiendo que aspectos les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas.

Por último, el guía ofrecerá una serie de fórmulas verbales y no verbales adecuadas para hacer peticiones, así como para rechazarlas.

e) Tareas

Como tarea se les pide que apliquen la habilidad aprendida en situaciones reales:

- Pedir favores a al menos tres amigos/as.
- Rechazar peticiones de amigos/as que no consideres oportunas realizar.
- Pedir un favor a un/a conocido/a con quién no tienes mucha confianza.
- Pedir favores a dos familiares.
- Pedir un favor a un/a vecino/a.
- Rechazar la petición de un familiar.

Para facilitar la supervisión y registro de las tareas, al mismo tiempo que el estudiante pueda autoevaluar sus avances, es importante que se emplee la hoja de registro. Esta será revisada y corregida en la sesión próxima.

f) Revisión de la tarea

Se inspeccionará la hoja de registro de cada sujeto. Sin embargo, para la corrección de la última, se supervisará el cuaderno del

participante. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Área **Sesión 19 y 20: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto**

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto

Objetivo General

- Lograr que los participantes aprendan a iniciar una interacción positiva con compañeros del sexo opuesto.

Objetivos Específicos

- Explicar aquellas situaciones en las que es propicio iniciar una conversación con el sexo opuesto.
- Señalar las ventajas de iniciar conversaciones de manera correcta con el sexo opuesto.
- Exponer las desventajas de no iniciar una conversación con el sexo opuesto.
- Enseñar a cómo iniciar una conversación con el sexo opuesto.

a) Instrucción verbal: Exposición de la habilidad “Iniciar conversaciones o interacciones con el sexo opuesto” y su discusión:

El instructor presenta mediante una exposición en power point la habilidad “iniciar conversaciones o interacciones con se sexo opuesto”, la cual se va a desarrollar y explicar brevemente en qué consiste. Resalta que es una habilidad que se usa frecuentemente, aunque a todo el mundo no le resulta sencillo ponerla en práctica.

Actividades

A continuación, habla de los beneficios de saber iniciar conversaciones con el sexo opuesto, así como de las desventajas que supone no saber hacerlo, la finalidad es que los participantes tomen conciencia de su importancia. Para ello, solicita la participación de los asistentes, empleando el procedimiento de “lluvia de ideas”, de modo que ellos mismos señalen las ventajas que creen que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Tras este procedimiento, el instructor establece una conclusión final, resaltando aquellas ideas más oportunas.

Seguidamente, el guía expresa que, a pesar de la utilidad de esta habilidad, no siempre es conveniente aplicarla. Para facilitar la comprensión de esto, presenta varios ejemplos de situaciones dónde es muy útil poner en práctica esta habilidad y ejemplos dónde no es conveniente aplicarla. Dentro de esta dinámica, solicita a los participantes que participen relatando experiencias positivas y

negativas de ponerla en uso. Además, les pide que identifiquen la razón de porqué resulto satisfactoria o desfavorable la puesta en práctica.

Finalmente, el guía ofrece a los participantes pasos específicos y consejos para poner en práctica la habilidad. Estos, además de explicarse brevemente, se reparten a cada sujeto en un folleto:

- Pasos

1. Decidir y/o encontrar a la persona del sexo opuesto con la que se quiere hablar.

2. Elegir el contexto (lugar y momento) adecuado.

3. Determinar el tema sobre el que se va a iniciar la conversación.

4. Acercarse a esa persona y mantener el lenguaje no verbal adecuado (establecer contacto ocular, sonreír...).

5. Saludarla (si es conocida) o presentarse (si es desconocida).

6. Decir algo que ayude a iniciar la interacción y hacerlo de tal forma que sea muy probable que la otra persona responda positiva y agradablemente.

7. Utilizar una conducta no verbal acorde con el mensaje verbal (entonación, expresión facial, gestos, proximidad).

- Consejos

- Sé positivo/a (no elijas un tema negativo para iniciar una conversación, pues, normalmente la gente estará menos receptiva y más si estás en una situación relajada o de ocio).

- Sé directo/a (no mires al techo o digas las cosas “al aire”, para ver si la otra persona las “caza al vuelo”), dirígete a la persona.

- Usa el sentido del humor y sácale partido (la gente que te hace reír, de entrada resulta más agradable).

- Pregúntate a ti mismo/a como responderías a esa iniciación, si te resultaría agradable o por el contrario desagradable o intrusiva.

- Haz preguntas con finales abiertos, si das opciones a contestar sólo con monosílabos será mucho más complicado mantener la conversación.

- Insiste (pero no seas pesado/a), si no obtienes contestación “a la primera”, no te rindas antes de comenzar.

-
- Sonríe y mira a la persona.
 - Acostúmbrate a saludar con una sonrisa.
 - Procura no resultar brusco/a ni intimidar.

b) Modelado

En esta parte, se pretende que los participantes aprendan la manera correcta en la que deben iniciar conversaciones. El guía, se encarga de modelar las conductas y habilidades necesarias para iniciar una interacción con otro participante. Para ello, sigue los pasos específicos para poner en práctica la habilidad mientras los va explicando en voz alta. Va poniendo ejemplos de inicio de conversaciones en diversas situaciones.

Ejemplos para Modelado

- En una fiesta ves a una persona atractiva del sexo opuesto a quién te gustaría conocer.
- De camino a casa, coincides con un compañero de clase con el que no tienes mucha relación, pero te gustaría hablar.
- Estás en el supermercado y te encuentras con alguien con quién coincides habitualmente y te gustaría conocer.
- Una persona atractiva del sexo opuesto llega nueva a clase y te gustaría hablar con él/ella.
- Te han invitado a una fiesta dónde no conoces a nadie y te gustaría acercarte a alguien para hablar.
- La persona que te gusta está sentada al lado tuya en el autobús.

c) Role-playing

Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imite las conductas que ha observado anteriormente durante el modelado. Cada pareja se intercambiará los papeles, de modo que ambos componentes representarán al sujeto que inicia la conversación.

d) Retroalimentación y reforzamiento

Durante el role-playing, el instructor irá rotando por cada pareja, de manera que pueda ofrecerles la retroalimentación oportuna, dando ayuda a aquellos que no lo hacen bien y reforzando a los que sí. Es importante que los mismos participantes que intervienen en la práctica se proporcionen reforzamiento y feedback.

Una vez finalizado el role-playing, algunas parejas expondrán su experiencia de practicar la habilidad, compartiendo que aspectos de esta les han resultado más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. Los demás, escuchan y aportan los consejos e ideas oportunas. Por último, el instructor expondrá una serie de temas tópicos útiles para iniciar conversaciones, así como formulas verbales que faciliten el inicio de la interacción.

e) Tareas

Como tarea, se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:

- Inicia una interacción con al menos cuatro desconocidos del sexo opuesto.

- Inicia una conversación con un/a vecino/a de tu barrio del sexo opuesto.

- Inicia una conversación con un adulto del sexo opuesto.

- Inicia una conversación con al menos 4 personas atractivas del sexo opuesto.

En la sesión 20, se revisa la tarea de la sesión anterior y se realiza un repaso general de todas las habilidades asertivas para la interacción social aprendidas durante el programa “Entrenándome para disfrutar”.

ANEXO F.2: Validación por expertos del Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Entrenándome para disfrutar”

[Adaptación para pacientes con anorexia y bulimia en base al programa para el desarrollo de las habilidades sociales de Torres (2014)]

Para hallar la validez de contenido del Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Entrenándome para disfrutar”, adaptado a pacientes con anorexia y bulimia nerviosa en base al programa para el desarrollo de habilidades sociales de Torres (2014), se utilizó el método de Juicio de Expertos, el cual presenta una opinión informada de personas con experiencia y trayectoria en la temática y que están capacitados para dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar & Cuervo, 2008). Así mismo, se utilizó el coeficiente de V de Aiken (Aiken, 1985) el cual permite cuantificar la relevancia de los ítems, en este caso sesiones, respecto del contenido, a partir de la valoración de una cantidad N de jueces. Dicho coeficiente puede arrojar valores entre 0 y 1, valorando como mayor validez los ítems que puntúen cerca de 1 (Escrura, 1988; Robles, 2018).

Ahora bien, se contó con la colaboración de un total de 5 expertos en psicología clínica, especialistas en el abordaje de trastornos de la conducta alimentaria, quienes actualmente realizan su práctica profesional diaria en instituciones especializadas en el tratamiento de dichos cuadros, los cuales evaluaron la validez de contenido del programa mediante sus objetivos, sesiones, actividades y la metodología aplicada, a través de los criterios de relevancia, claridad y coherencia; asimismo, al final se pidió puedan validar el programa de forma integral contestando si aprobaban el contenido del mismo para ser empleado en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa en la institución respectiva.

El programa empleado puede revisarse de forma más amplia en los formatos elaborados como protocolo para los jueces. Asimismo, en las Tablas 15, 16 y 17 se expone las respuestas de los jurados y la cuantificación de las mismas a fin de obtener el Índice de validez de contenido, mediante el coeficiente V de Aiken.

De esta forma, una vez realizada la evaluación de los criterios por los jueces, con el objetivo de validar el contenido del programa, se procedió a elaborar la tabla (véase Tabla 15) de respuestas en función a los tres criterios propuestos (Claridad, relevancia y coherencia), luego de ello se cuantificó las respuestas (véase Tabla 16), para así establecer por jurado si aprobaban

cada una de las sesiones, ello permitió obtener el Índice de validez de contenido (IVC), mediante el coeficiente V de Aiken (Tabla 18). Los resultados de la evaluación de expertos, arrojaron una puntuación de 1 en todas las actividades de cada sesión, lo cual confirmó que el contenido del programa es claro, relevante y coherente para ser aplicado en la población objetivo, mostrando evidencia de validez de contenido mediante juicio de expertos (véase Tablas 17 y 18). Cabe mencionar que según lo sugerido por Escurra (1988) cuando se tiene 5 jueces se necesita un completo acuerdo entre ellos para que el ítem o sesión sea válido a un nivel de significación estadística menor a .05 (Tabla 18). Finalmente, los 5 jueces valoran el programa en su conjunto como válido para ser aplicado en población con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, ante esta pregunta al final del protocolo, lo que confirma lo hallado en los Índices de validez de contenido, de donde se desprende que el programa de intervención presenta validez para ser aplicado en la población objetivo.

PROTOCOLO PARA JUECES

Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar”

Respetado Juez:

Agradezco su colaboración en esta investigación. La tarea que se le solicita es revisar el Programa de Intervención en habilidades asertivas para la interacción social “Preparándonos para disfrutar” debajo detallado y responder si cada una de las actividades desarrolladas corresponde a los objetivos, si las técnicas usadas corresponden a las actividades y la metodología empleada corresponde a la técnica, además responda al finalizar si considera que el contenido del programa puede ser usado en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa en una clínica especializada de Lima Metropolitana.

Para ello se le pide responder los siguientes con un “Si” o “No” considerando los siguientes criterios:

- ❖ Claridad: La sesión ha sido redactado en forma clara.
- ❖ Relevancia: La sesión es relevante en su objetivo, técnica, actividad y metodología.
- ❖ Coherencia: La sesión es coherente en su objetivo, técnica, actividad y metodología.

También puede colocar observaciones y/o sugerencias en la parte inicial de cada sesión.

Muchas gracias por su valioso aporte.

Presentado por: Bach. Diana Pacheco Ponce

Nombre del juez: _____

Especialidad: _____

Centro de trabajo: _____

Cargo: _____

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES ASERTIVAS PARA LA
INTERACCIÓN SOCIAL
“ENTRENÁNDOME PARA DISFRUTAR”**

Ficha Técnica:

Nombre: Programa de intervención cognitivo conductual para las habilidades asertivas “Entrenándome para disfrutar”.

Autor(a): Diana Pacheco Ponce

Procedencia: Adaptación para pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, basada en el programa de habilidades sociales para adolescentes de Torres (2014).

Aplicación: Grupal en clínica de día.

Ámbito de aplicación: Pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa, que asisten a un centro especializado de Lima en el abordaje de trastornos de conducta alimentaria y trastornos asociados, “GABA”.

Duración: Conta de 20 sesiones grupales programado en 10 semanas, con una frecuencia semanal de dos sesiones, y una duración de 90 minutos aproximadamente cada una.

Finalidad: Incrementar las habilidades asertivas y disminuir los déficits sociales en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.

Lugar: Se requiere de un espacio físico con capacidad mínima para 30 personas, que cuente con una mesa, 30 sillas, apartado de posibles distractores físicos o auditivos.

Materiales: Televisor, usb, material didáctico (papelógrafo, plumones, folleto, fichas de registro, etc.)

Breve resumen: Cada una de las 20 sesiones ha sido diseñado para cubrir diversos aspectos de las habilidades asertivas para la interacción social, las cuales están enfocadas en las dimensiones propuestas por Gismero (2000):

- Autoexpresión en situaciones sociales (sesiones del 1-10)
 - Iniciar (sesión 1 y 2), mantener (sesión 3 y 4) y terminar conversaciones (sesión 5 y 6)
 - Expresar sentimientos y emociones (sesión 7 y 8)

Defender y expresar opiniones (sesión 9 y 10)

- Defensa de los propios derechos (sesión 11 y 12)
- Expresión de enfado y disconformidad (sesión 13 y 14)
- Decir no y cortar interacciones (sesión 15 y 16)
- Pedir y negar favores (sesión 17 y 18)
- Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (sesión 19 y 20)

Cada sesión introduce técnicas relacionadas al entrenamiento de componentes específicos de la habilidad asertiva, que permitan incrementar el repertorio conductual y pueda favorecer el desempeño social, convirtiéndolo en factor de mejora de las relaciones sociales y problemas interpersonales, disminuyendo la sintomatología, y el riesgo de complicar el cuadro, para así lograr un bienestar y calidad de vida. Las sesiones están conformadas por actividades específicas (exposición, dramatización, dinámica de grupo, lluvia de ideas, retroalimentación, tareas, y revisión de la tarea.). Para el presente programa, el control y regulación de la medicación dependerá de la prescripción del médico especialista tratante, integrante del equipo médico.

Descripción de la estructura de las sesiones:

Las sesiones presentan la siguiente estructura:

- a) **Instrucción verbal o Psicoeducación.** El terapeuta expone el concepto central de la sesión, un comportamiento asertivo específico. Los temas que se abordarán en las sesiones del programa son: Habilidades asertivas, iniciar, mantener y terminar una conversación, expresar sentimientos y emociones, defender y expresar opiniones, defensa de los propios derechos, expresión de enfado y disconformidad, decir no y cortar interacciones, pedir favores y negarlos, e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Finalmente se brinda material de apoyo (folletería).
- b) **Modelado.** El psicólogo a cargo modela y va resaltando las conductas y habilidades necesarias para entrenar las competencias sociales o asertivas específicas para la interacción social, junto a otro participante, mostrando diversas situaciones como ejemplos.

c) **Role-playing.** El encargado organiza parejas y se pide que imiten las conductas que se ha observado anteriormente durante el modelado, los miembros de la pareja intercambiarán roles de modo que ambas partes puedan practicar las habilidades expuestas, además, se les ofrecerá una variedad de situaciones distintas a fin de conseguir una generalización de las mismas.

d) **Retroalimentación y reforzamiento.** El Guía se dirigirá a cada pareja, para ofrecerles la retroalimentación necesaria, reforzando a los que va logrando realizar las conductas, y ayudando a quienes muestran dificultades; además se incentiva que entre compañeros de práctica se brinden refuerzo y feedback. Por último, las parejas exponen su experiencia de entrenar dicha habilidad, recibiendo feedback del grupo.

e) **Tarea.** Como tarea, se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales, llenando luego una hoja de registro, que será revisada y corregida en las siguientes sesiones.

f) **Revisión de tareas.** Se destinará 20 minutos a revisar tareas propuestas en la sesión previa. Para ello, se inspeccionará la hoja de registro de tareas de cada sujeto de manera individual. Además, algunos participantes relatarán sus experiencias de poner en práctica la habilidad durante la semana.

Durante el proceso de intervención se va modelando y moldeando el repertorio conductual del participante con un conjunto de estrategias asociadas con la práctica constante de las habilidades asertivas, las mismas que buscan el entrenamiento permanente en factores claves en esta población que limita la interacción social, y se vuelve en componentes que mantienen a sintomatología, lo cual va en detrimento de su evolución, alargando el tiempo de intervención. Así dichas estrategias buscan que las habilidades asertivas se conviertan en un factor de protección y facilitador del progreso en el tratamiento, insertándose favorablemente en su vida social.

Secuencia conductual y procedimientos de aplicación

SESIÓN ETAPA	1 y 2	3 y 4	5 y 6	7 y 8	9 y 10	11 y 12	13 y 14	15 y 16	17 y 18	19 y 20
Revisión tareas	Presentación del programa. Sesión 2: 20' revisión de tareas sobre inicio de conversación. Registros y relato de experiencias	20' para revisión de tareas previas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas previas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas previas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas asignadas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas asignadas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas asignadas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas asignadas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas asignadas. Registros y relato de experiencias.	20' para revisión de tareas asignadas. Registros y relato de experiencias.
Instrucc. verbal	Exposición de las habilidades asertivas en general, y de Iniciar conversaciones.	Exposición de la habilidad para mantener conversaciones.	Exposición de la habilidad para finalizar conversaciones	Exposición de la habilidad para expresar sentimientos y emociones	Exposición de la habilidad para expresar y defender opiniones	Exposición de la habilidad para defender los propios derechos	Exposición de la habilidad para expresar enfado y disconform.	Exposición de la habilidad para decir no y cortar interacciones.	Exposición de la habilidad para pedir y negar favores.	Exposición de la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto.
Modelado	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para iniciar una interacción con otro participante	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para mantener una interacción con otro participante	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para finalizar una interacción con otro participante.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para expresar sentimientos y emociones.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para expresar y defender opiniones con otro participante.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para defender los propios derechos con otro participante.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para expresar enfado y disconform. con otro participante.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para decir no y cortar interacciones con otro participante.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para pedir y negar favores con otro participante.	Terapeuta modela y va resaltando conductas y habilidades necesarias para iniciar interacciones con el sexo opuesto. con otro participante.

Role-playing	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.	Trabajo en parejas, imitar conductas del modelo, se intercambia roles.
Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback de pareja y grupo	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback	Especialista da retroalimentación por pareja, refuerza y ayuda en caso de dificultades. Feedback
Tareas	Se da situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro	Se propone situaciones reales para poner en práctica la habilidad entrenada. Se brinda hoja de registro

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES ASERTIVAS PARA LA INTERACCIÓN SOCIAL
“ENTRENÁNDOME PARA DISFRUTAR”

Sesión 1 “Iniciar conversaciones o interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a iniciar una conversación con otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar aquellas situaciones en las que es propicio iniciar una conversación. Señalar las ventajas de 	Psicoeducación Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento	<p>1. Presentación (10’): se realiza la presentación de taller y de los objetivos del programa “Entrenándome para disfrutar” y se brinda la Psicoeducación del concepto de habilidades asertivas para la interacción social.</p> <p>2. Tema (15’): Exposición del terapeuta de la habilidad para iniciar conversaciones o interacciones, identificando situaciones propicias, ventajas y desventajas de su práctica incentivando la expresión de ideas de los participantes. Se establece conclusiones finales, tomando las ideas más oportunas.</p> <p>3. Dinámica “Sabías que...”(15’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones.</p>	Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb	Registro conductual						

<p>iniciar conversaciones de manera correcta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exponer las desventajas de no iniciar una conversación. • Enseñar a cómo iniciar una conversación. 		<p>El terapeuta brinda un listado de pasos y consejos para facilitar su práctica.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para iniciar la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando un ejemplo: - De camino a casa, coincides con un compañero de clase y te gustaría hablarle.</p> <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de iniciar una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Por último, se expone una serie de temas tópicos y formulas verbales que faciliten el inicio de la interacción.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales: - Iniciar conversación con un amigo. - Iniciar conversación con un vecino de tu barrio.</p>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 2 “Iniciar conversaciones o interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a iniciar una conversación con otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a cómo iniciar una conversación. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre inicio de conversación en situaciones reales: - Iniciar conversación con un amigo. - Iniciar conversación con un vecino de tu barrio.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para iniciar la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos: - Estas en el supermercado y te encuentras con alguien con quien coincides habitualmente y te gustaría conocer. - La persona que te gusta está sentada al lado tuyo en el autobús. - Te han invitado a una fiesta donde no conoces a nadie y te gustaría acercarte a alguien para hablar.</p> <p>3. Trabajo de grupo (30’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>para practicar la habilidad de iniciar una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Por último, se expone una serie de temas tópicos y formulas verbales que faciliten el inicio de la interacción.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar una conversación con un adulto. - Iniciar una interacción con al menos cuatro desconocidos (dos chicas y dos chicos). 								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 3 “Mantener conversaciones o interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que los participantes aprendan a mantener una conversación con otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar aquellas situaciones en las que es propicio mantener una conversación. • Señalar las ventajas de mantener conversaciones 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre inicio de conversación en situaciones reales: - Iniciar una conversación con un adulto. - Iniciar una interacción con al menos cuatro desconocidos (dos chicas y dos chicos). Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta de la habilidad para mantener conversaciones o interacciones, identificando situaciones propicias, ventajas y desventajas de su práctica incentivando la expresión de ideas de los participantes. Se establece conclusiones finales, tomando las ideas más oportunas.</p> <p>3. Dinámica “Sabías que...”(10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones. El terapeuta brinda un listado de pasos para facilitar su práctica.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<p>de manera correcta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exponer las desventajas de no mantener una conversación. • Enseñar a cómo mantener una conversación. 		<p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para mantener la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestar atención y dar señales de escucha activa a una persona que te está hablando sobre un tema. - Hacer preguntas a la persona sobre el tema que está hablando. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de mantener una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Por último, se expone una serie de preguntas útiles que los participantes podrían hacer a la otra persona para mostrarse interesados en la conversación, así como algunas formas adecuadas de responder a lo que piensan.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haz preguntas al menos a 5 personas sobre sus aficiones. - Pide información a un amigo sobre un tema interesante. 								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 4 “Mantener conversaciones o interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que los participantes aprendan a mantener una conversación con otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a cómo mantener una conversación. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre mantener una conversación en situaciones reales: - Haz preguntas al menos a 5 personas sobre sus aficiones. - Pide información a un amigo sobre un tema que te interese.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para mantener la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos: - Prestar atención y dar señales de escucha activa a una persona atractiva del sexo opuesto que te está hablando sobre un tema. - Hacer preguntas a esa persona sobre el tema que está hablando. - Responder preguntas dando nuestra opinión sobre el tema. - Tomar y ceder la palabra. - Cambiar de tema en la conversación.</p> <p>3. Trabajo de grupo (30’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de mantener una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Por último, se expone una serie de preguntas útiles que los participantes podrían hacer a la otra persona para mostrarse interesados en la conversación, así como algunas formas adecuadas de responder a lo que piensan.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantén una conversación larga con dos personas atractivas del sexo opuesto. - Escucha con interés a un/a amigo/a que te cuente algo. Posteriormente, hazle preguntas sobre ello. - Observa a gente de tu entorno mantener una conversación. Trata de determinar si lo hacen de modo correcto o no. Usar la hoja de registro. 								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 5 “Finalizar conversaciones o interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a finalizar una conversación de manera adecuada con otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a los participantes a reconocer aquellas situaciones en las que es propicio finalizar una conversación. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre mantener una conversación en situaciones reales: - Mantén una conversación larga con dos personas atractivas del sexo opuesto. - Escucha con interés a un/a amigo/a que te cuente algo. Posteriormente, hazle preguntas sobre ello. - Observa a gente de tu entorno mantener una conversación. Trata de determinar si lo hacen de modo correcto o no. Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta de la habilidad para finalizar conversaciones o interacciones, identificando situaciones propicias, ventajas y desventajas de su práctica incentivando la expresión de ideas de los participantes. Se establece conclusiones finales, tomando las ideas más oportunas.</p> <p>3. Dinámica “Sabías que...”(10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones. El terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<ul style="list-style-type: none"> • Señalar las ventajas de finalizar conversaciones cuando no se desean seguir. • Exponer las desventajas de no finalizar una conversación. • Enseñar a cómo finalizar una interacción de modo adecuado. 		<p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para finalizar la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te encuentras por la calle con la persona que te gusta y se quedan unos minutos hablando, a ti te gustaría seguir hablando pero estás tarde y tienes que marcharte. - La conversación con un amigo se te está haciendo aburrida y quieres finalizarla. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de finalizar una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Por último, se expone una serie de fórmulas verbales y no verbales adecuadas para la finalización de conversaciones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finaliza una conversación que no te apetece continuar con un/a amigo/a. - Corta una conversación con alguien con quien no quieres hablar - Termina una conversación con un familiar. 								
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 6 “Finalizar conversaciones o interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a finalizar una conversación de manera adecuada con otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a cómo finalizar una interacción de modo adecuado. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre finalizar una conversación en situaciones reales: - Finaliza una conversación que no te apetece continuar con un/a amigo/a. - Corta una conversación con alguien con quien no quieres hablar. - Termina una conversación con un familiar.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para finalizar la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos: - Un chico de clase que no te cae bien comienza a hablarte, tú prefieres cortar la interacción. -Tu amigo te llama por teléfono en un momento en el que estás ocupado en otra actividad. -Estás en una fiesta hablando con una persona atractiva del sexo opuesto, pero se te hace tarde y tienes que regresar a casa, así que te despides de ella.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>- Un vendedor que te ofrece un producto se vuelve insistente para que se lo compres, tú quieres finalizar la conversación.</p> <p>3. Trabajo de grupo (30'): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de mantener una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15'): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finaliza una conversación interesante con -un/a amigo/a. - Termina una conversación con una persona atractiva del sexo opuesto. - Termina una conversación con la persona que te gusta. 							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 7 “Expresar sentimientos y emociones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a expresar de manera adecuada sus sentimientos en situaciones interpersonales. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Hacer que discriminen entre sentimientos positivos y negativos. Favorecer la identificación de la causa de sus sentimientos. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre finalizar una conversación en situaciones reales: - Finaliza una conversación interesante con un/a amigo/a. - Termina una conversación con una persona atractiva del sexo opuesto - Termina una conversación con la persona que te gusta. Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta de la habilidad para expresar sentimientos y emociones de manera apropiada en situaciones interpersonales, identificando sentimientos positivos y negativos, la causa de sus sentimientos, ventajas de expresar, desventajas de no expresar y cómo hacerlo, además de situaciones y con qué personas es adecuado manifestar los sentimientos. Se establece conclusiones finales, tomando las ideas más oportunas.</p> <p>3. Dinámica “Sabías que...”(10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones. El</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<ul style="list-style-type: none"> • Señalar las ventajas de expresar sentimientos. • Exponer las desventajas de no expresar las emociones. • Explicar en qué situaciones y con qué personas es adecuado expresar los sentimientos. • Enseñar a cómo expresar sentimientos de modo adecuado. 		<p>terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para expresar emociones y sentimientos en la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos: - Estás muy contento/a porque has recibido una buena noticia y quieres contárselo a un amigo. - Quieres decirle a la persona de tus sueños que te gusta. - Estás preocupado/a porque la relación con un amigo está más distante y quieres manifestarle tu preocupación.</p> <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar sentimientos y emociones. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le da ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales: - Expresar sentimientos negativos y positivos a 3 personas. - Expresar a un/a amigo/a algo que te molesta de su comportamiento.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 8 “Expresar sentimientos y emociones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a expresar de manera adecuada sus sentimientos en situaciones interpersonales. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Hacer que discriminen entre sentimientos positivos y negativos. Explicar en qué situaciones y con qué personas es 	<p>Instrucción verbal</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Modelado</p> <p>Role-playing</p> <p>Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar sentimientos y emociones en una conversación en situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresar sentimientos negativos y positivos a 3 personas. - Expresar a un/a amigo/a algo que te molesta de su comportamiento. <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para expresar los sentimientos y emociones en la interacción con otro participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un amigo ha hablado mal de ti a tus espaldas, estás molesto/a con él y quieres que lo sepa. - Te has enfadado /a con tu pareja porque ha llegado tarde a la cita, quieres manifestarle tu enfado. - Quieres hacer un halago a una persona atractiva del sexo opuesto. - Has perdido tu celular y estás muy preocupado/a, necesitas contárselo a un amigo. 	<p>Sillas</p> <p>Mesa</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Plumones</p> <p>Pizarra</p> <p>Hojas bond</p> <p>Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

<p>adecuado expresar los sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a cómo expresar sentimientos de modo adecuado. 		<p>3. Trabajo de grupo (30’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar sentimiento y emociones en una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di un cumplido al menos a 3 personas atractivas del sexo opuesto. -Escribir una lista al menos 7 estados emocionales propios que sientas durante la semana y compártelos. 								
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 9 “Expresar y defender opiniones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a expresar y defender de manera adecuada sus opiniones ante otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Señalar la importancia de defender opiniones, así como respetar las de los demás. Explicar en qué tipo de situaciones es 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar sentimientos y emociones en una conversación en situaciones reales: - Di un cumplido al menos a 3 personas atractivas del sexo opuesto. -Escribir una lista al menos 7 estados emocionales propios que sientas durante la semana y compártelos.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta sobre la importancia de la habilidad para expresar y defender de manera apropiada sus opiniones ante otros compañeros, así como respetar las de los demás y el modo correcto de hacerlo, identificando las situaciones idóneas. Luego, se explora ventajas de expresar y desventajas de no expresar las opiniones.</p> <p>3. Dinámica “Debate” (10’): El terapeuta divide a los participantes en dos grupos y propone un tema de actualidad “Oversharing”. Un grupo de ellos debe manifestarse a favor y el otro en contra, otorgando los argumentos oportunos. El debate se finaliza con un acuerdo de</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<p>idóneo defender las opiniones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar las ventajas de expresar opiniones. • Exponer las desventajas de no expresar las opiniones. • Enseñar a cómo expresar y defender sus opiniones de modo adecuado 		<p>ambos respetando entre sí sus opiniones. El terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades pertinentes para expresar y defender las opiniones junto a dos participantes que posean la habilidad repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <p>- Tus amigos hablan acerca de una película que han estrenado hace poco en el cine. Tú quieres manifestar tu opinión.</p> <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por grupos de tres y se pide a cada grupo que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada grupo intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar y defender sus opiniones. El instructor irá rotando por cada grupo para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <p>- Opinar en diversas situaciones y con distintas personas sobre, al menos, 2 temas con los que estés en desacuerdo y otros 2 con los que estés a favor.</p>								
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 10 “Expresar y defender opiniones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a expresar y defender de manera adecuada sus opiniones ante otros compañeros. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a cómo expresar y defender sus opiniones de modo adecuado 	<p>Instrucción verbal</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Modelado</p> <p>Role-playing</p> <p>Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar y defender opiniones en una conversación en situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Opinar en diversas situaciones y con distintas personas sobre, al menos, 2 temas con los que estés en desacuerdo y otros 2 con los que estés a favor. <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta y algunos participantes modelan las conductas y habilidades necesarias para expresar y defender opiniones en una conversación repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tu pareja quiere cenar contigo en un restaurante que a ti no te gusta y quieres que tenga en cuenta tu opinión. Tus amigos planean hacer algo para el fin de semana que a ti no te apetece y quieres que tengan en cuenta tu opinión. Tu amigo te lleva la contraria en un tema que tú tienes muy claro. Quieres explicarle y aclararle tu opinión. <p>3. Trabajo de grupo (30’): Se organizan por pequeños grupos y se pide que imiten las conductas observadas</p>	<p>Sillas</p> <p>Mesa</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Plumones</p> <p>Pizarra</p> <p>Hojas bond</p> <p>Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>durante la dramatización. Cada grupo intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar y defender opiniones en una conversación. El instructor irá rotando por cada grupo para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales: - Opinar en diversas situaciones y con distintas personas sobre, al menos, 2 temas con los que estés en desacuerdo y otros 2 con los que estés a favor.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 11 “Expresar y defender los propios derechos en diversos ámbitos”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr que los participantes expresen y defiendan sus derechos de manera adecuada en aquellas situaciones en las que se precisa. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar las ventajas de defender los derechos. • Exponer las desventajas de no defender los derechos. • Explicar en qué situaciones es necesario defender los derechos. • Enseñar a cómo expresar y defender los derechos de modo adecuado. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar y defender opiniones en una conversación en situaciones reales: - Opinar en diversas situaciones y con distintas personas sobre, al menos, 2 temas con los que estés en desacuerdo y otros 2 con los que estés a favor. Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta sobre la importancia de la habilidad de defender derechos ante otros compañeros de manera asertiva en diversas situaciones, así como respetar los de los demás, identificando las situaciones idóneas. Luego, se explora ventajas de defender los propios derechos y desventajas de no defenderlos.</p> <p>3. Dinámica “Sabías que...”(10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones, luego se establecen conclusiones con las ideas más oportunas. El terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades pertinentes para defender los derechos junto a dos participantes que posean la habilidad repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un amigo te pide que le hagas un trabajo porque a ti se te da mejor y tú no quieres. - En el cine, un grupo de personas sentadas cerca de ti no paran de hablar y no puedes escuchar bien la película. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por grupos de tres y se pide a cada grupo que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada grupo intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar y defender sus derechos. El instructor irá rotando por cada grupo para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da tres quejas y tres negativas en situaciones que lo requieran. - Ofrece una negativa a un/a amigo/a que te pide algo que no deseas hacer. 								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 12 “Expresar y defender los propios derechos en diversos ámbitos”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes expresen y defiendan sus derechos de manera adecuada en aquellas situaciones en las que se precisa. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a cómo expresar y defender los derechos de modo adecuado. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar y defender derechos en una conversación en situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da tres quejas y tres negativas en situaciones que lo requieran. - Ofrece una negativa a un/a amigo/a que te pide algo que no desees hacer. <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta y algunos participantes modelan las conductas y habilidades necesarias para expresar y defender derechos en una conversación repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un amigo te pide que le prestes dinero y tú no consideras adecuado hacerlo. - Tu madre te insiste para que cambies la ropa que llevas puesta. - El vendedor de una tienda te ha devuelto mal el cambio y te da menos dinero del que debe. 	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>- En una tienda te han vendido un producto defectuoso.</p> <p>3. Trabajo de grupo (30'): Se organizan por pequeños grupos y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada grupo intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar y defender derechos en una conversación. El instructor irá rotando por cada grupo para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15'): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales: - Elabora 7 situaciones imaginarias dónde no están respetando los derechos de un sujeto y propón la manera más adecuada para su defensa.</p>								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 13 “Expresión de enfado o disconformidad”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes expresen desacuerdo de manera adecuada en aquellas situaciones en las que se precisa. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer la importancia de expresar discrepancia sin dañar los derechos de los demás. Señalar las ventajas de 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar y defender derechos en una conversación en situaciones reales: - Elabora 7 situaciones imaginarias dónde no están respetando los derechos de un sujeto y propón la manera más adecuada para su defensa.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta sobre la importancia de la habilidad de expresar desacuerdos ante otros compañeros de manera asertiva en diversas situaciones, así como respetar los de los demás, identificando las situaciones idóneas. Luego, se explora ventajas de expresar enfado y desacuerdo y desventajas de no hacerlo.</p> <p>3. Dinámica “Tormenta de ideas (10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones, luego se establecen conclusiones con las ideas</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<p>mostrar desacuerdo en aquellas situaciones que lo requieran.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exponer las desventajas de no expresar nunca discrepancia. • Explicar en qué situaciones es necesario manifestar desacuerdo. • Enseñar a cómo manifestar desacuerdo de modo adecuado. 		<p>más oportunas. El terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades pertinentes para expresar desacuerdos junto a un participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un amigo expresa una opinión con la que estás muy en desacuerdo. -Un familiar cercano te molesta. -Un amigo llega una hora tarde a la cita pactada. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan en parejas y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de expresar desacuerdos. El instructor irá rotando por cada grupo para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresar disconformidad a dos personas desconocidas. - Manifestar desacuerdo con un familiar. 								
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 14 “Expresión de enfado o disconformidad”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes expresen desacuerdo de manera adecuada en aquellas situaciones en las que se precisa. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a cómo manifestar desacuerdo de modo adecuado. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar desacuerdos en una conversación en situaciones reales: - Expresar disconformidad a dos personas desconocidas. - Manifestar desacuerdo con un familiar.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta y un participante modelan las conductas y habilidades necesarias para expresar desacuerdos en una conversación repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos: -Un amigo al que le has prestado un libro, te lo devuelve con las páginas manchadas. -Mientras haces cola para coger el autobús un desconocido se te cuela. - El profesor de clase te pone en el examen una nota más baja de la que crees merecer.</p> <p>3. Trabajo de grupo (30’): Se organizan por parejas y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>practicar la habilidad de expresar desacuerdos en una conversación. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar discrepancia con al menos dos amigos/as. - Expresar a un/a amigo/a algo que te molesta de su comportamiento. - Plantea cuatro tipos de situaciones en las que crees necesario expresar desacuerdo y explica como lo harías. 								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 15 “Decir no y cortar las interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que los participantes aprendan a decir que no y sepan cortar las interacciones en las situaciones oportunas. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar las ventajas de decir que no cuando lo necesitas. • Exponer las desventajas de no saber decir que no. • Señalar las ventajas de 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de expresar enfado y disconformidad en una conversación en situaciones reales: - Mostrar discrepancia con al menos dos amigos/as. - Expresar a un/a amigo/a algo que te molesta de su comportamiento. - Plantea cuatro tipos de situaciones en las que crees necesario expresar desacuerdo y explica como lo harías. Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta sobre la importancia de la habilidad de decir que no y cortar las interacciones ante otros compañeros de manera asertiva en diversas situaciones, los beneficios de tenerlas y las desventajas de carecer de ellas, identificando las situaciones idóneas para decir que no y cortar las interacciones y en cuáles no hacerlas.</p> <p>3. Dinámica “Tormenta de ideas (10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones, luego se establecen conclusiones con las ideas</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<p>cortar una interacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar las desventajas de aceptar una interacción no deseada. • Explicar en qué situaciones es adecuado decir que no y cortar la interacción. • Enseñar a cómo decir que no y corta una interacción de modo adecuado 		<p>más oportunas. El terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades pertinentes para decir que no y cortar interacciones con un participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decirle a un amigo que no le prestaras tus apuntes de clase. - Rechazas la invitación de un amigo que te pide que pasen juntos el fin de semana. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan en parejas y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de decir que no y cortar la interacción. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechazar peticiones de amigos/as que no consideres oportunas realizar. - Interrumpir la comunicación con al menos tres amigos/as. 								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 16 “Decir no y cortar las interacciones”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que los participantes aprendan a decir que no y sepan cortar las interacciones en las situaciones oportunas. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué situaciones es adecuado decir que no y cortar la interacción. • Enseñar a cómo decir que no y corta una interacción de modo adecuado 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de decir que no y cortar interacciones en una conversación en situaciones reales: - Rechazar peticiones de amigos/as que no consideres oportunas realizar. - Interrumpir la comunicación con al menos tres amigos/as. Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta y un participante modelan las conductas y habilidades necesarias para decir no y cortar las interacciones en una conversación repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos: - Decirle a tu hermano(a) que no le prestaras una prenda. - Un amigo te pide que le prestes el libro de inglés porque ha perdido el suyo y mañana tienes un examen. Tienes que rechazar la petición y cortar la comunicación porque tienes que ir a estudiar. - Un amigo te pide que le ayudes en unos ejercicios para el día siguiente. Tú cortas la comunicación porque no tienes tiempo ya que tienes mucha tarea atrasada.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>3. Trabajo de grupo (30'): Se organizan por parejas y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de decir que no y cortar la interacción. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15'): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decir que no cuando te pide un favor un/a conocido/a con quién no tienes mucha confianza. - Decir que no a favores que te piden dos familiares. - Decir que no a un favor que te pide tu mejor amigo/a. - Cortar la comunicación con un familiar. 								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 17 “Pedir y negar favores”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que los participantes aprendan a pedir favores y negarse a hacerlos en las situaciones oportunas. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señalar las ventajas de pedir favores cuando lo necesitas. • Exponer las desventajas de no pedir favores. • Señalar las ventajas de negar ciertas peticiones. • Señalar las desventajas de aceptar todas las peticiones. • Explicar en qué situaciones es adecuado pedir favores; y en cuáles es adecuado negar peticiones. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de decir no y cortar las interacciones en una conversación en situaciones reales: - Decir que no cuando te pide un favor un/a conocido/a con quién no tienes mucha confianza. - Decir que no a favores que te piden dos familiares. - Decir que no a un favor que te pide tu mejor amigo/a. - Cortar la comunicación con un familiar. Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta sobre la importancia de la habilidad de pedir y negar favores ante otros compañeros de manera asertiva en diversas situaciones, los beneficios de tenerlas y las desventajas de carecer de ellas, identificando las situaciones idóneas para pedir y negar favores y en cuáles no hacerlos.</p> <p>3. Dinámica “Tormenta de ideas (10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones, luego se establecen</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a cómo pedir y negar favores de modo adecuado 		<p>conclusiones con las ideas más oportunas. El terapeuta brinda pasos específicos para poner en uso la habilidad.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades pertinentes para pedir y rechazar peticiones con un participante repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pides a un amigo que te preste sus apuntes de clase. - Rechazas la petición de un amigo que te pide que le dejes prestado para el fin de semana una prenda que tú quieres usar. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan en parejas y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de pedir y negar favores. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir favores a al menos tres amigos/as. - Rechazar peticiones de amigos/as que no consideres oportunas realizar. 						
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 18 “Pedir y negar favores”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que los participantes aprendan a pedir favores y negarse a hacerlos en las situaciones oportunas. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué situaciones es adecuado pedir favores; y en cuáles es adecuado negar peticiones. • Enseñar a cómo pedir y negar favores de modo adecuado 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre la habilidad de pedir y negar favores en una conversación en situaciones reales: - Pedir favores a al menos tres amigos/as. - Rechazar peticiones de amigos/as que no consideres oportunas realizar.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta y un participante modelan las conductas y habilidades necesarias para pedir y negar favores en una conversación repasando los pasos recomendados y escenificando algunos ejemplos:</p> <p>- Pides a tu hermano que te preste un polo. - Un amigo te pide que le prestes el libro de matemáticas porque ha perdido el suyo y mañana tienes un examen. Tienes que rechazar la petición. - Un amigo te pide que le ayudes en unos ejercicios para el día siguiente. Tú no tienes tiempo porque tienes mucha tarea atrasada. Rechazas el favor.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

		<p>3. Trabajo de grupo (30'): Se organizan por parejas y se pide que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de pedir y negar un favor. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (15'): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones.</p> <p>5. Tareas (10): Se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir un favor a un/a conocido/a con quién no tienes mucha confianza. - Pedir favores a dos familiares. - Pedir un favor a un/a vecino/a. - Rechazar la petición de un familiar. 								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 19 “Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr que los participantes aprendan a iniciar una interacción positiva con compañeros del sexo opuesto. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar aquellas situaciones en las que es propicio iniciar una conversación con el sexo opuesto. Señalar las ventajas de iniciar conversaciones 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre pedir y negar favores en situaciones reales: - Pedir un favor a un/a conocido/a con quién no tienes mucha confianza. - Pedir favores a dos familiares. - Pedir un favor a un/a vecino/a. - Rechazar la petición de un familiar.</p> <p>2. Tema (10’): Exposición del terapeuta de la habilidad para iniciar conversaciones o interacciones con el sexo opuesto, identificando situaciones propicias, beneficios y desventajas de su práctica incentivando la expresión de ideas de los participantes. Se establece conclusiones finales, tomando las ideas más oportunas.</p> <p>3. Dinámica “Tormenta de ideas” (10’): El terapeuta facilita ejemplos de situaciones donde es muy útil y otras donde no es conveniente practicar esta habilidad. Se les pide a los participantes que brinden ejemplos de ambas situaciones. El terapeuta brinda un listado de pasos y consejos para facilitar su práctica.</p> <p>4. Dramatización (10’): El terapeuta modela las conductas y habilidades necesarias para iniciar la</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros Televisor usb</p>	<p>Registro conductual</p>						

<p>de manera correcta con el sexo opuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exponer las desventajas de no iniciar una conversación con el sexo opuesto. • Enseñar a cómo iniciar una conversación con el sexo opuesto. 		<p>interacción con otro participante del sexo opuesto repasando los pasos recomendados y escenificando un ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En una fiesta ves a una persona atractiva del sexo opuesto a quién te gustaría conocer. - De camino a casa, coincides con un compañero de clase con el que no tienes mucha relación, pero te gustaría hablarle. <p>5. Trabajo de grupo (20’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar la habilidad de iniciar una conversación con el sexo opuesto. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>6. Dinámica “Cierre” (10’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Por último, se expone una serie de temas tópicos y formulas verbales que faciliten el inicio de la interacción.</p> <p>7. Tareas (10’): Se le brinda ficha de registro y se les pide a los participantes que apliquen la habilidad aprendida en una serie de situaciones reales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar interacción con al menos 4 desconocidos del s.o. - Inicia una conversación con un/a vecino/a de tu barrio s.o - Inicia una conversación con un adulto del sexo opuesto. - Inicia una conversación con al menos 4 personas atractivas del sexo opuesto. 								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión 20 “Entrenándome para disfrutar”

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales	Evaluación	Claridad		Relevancia		Coherencia	
					Si	No	Si	No	Si	No
<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las habilidades asertivas y disminuir los déficits sociales en los pacientes. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la autoexpresión social: Iniciar, mantener y finalizar conversaciones. • Expresar sentimientos y emociones. • Defender o expresar opiniones. 	<p>Instrucción verbal Lluvia de ideas Modelado Role-playing Retroalimentación y Reforzamiento</p>	<p>1. Revisión tarea (20’): Se revisa registro de tareas y relato de experiencias sobre inicio de conversación con el sexo opuesto en situaciones reales: - Inicia una interacción con al menos cuatro desconocidos del sexo opuesto. - Inicia una conversación con un/a vecino/a de tu barrio del sexo opuesto. - Inicia una conversación con un adulto del sexo opuesto. - Inicia una conversación con al menos 4 personas atractivas del sexo opuesto.</p> <p>Se retroalimenta al grupo.</p> <p>2. Dramatización (15’): El terapeuta modela con un participante las conductas y habilidades necesarias para reforzar el aprendizaje de las habilidades asertivas: - Iniciar, mantener y finalizar una interacción - Expresar sentimientos y emociones. - Defender o expresar opiniones. - Expresar y defender derechos - Expresar enfado o disconformidad. - Decir no y cortar las interacciones.</p>	<p>Sillas Mesa Papelógrafos Plumones Pizarra Hojas bond Lápices o lapiceros</p>	<p>Registro conductual</p>						

<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la expresión de derechos en diversos ámbitos. • Trabajar la expresión de enfado o disconformidad. • Fomentar habilidades básicas de interacción social: decir no y cortar las interacciones. • Entrenar la habilidad de pedir y negar favores. • Abordar habilidades heterosociales. 		<p>- Pedir y negar favores. - Habilidades heterosociales. Para ello se pone dos situaciones de su entorno familiar y/o social.</p> <p>3. Trabajo de grupo (30’): Se organizan por parejas y se pide a cada pareja que imiten las conductas observadas durante la dramatización. Cada pareja intercambiará roles para practicar las habilidades asertivas para la interacción social. El instructor irá rotando por cada pareja para darles el feedback oportuno, ayudar a quien lo necesite y brindar el reforzamiento de la conducta meta, además de motivar a que los participantes se refuercen entre sí.</p> <p>4. Dinámica “Cierre” (25’): Se pide a los participantes compartir su experiencia del juego de roles identificando qué aspectos le resultaron más fáciles y cuáles creen que deben mejorar. El grupo escucha y aporta consejos e ideas oportunas que le permiten al terapeuta hacer las conclusiones. Cada participante se despide brindando sus comentarios de lo aprendido en el programa.</p>								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Finalmente, responda: ¿Considera que el contenido del Programa de intervención en habilidades asertivas para la interacción social puede ser utilizado en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa en una clínica especializada de Lima Metropolitana?

SÍ / NO

Muchas gracias por su valiosa contribución.

Tabla 15

Resultados de la evaluación directa de las 20 sesiones por criterio de jueces para el Programa de intervención “Preparádonos para disfrutar”

Criterio de Jueces	CLARIDAD					RELEVANCIA					COHERENCIA				
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Sesión 1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 5	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 6	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 7	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 9	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 10	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 11	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 12	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 13	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 14	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 15	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 16	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 17	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 18	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 19	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sesión 20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Tabla 16

Cuantificación de la evaluación de respuestas de jueces en las 20 sesiones del Programa de intervención “Preparándonos para disfrutar”

Criterio de Jueces	CLARIDAD					RELEVANCIA					COHERENCIA				
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Sesión 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sesión 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

1 = SI

0 = NO

Tabla 17

*Aprobación de las sesiones según opinión de expertos para el Programa de intervención
“Preparándonos para disfrutar”*

Criterio de	Aprobación de la sesión*				
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Sesión 1	1	1	1	1	1
Sesión 2	1	1	1	1	1
Sesión 3	1	1	1	1	1
Sesión 4	1	1	1	1	1
Sesión 5	1	1	1	1	1
Sesión 6	1	1	1	1	1
Sesión 7	1	1	1	1	1
Sesión 8	1	1	1	1	1
Sesión 9	1	1	1	1	1
Sesión 10	1	1	1	1	1
Sesión 11	1	1	1	1	1
Sesión 12	1	1	1	1	1
Sesión 13	1	1	1	1	1
Sesión 14	1	1	1	1	1
Sesión 15	1	1	1	1	1
Sesión 16	1	1	1	1	1
Sesión 17	1	1	1	1	1
Sesión 18	1	1	1	1	1
Sesión 19	1	1	1	1	1
Sesión 20	1	1	1	1	1

1 = SI

0 = NO

* Se aprueba la sesión si el experto dio un SI a los tres criterios, y No se aprueba en caso haya contestado negativamente a uno de los criterios a evaluar

Tabla 18

Índice de validez de contenido mediante el estadístico V de Aiken

Sesiones	V	P
1	1	.05
2	1	.05
3	1	.05
4	1	.05
5	1	.05
6	1	.05
7	1	.05
8	1	.05
9	1	.05
10	1	.05
11	1	.05
12	1	.05
13	1	.05
14	1	.05
15	1	.05
16	1	.05
17	1	.05
18	1	.05
19	1	.05
20	1	.05
Programa	1	.05