

# AUTOEFICACIA EN EL COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL DE MUJERES ADOLESCENTES CON INDICADORES DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Marcela Losantos Velasco” [\[\\*\]](#)  
y  
Bismarck Pinto Tapia  
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende encontrar la relación existente entre los indicadores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria y los niveles de autoeficacia en el comportamiento interpersonal.

Los trastornos de la conducta alimentaria, si bien fueron descritos en siglos pasados, han sido contemplados hasta épocas recientes como fenómenos extraños y poco frecuentes dentro de las patologías psiquiátricas. Esta situación ha ido cambiando de forma marcada en las últimas décadas por el aumento en su prevalencia especialmente en mujeres adolescentes de clase social media y media alta. Proporcionalmente, también se ha ido incrementando la investigación sobre estos temas; aunque aún resulta insuficiente dada la gravedad de las consecuencias que conllevan.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos utilizados en el DSM – IV para a descripción de estos trastornos:

*En la Anorexia Nerviosa el DSM-IV establece que:*

- A) Rechazo el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B) Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no ingiere alimentos en exceso o purgas (provocación de vómitos, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/ purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo ingiere alimentos de forma compulsiva o purgas.

*En la Bulimia nerviosa los criterios DSM IV establece:*

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - ingesta de alimento en un breve espacio de tiempo (periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación de vómito; un excesivo uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana por un periodo de 3 meses.
- D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tanto en la Anorexia como en la Bulimia, la preocupación por el peso y la figura son características primarias. La insatisfacción con el propio cuerpo y consigo mismo en general, tanto en el área interpersonal como el área intrapersonal, es una muestra del bajo grado de autoestima que presentan estos pacientes. La fijación por obtener un peso bajo y una delgadez ideal, intrínsecamente ligados a un deseo y a una búsqueda de satisfacción personal, se va convirtiendo paulatinamente en una necesidad que lleva, en la mayoría de los casos, a un callejón sin salida (Fernández, 1999).

Estas personas se convierten en prisioneras de sus propios comportamientos y de sus propias metas, porque alcanzar el peso ideal se convierte en un motivo de vida, lo cual conduce a un descuido paulatino de muchos aspectos de su vida tanto personal como social.

Existe una característica en común en ambos trastornos alimentarios y es la afectación que sufren las relaciones interpersonales de las personas que las padecen. Los pacientes con trastornos alimentarios que distorsionan o devalúan su apariencia aprenden a reducir su ansiedad evitando las situaciones que podían provocarla. Las restricciones sociales que se autoimponen, para no ser observadas ni juzgadas favorece una cierta fobia social. Cuando se relajan al no asistir a una reunión social aumenta la probabilidad de no asistir en un futuro puesto que este hecho es una de las cosas más gratificantes para ellas; por tanto, aumentan grandemente sus dificultades en la relación social.

El segundo concepto importante dentro de esta investigación es la autoeficacia en el comportamiento interpersonal. El concepto de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977, (En: Brody & Erhlichman, 2000) para explicar los resultados de los

estudios del efecto en el comportamiento de las observaciones de otras personas mientras realizaban acciones. Bandura intentó demostrar que los individuos que están expuestos a un modelo, tanto en una película cinematográfica como en la vida real, son capaces de ejecutar los actos realizados por los modelos.

Bandura notó que la tendencia de un observador a emular las acciones de un modelo parecía variar según las características del modelo. Bandura, en el mismo año, expuso que la tendencia a emular estaba influida por las creencias desarrolladas por el observador. Un niño que observa el comportamiento de un adulto puede pensar que los adultos son capaces de hacer muchas cosas que los niños no pueden hacer y, por lo tanto, el niño no puede desarrollar una creencia en su habilidad para realizar las acciones.

Este análisis remarca el papel de la autoeficacia. El aspecto fundamental de la teoría es la asunción de que las creencias en la autoeficacia controlan el comportamiento (Bandura, 1997). La gente suele realizar acciones que les conducen hacia las metas que creen que son capaces de conseguir; no realizan dichas acciones si creen que no son capaces de conseguirlas (Brody & Erhlichman, 2000).

La autoeficacia demuestra tener incidencia en varios aspectos del comportamiento como ser el aspecto laboral o profesional, el aspecto familiar y el aspecto de relacionamiento interpersonal. Es este último factor el que encuentra mayor relevancia en esta investigación. Las relaciones interpersonales son aquellas relaciones de interacción que se establecen entre dos o más personas.

La importancia del estudio del comportamiento interpersonal radica en que “una historia individual predominantemente marcada por interacciones exitosas con el medio social conduciría al individuo hacia un afianzamiento de su comportamiento social; y por el contrario, quien acumule experiencias de frustración, impotencia o fracaso, se volverá vulnerable a las ulteriores presiones de su medio social, con el consiguiente riesgo desestabilizador” (White, 1979., En: Roth, 1997, p. 29). Es esta desestabilización la que puede llevar a muchachas con relaciones interpersonales insatisfactorias, a recurrir a estrategias incorrectas para la búsqueda de aceptación social como ser la anorexia o la bulimia, en la idea de cubrir la expectativa social de delgadez corporal. Las relaciones interpersonales se constituyen en el marco concreto para la adaptación o inadaptación individual.

Las relaciones interpersonales son definidas como el conjunto de actividades intervinientes, conocimientos, valores y expectativas recíprocas que conforman el ambiente, clima o atmósfera de un grupo en el que se establece una fusión conjunta entre los roles de cada uno y la existencia de normas que regularizan el comportamiento de todos (Pelechano, 1996).

Dichas relaciones implican un cierto grado de habilidades, que se conocen justamente con el nombre de habilidades interpersonales.

Las habilidades interpersonales son definidas como la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada. Al mismo tiempo optimiza las ganancias y

minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona y mantiene la propia integridad y la sensación de dominio (Pelechano, 1996).

Las habilidades interpersonales se encuentran relacionadas a las expectativas de autoeficacia, en sentido de que un aumento en la autoeficacia, esto es un aumento la creencia de la capacidad para realizar una acción social, se asocia a una conducta autoinformada más habilidosa interpersonalmente y a una mayor calidad de actuación observable (Valerio y Stone, 1982).

Es justamente la importancia de la calidad de vida social la que induce en esta investigación a medir los niveles de autoeficacia interpersonal, esto es, la creencia que presentan las personas sobre su propia capacidad para relacionarse habilidosamente con su grupo de pares, ya que se cree que si las personas se perciben a sí mismas capaces de conseguir una interacción interpersonal exitosa no deberían recurrir a otro tipo de estrategias para alcanzar la aceptación social, como por ejemplo, la belleza física catalogada bajo la figura esbelta y delgada que buscan las personas que presentan Trastornos de Conducta Alimentaria o se encuentran en riesgo de desarrollarlos.

En Bolivia, la incidencia de este tipo de trastornos no es menos alarmante que en otros lugares. Un estudio estratificado, realizado por Freudenthal (2000) en seis colegios de la ciudad de La Paz con estudiantes mujeres del ciclo secundario, ha demostrado que un 28.3% del total de la población se encuentra dentro de la categoría de alto riesgo y un 8% presenta sintomatología clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Son todas estas razones las que llevaron a la realización del presente estudio, con la intención de hallar el nivel de relación existente entre la autoeficacia en el comportamiento interpersonal y los niveles de riesgo de presentar TCA, con el fin de confirmar en la autoeficacia un elemento predictor y a la vez preventivo que evite el desarrollo de este tipo de trastornos.

Este trabajo se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos: El Inventario de Evaluación de Comportamiento Interpersonal (IECI), de elaboración propia y el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI II (Garner, 1998) aplicados a 223 personas del sexo femenino cuyas edades oscilan entre los 13 y los 18 años, que se encuentran cursando desde octavo de primaria superior hasta cuarto de secundaria de un colegio privado de la zona sur de la ciudad de La Paz.

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI II tiene como objetivo la evaluación y diagnóstico de ciertos rasgos psicológicos o conjuntos de síntomas que sirvan de indicadores de riesgo o en último caso para la detección de la presencia de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria, sea Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastornos no Especificados. Dicho instrumento presenta once escalas u once indicadores de riesgo entre los que cuentan:

- Obsesión por delgadez. Constructo elaborado por Bruch (1973), quién describió la obsesión por la delgadez o el temor a la obesidad, como la característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Bulimia. Tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comidas incontrolables.

- Insatisfacción corporal. Insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen de trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.) (Garner y Garfinkel, 1981).
- Ineficacia. Sentimientos de incapacidad general, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. (Bruch, 1973).
- Perfeccionismo. Grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores (Slade, 1982)
- Desconfianza interpersonal. Sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar sus propios sentimientos y pensamientos (Selvini Pallazoli, 1974)
- Conciencia introceptiva. Grado de confusión o dificultad para reconocer o responder adecuadamente a los estados emocionales e inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la ansiedad (Selvini Palazzoli, 1974).
- Miedo a la madurez. El deseo de volver a la seguridad de la infancia. La psicopatología principal de la anorexia y bulimia nerviosas es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez (Crisp, 1980).
- Ascetismo. Tendencia a buscar ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de sus necesidades corporales (Bell, 1985).
- Impulsividad. Dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de relaciones sociales (Casper, 1990).
- Inseguridad social. Creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias, y, generalmente de escasa calidad (Bruch, 1973).
- El Inventario de Evaluación del Comportamiento Interpersonal IECI tiene como objetivo la medición de los niveles de autoeficacia, esto es, la creencia en la propia capacidad sobre poseer las habilidades necesarias para un adecuada relacionamiento interpersonal. Este mide la autoeficacia a través de tres habilidades sociales: la habilidad de escucha activa, la habilidad de empatía y la habilidad de resolución de problemas interpersonales, cuyos componentes se desglosan a continuación:

### **Habilidad de escucha activa**

- Prestar atención al otro cuando habla que significa focalizar el lenguaje verbal y no verbal, gestos, posturas y movimientos corporales de la persona con la que se habla.
- Mirar a los ojos cuando en otro se dirige a uno, que es mantener el contacto visual cuando el otro habla por lo menos el 50% del tiempo de duración del episodio de interacción.
- No interrumpir cuando el otro habla, es decir, estar callado cuando el otro habla y evitar que una tercera persona interrumpa.
- Retroalimentar al otro durante la escucha a través de la postura corporal, gestos y movimientos corporales. Este componente está definido como la emisión de verbalizaciones temáticamente relacionadas con el contenido de las palabras del hablante, o que denoten aceptación o desaprobación por parte del escucha. La retroalimentación no debe constituir una interrupción del hablante; por tanto,

consiste en emisiones de topografía reconocible (por ejemplo: ¡aja!, ¡hummm!, no, sí, sonrisas aprobatorias, etc.)

### **Habilidad de empatía**

- Interés por conocer al otro, sobretodo información acerca de sus datos personales, datos familiares, sus gustos y el uso de su tiempo libre.
- Reconocer expresiones y sentimientos del otro a través de la diferenciación de sentimientos de tristeza, enojo y alegría.
- Comprender los pensamientos de los demás.
- Acostumbrarse a aceptar la perspectiva de los demás y aceptar la existencia de formas de pensar diferentes a la de uno.

### **Habilidad de resolución de problemas**

- Generación de las posibles causas de los problemas ya sean éstas próximas, lejanas, importantes, o no.
- Conocimiento de los pasos para la resolución de un problema.
- Capacidad de tomar la iniciativa para la resolución del conflicto interpersonal.
- Obtención del acuerdo que se define a través de la emisión verbal que resume los términos del compromiso negociado mediante el planteamiento de los derechos y obligaciones de ambas partes.
- Controlar el tono de voz que debe ser claramente audible pero no alto a una distancia de dos metros.
- Evitar utilizar la agresión física (empujar, golpear o dar una cachetada) durante un episodio de discusión.
- Toma de decisiones a través de la selección de objetivos y la búsqueda de alternativas para evitar la generación de otra discusión por motivos similares.

La presente investigación cuenta con un diseño no experimental, donde se reúnen una serie de datos pero no se interviene con el propósito de controlar la variable independiente (Coolican, 2000). Siendo esta investigación de tipo descriptivo, el diseño de esta investigación es como sigue:

O1 – O2 donde:

O1 es la primera observación, es decir la primera evaluación de la presencia de indicadores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria y O2 es la evaluación de los niveles de autoeficacia en el comportamiento interpersonal.

Para el presente artículo se hablara de los hallazgos principales, es decir aquellos que evidencien la relación entre la Anorexia Nerviosa y a Bulimia Nerviosa y los niveles de autoeficacia en el comportamiento interpersonal, tomando en cuenta para ello, la relación entre los puntajes globales de las tres habilidades antes mencionadas y los niveles de riesgo de presentar o desarrollar Trastornos Alimentarios.

Respecto a los niveles de autoeficacia evaluados, estos se dividían en cinco: nada autoeficaz, poco autoeficaz, relativamente autoeficaz, altamente autoeficaz y totalmente autoeficaz de desarrollarse habilidosamente en la interacción con su grupo de pares.

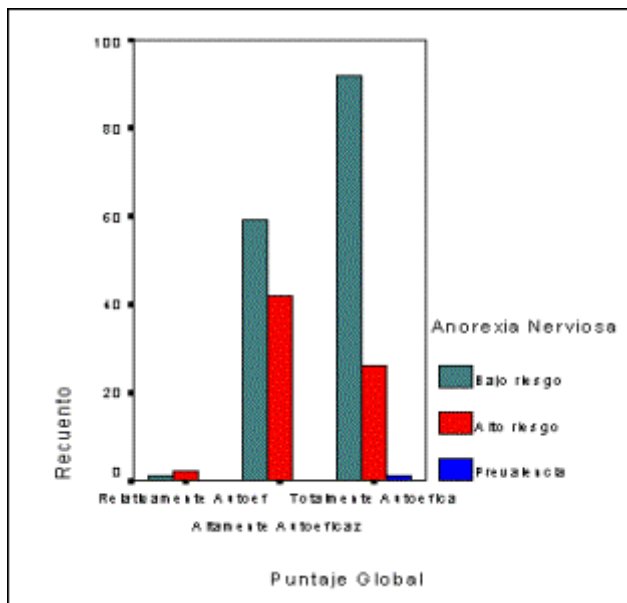
En cuanto a los niveles de riesgo de presentar indicadores de TCA y trastornos alimentarios en si, estos niveles se categorizaban de la siguiente manera: nada de riesgo, bajo riesgo, alto riesgo y prevalencia, de acuerdo a la gravedad con que se presentaban los indicadores.

La primera figura muestra la relación existente entre los niveles de autoeficacia en el comportamiento interpersonal y los niveles de riesgo de presentar Anorexia Nerviosa. De acuerdo a ello, se puede observar que dentro de la categoría totalmente autoeficaz, con un total de 119 sujetos existe un 77.3% de mujeres que presentan un bajo riesgo de contraer Anorexia Nerviosa, mientras que existe un 21.8% de mujeres que se encuentran en alto riesgo y un mínimo de 0.8% que se encuentra en el rango de prevalencia.

Respecto a la categoría “altamente autoeficaz”, con un total de 101 sujetos, se puede determinar un 58.4% de sujetos que presentan un bajo riesgo de AN mientras que un 41.6% muestra un alto riesgo, pero no existe sujeto alguno que presente indicadores de prevalencia.

Por otro lado, ya dentro de la categoría “relativamente autoeficaz”, con un total de 3 sujetos, se puede observar que a diferencia de las anteriores categorías, los porcentajes se presentan invertidos ya que existen una minoría que alcanza el 33.3% que ingresa en bajo riesgo de AN mientras que se presenta un 66.7% de sujetos que se encuentran en alto riesgo.

Como se aprecia en la figura se puede afirmar que a menor nivel de autoeficacia en el comportamiento interpersonal, mayor es el riesgo de presentar Anorexia Nerviosa, lo cual indica que el nivel de autoeficacia podría incidir en el nivel de riesgo de presentar AN, dado que aquellas mujeres insatisfechas con su imagen corporal pueden sentirse poco capaces de lograr un contacto exitoso con su grupo de pares, sobretodo con los de sexo opuesto. A su vez esta creencia de poca capacidad social lleva, por contradictorio que parezca, a actuar inadecuadamente en situaciones sociales, lo que confirma su creencia. Así, recurrirán a instrumentos de aceptación social, como la belleza física, interpretada como delgadez, pudiendo desarrollar luego los síntomas centrales de Anorexia Nerviosa.



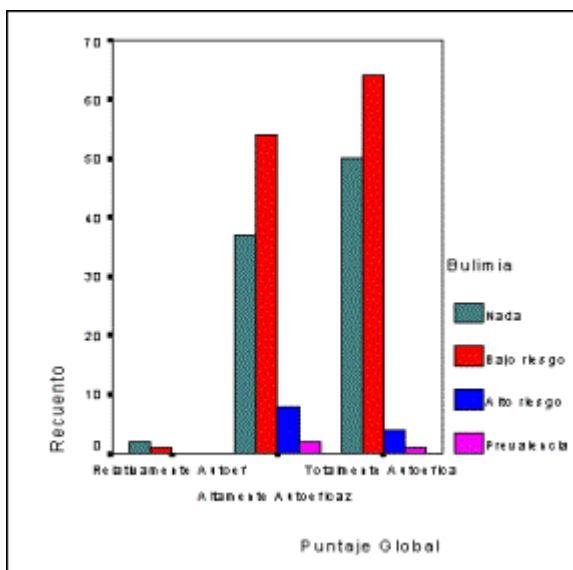
La siguiente figura muestra la relación existente entre los niveles de autoeficacia en el comportamiento interpersonal y los niveles de riesgo de presentar Bulimia Nerviosa. De acuerdo a ello, se puede observar que dentro de la categoría “totalmente autoeficaz”, con un total de 119 sujetos existe un 3.4% de sujetos que no presentan indicadores de riesgo de Bulimia, mientras que un 82.4% de mujeres presentan un bajo riesgo, por otro lado existe un 14.3% que se encuentran en alto riesgo pero no existen sujetos que ingresen en el rango de prevalencia.

Respecto a la categoría “altamente autoeficaz”, con un total de 101 sujetos se puede determinar un 1% de sujetos que no presentan indicadores de Bulimia, mientras que existe un 58.4% de sujetos que presentan un bajo riesgo y un 22.8% muestra un alto riesgo, pero no existen sujetos que presente indicadores de prevalencia.

Por otro lado, ya dentro de la categoría “relativamente autoeficaz”, con un total de 3 sujetos, se puede observar que a diferencia de lo sucedido con la Anorexia Nerviosa, en el caso de la Bulimia los porcentajes se no se presentan invertidos con respecto a las otras categorías ya que un porcentaje mayor, que alcanza el 66.7%, ingresa en bajo riesgo de BN mientras que se presenta un 33.3% de sujetos que se encuentran en alto riesgo, e igual que en las otras categorías, no existen sujetos que muestren indicadores de prevalencia.

De acuerdo a lo observado se puede determinar que la relación entre la Bulimia Nerviosa y los niveles de autoeficacia no parece ser tan directa como en el caso del primer trastorno estudiado. Como muestra la figura siguiente, se observa que si bien existe un mayor nivel de riesgo al disminuir la autoeficacia, la relación no parece ser tan determinante como en el primer caso.

Esto puede deberse a que la BN presenta como una de sus características, que el acto de los atracones y las conductas compensatorias (purgas, vómitos, etc.) que les siguen son generalmente un secretopreciado y celosamente custodiado por la paciente y el deterioro corporal no es tan evidente como en el caso de la Anorexia, por lo que ello puede no afectar su creencia en la capacidad de relacionamiento personal.





Entonces, como conclusión general se puede afirmar que a partir de esta investigación se ha encontrado una fuerte vinculación entre los niveles de autoeficacia en el comportamiento interpersonal y los niveles de riesgo de presentar, tanto indicadores de TCA como de desarrollar un trastorno alimentario. Ello indicaría que la autoeficacia podría ser utilizada como un elemento cognitivo que podría trabajarse para la prevención de este tipo de trastornos tan devastadores.

Debe notarse que ninguna persona de la población empleada para este estudio llegó a presentar un nivel nulo de autoeficacia y sólo un sujeto mostró un nivel bajo de autopercepción en la capacidad de relacionarse habilidosamente con su entorno social, por lo que la relación entre estas dos variables parecería poco consistente. Sin embargo, es necesario aclarar que ninguna de las personas involucradas en la presente investigación llegó a alcanzar niveles de sintomatología clínica de alguno de los trastornos estudiados. Ello llevaría a concluir que aquellas mujeres que ingresan en la categoría de alto riesgo o de prevalencia de TCA, podrían desarrollar, con mayor probabilidad, un trastorno de conducta alimentaria si por razón de algún evento o circunstancia su nivel de autoeficacia disminuyera.

Selvinni Palazzoli (1999) refiere que los trastornos de conducta alimentaria pueden mantenerse latentes o incubados dentro de algún tipo de personalidad y salir a flote después de un evento estresante en alguna o en todas las esferas de interacción familiar, social, laboral, etc. Dicho evento, al colocar a la persona en una situación de desequilibrio, dado que las estrategias de acción antes empleadas no colman las expectativas de resultado, podrían llevar a utilizar estrategias nuevas, adecuadas, o inadecuadas en ciertos casos.

Dentro de estas estrategias inadecuadas ingresarían los trastornos de conducta alimentaria que algunas personas utilizan como recurso en la búsqueda de aceptación social, dado que la delgadez es un canon de belleza valorado por la sociedad y a ello se suma el hecho de que dentro de los síntomas principales de los TCA se encuentra una autoevaluación exageradamente influida por el peso y la imagen corporal.

Es así que aquellas personas que percibieran una disminución en su capacidad para relacionarse con los demás podrían recurrir a la búsqueda de una imagen corporal que sea valorada por los estándares sociales (la delgadez), como recurso para alcanzar la aceptación del grupo social al que pertenecen, pudiendo llegar a desarrollar algún trastorno alimenticio.

Ello se encuentra corroborado por los resultados de la presente investigación dado que aquellos indicadores de riesgo de los TCA que mayor vinculación presentan con el relacionamiento interpersonal, son justamente aquellos en los que se observa también una mayor relación con los niveles de autoeficacia. Es decir, que los indicadores del Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI II que se están vinculados con el comportamiento interpersonal son aquellos en los que mayor riesgo se encontró en las mujeres que presentaron un nivel relativamente disminuido de autoeficacia en el comportamiento interpersonal.

Por último, es necesario decir que el estudio de variables relacionadas directamente con el desarrollo de TCA es muy importante dado que, como en el caso de la autoeficacia, éstas pueden ser utilizadas como elementos de alerta y al mismo tiempo de

prevención, ya que trabajando sobre ellas puede lograrse la disminución de estos trastornos que ya han cobrado muchas vidas.

Se cree que a través de los datos encontrados en este trabajo de investigación se hace pertinente recomendar la realización de actividades de tipo preventivo respecto a los Trastornos de Conducta Alimentaria. Estas acciones preventivas deben realizarse desde cada uno de los ámbitos de interacción social, comenzando por el núcleo familiar, la escuela u otras instituciones educativas como universidades, centros especializados, medios de comunicación, etc.

Se recomienda que para ello, además de tomar en cuenta la prevención directa de los Trastornos de Conducta Alimentaria proporcionando información sobre sus causas, principales síntomas y consecuencias, se debe trabajar en aspectos involucrados con este tipo de trastornos como es el caso de la autoeficacia en el comportamiento interpersonal.

La realización de actividades que promuevan logros o éxitos en el relacionamiento interpersonal, como ser talleres de habilidades sociales, de comportamiento asertivo, de autoconfianza, etc. repercuten directamente en la autopercepción sobre la capacidad de relacionarse habilidosamente con otras personas, lo cual puede llegar a ser un indicador alentador respecto al desarrollo de algún Trastorno de Conducta Alimentaria.

Elevar y mantener una autoeficacia positiva en el comportamiento interpersonal permite una autovaloración y expectativas positivas respecto a los resultados de actuación en una situación social, por lo que la probabilidad de recurrir a otro tipo de estrategias, como ser la preocupación excesiva por la imagen corporal para ser aceptadas socialmente, podría disminuir.

## Referencias

- American Psychiatric Association – APA (1995). DSM – IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. México: Masson
- Bandura, A. (1999). Autoeficacia: como confrontamos los cambios de la sociedad actual. España: Descleé de Brouwer .
- Bandura, A. (1997). Traducción Olaz, F., Silva, M., Pérez, E. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Argentina: Universidad de Córdoba.
- Brody, N, & Ehrlichman, H. (2000). Psicología de la personalidad. Madrid España: Prentice.
- Caballo, B. (1997). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España: Siglo Veintiuno.
- Garner, D. (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid – España: Tea ediciones.
- Pelechano, V. (1996). Habilidades interpersonales, teoría mínima y programas de intervención (vol. I). España: Promolibro

- Rausch H. C., Bay, L. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Buenos Aires- Argentina: Paidós

- Roth E. (1986). Competencia social. El cambio de comportamiento individual en la comunidad. México: Trillas

- Selvini P. M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Buenos Aires- Argentina: Paidós

marce\_tili@hotmail.com