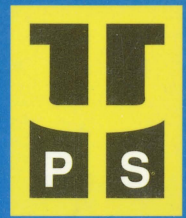


*Revista de
PSICOLOGIA
DE LA SALUD
Journal of
HEALTH
PSYCHOLOGY*



- 3 José M^a León Rubio y Silvia Medina Manzano Evaluación de habilidades para la vida en niños con ceguera congénita.
- 35 Manuel de la Fuente Arias y Jesús Gil Roales-Nieto Entrenamiento en discriminación de niveles de glucosa en sangre: estudio comparativo.
- 59 Fernando Fernández Aranda y Michel Probst Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de la distorsión de la imagen en vídeo.
- 75 Marisol Mora y Rosa M^a Raich Bulimia Nerviosa: dificultades de delimitación diagnóstica.
- 99 Cristóbal Jiménez Jiménez y José Luis Sánchez Laguna Prevalencia del Patrón de Conducta Tipo A en profesionales de la salud de Andalucía según variables demográficas y socioprofesionales.
- 123 Carlos Cuevas Yust y Salvador Perona Garcelán Entrenamiento de las habilidades conversacionales en un grupo de esquizofrénicos: una valoración de la generalización.
- 153 Libros revisados.

Directores:

Silverio Barriga
(Univ. de Sevilla)

Jesús Rodríguez
(Univ. de Alicante)

José Santacreu
(Univ. Autónoma Madrid)

Directores asociados:

José A.I. Carrobles
(Univ. Autónoma Madrid)

Diego Maciá
(Univ. de Murcia)

Manuel F. Martínez
(Univ. de Sevilla)

Secretario:

José A. García-Rodríguez
(Univ. de Alicante)

Coordinador Edición:

José V. Castejón-Ortega
(Univ. de Alicante)

Jefe de Redacción:

Fco. Xavier Méndez
(Univ. de Murcia)

Consejo de Redacción:

Arturo Bados
(Univ. de Barcelona)
Juan Godoy
(Univ. de Granada)
Rafael Peiró
(Ayuntamiento Gandía)
M.A. Simón
(U. Santiago Compostela)

Victoria del Barrio
(U. N. E. D.)
José M^a León
(Univ. de Sevilla)
Marino Pérez
(Univ. de Oviedo)
M^a Oliva Marquez
(Univ. Autónoma Madrid)

José M^a Farré
(Univ. de Barcelona)
José J. Mira
(Univ. de Alicante)
Victor Rubio
(Univ. Autónoma Madrid)
Barbara VanOss Marín
(Univ. California. S. F.)

Consejo Editorial:

Amalio Blanco
(Univ. Autónoma Madrid)
Johannes C. Brengelmann
(I. Max Planck, Múnich)
J. Richard Eiser
(Univ. de Exeter, R. U.)
Tomás de Flores
(Univ. de Barcelona)
Luis María Llavona
(U. Complutense Madrid)
Aquilino Polaino
(U. Complutense Madrid)
Fernando Silva
(U. Complutense Madrid)
Josep Toro
(Univ. de Barcelona)

Ramón Bayés
(U. Autónoma Barcelona)
José Cáceres
(Univ. de Deusto)
Rocio Fdez. Ballesteros
(Univ. Autónoma Madrid)
Marie Johnston
(St. Andrews University)
Stan Maes
(Univ. de Leiden)
Bertran Raven
(Univ. California, L.A.)
George C. Stone
(Univ. California, S.F.)
Manuel Valdés
(Univ. de Barcelona)

José Bermudez
(U. N. E. D.)
Cristine Eiser
(Univ. de Exeter, R. U.)
José L. Fdez. Trespalacios
(U. N. E. D.)
Francisco J. Labrador
(U. Complutense Madrid)
Vicente Pelechano
(Univ. de La Laguna)
Carmina Saldaña
(Univ. de Barcelona)
Shelley Taylor
(Univ. California, L.A.)
Jaime Vila
(Univ. de Granada)

INDICE

Jose M^a León Rubio y Silvia Medina Anzano. **Evaluación de habilidades para la vida en niños con ceguera congénita.** 3.

Manuel de la Fuente Arias y Jesús Gil Roales-Nieto. **Entrenamiento en discriminación de niveles de glucosa en sangre: estudio comparativo.** 35.

Fernando Fernández Aranda y Michel Probst. **Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de la distorsión de la imagen de video.** 59.

Marisol Mora y Rosa M^a Raich. **Bulimia Nerviosa: dificultades de delimitación diagnóstica.** 75.

Cristobal Jiménez Jiménez y José Luis Sánchez Laguna. **Prevalencia del Patrón de Conducta Tipo A en profesionales de la salud de Andalucía según variables demográficas y socioprofesionales.** 99.

Carlos Cuevas Yust y Salvador Perona Garcelán. **Entrenamiento de las habilidades conversacionales en un grupo de esquizofrénicos: una valoración de la generalización.** 123.

Libros revisados. 153.

CONTENTS

Jose M^a León Rubio y Silvia Medina Anzano. **Assessment of skills for life in born blind children.** 3.

Manuel de la Fuente Arias y Jesús Gil Roales-Nieto. **Blood Glucose levels discrimination training: a comparative study.** 35.

Fernando Fernández Aranda y Michel Probst. **Body Image Assessment in eating disorder patients and controls: video distortion technique.** 59.

Marisol Mora y Rosa M^a Raich. **Bulimia Nervosa: diagnostic delimitation problems.** 75.

Cristobal Jiménez Jiménez y José Luis Sánchez Laguna. **Prevalence of Type A Behavior Pattern in Health Professionals and its relationship to demographics and/or socio-occupational variables.** 99.

Carlos Cuevas Yust y Salvador Perona Garcelán. **Conversational skills training in a groupe of schizophrenics persons: assessment of generalization.** 123.

Books reviews. 153.

EVALUACIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN NIÑOS CON CEGUERA CONGÉNITA¹

José María León Rubio y Silvia Medina Anzano
Dpto. Psicología Social
Universidad de Sevilla

RESUMEN

Este artículo presenta el Entrenamiento en Habilidades Sociales como una estrategia que contribuye a la consecución del bienestar psíquico y social. Los niños ciegos presentan muchas dificultades en la adquisición de un repertorio adecuado de habilidades interpersonales. Ahora bien, si importante resulta el entrenamiento de estas habilidades, no menos relevante es realizar una adecuada evaluación de las mismas. El propósito de este trabajo es desarrollar un modelo para evaluar las habilidades sociales de niños afectados de ceguera congénita. Las propiedades psicométricas del mismo apuntan a que éste puede ser considerado como un instrumento válido para tal fin.

Palabras clave: Salud, Habilidades Sociales, Ceguera.

ABSTRACT

This paper presents social skills training as a strategy for psychosocial well-being. Blind children have a lot of difficulties for acquisition a appropriate repertoire of social skills. Now then, the same important is Social skills training than assessment of social skills. The purpose of this study is development a model for assessment of social skills for born blind children. The Psychometric Properties showed this instruments valid for this.

Key words: Health, Social Skills, Blindness.

INTRODUCCION

En Agosto de 1992 se creó la red de *Habilidades para Vivir*, coordinada por la División de Salud Mental de la O.M.S., con los siguientes fines:

a) *Brindar información* sobre la educación para adquirir habilidades vitales.

b) *Extender el conocimiento* del valor de enseñar estas habilidades a niños y adolescentes en el ámbito escolar, y

c) *Abrir un canal para la comunicación* entre los trabajadores interesados en este campo.

Bajo el epígrafe *Habilidades para Vivir*, se incluyen aquellas que conducen hacia una mejor competencia social. Sin agotar todas las posibilidades y al efecto de ilustrar las áreas consideradas podemos mencionar Habilidades para:

- la comunicación,
- tomar decisiones,
- resolver problemas,
- resistir las presiones de otros,
- lidiar con las emociones,
- manejar la ansiedad y el estrés, y
- ajustarse socialmente.

Los fundadores de dicha red, partían de la idea de que la adquisición de éstas habilidades no puede dejarse en manos del azar y que para dotar de las mismas a niños y adolescentes (para así proveerlos de estrategias para la salud y poder prevenir el desarrollo de patrones de conducta insanos), de un modo efectivo, deberían ser introducidas en los currícula de los programas escolares.

Luego, desde esta perspectiva, el entrenamiento en Habilidades Sociales² constituye una de las principales estrategias de educación para la salud y promoción de la misma, ya que el aumento de las competencias psicosociales, como se deduce de los resultados del programa *Skill for Adolescence* (SFA) desarrollado en Estados Unidos por *Lions Quest International* y aplicado posteriormente en otros 27 contextos culturales, puede contribuir al bienestar físico y social: elevando la autoestima y la autoconfianza, proveyendo a los jóvenes con herramientas para manejar el estrés psicosocial, y promoviendo conductas sanas. Así mismo, puede contribuir a prevenir problemas psicosociales, incluyendo: el abuso de drogas, ansiedad y depre-

sión, embarazos no deseados, conductas suicidas, etc.

Sullivan, en una obra clásica de la psiquiatría (Sullivan, 1953), sugirió que las "enfermedades mentales" eran, ante todo, perturbaciones de la conducta social. Sugerencia de la que se han hecho eco, como era lógico, no pocos especialistas en el tema de las habilidades sociales, algunos tan relevantes como Argyle (1983, Cap.9), entre éstos está cada vez más extendida la idea de que los déficits en habilidades sociales podrían conducir al desajuste psicológico, en vez de considerarlos una consecuencia o síntoma de la psicopatología (Gilbert y Connolly, 1995). A este respecto sería útil recurrir a Phillips (1978) quien al resumir sus investigaciones sobre competencia social³ y esquizofrenia llega a la conclusión de que la falta de habilidades sociales es el déficit básico o más característico de cualquier tipo de trastorno psicológico, ya que la carencia de éstas da lugar a que la persona emplee estrategias desadaptativas para resolver sus problemas o conflictos, que generalmente son de carácter social.

En consecuencia, parece posible concebir el buen funcionamiento social como un prerrequisito para el ajuste psicológico, más que considerar la conducta interpersonal actual como sintomática o secundaria a un trastorno psicopatológico, como ha sido abordada en las teorías tradicionales de la psicopatología de orientación interpersonal (ver al respecto Kelly, 1987, págs. 26 y ss. y, más recientemente, Gilbert y Connolly, op.cit).

Probablemente, este cambio de orientación está en la base de la enorme atención que en los últimos años ha recibido el estudio de las habilidades sociales en los niños y adolescentes (área en la que se inscribe nuestro trabajo), acumulándose un considerable número de resultados que demuestran las relaciones existentes entre la competencia social infantil y el posterior ajuste psicosocial y académico (ver al respecto Van Hasselt et al., 1979; Stewart et al., 1985; Michelson et al., 1987).

Respecto a los niños ciegos, distintas investigaciones han subrayado la notable dificultad que tienen éstos para adquirir un repertorio adecuado de habilidades interpersonales (Scott, 1969; Miller y Miller, 1976; Bryan y Bryan, 1979; Farkas et al., 1981; Medina y León, 1995). Esto puede ser explicado atendiendo a la incapacidad de los niños con problemas visuales para utilizar algunas de las claves del aprendizaje social entre videntes, como por ejemplo el *feedback* interpersonal de tipo gestual, útil para la complementariedad entre las acciones de los interlocutores; y, en parte, a que el entrenamiento en habilidades sociales se apoya tradicionalmente en el modelado mediante información visual. Luego corregir estos déficits

resulta particularmente problemático en niños ciegos, aún más, cuando su escolarización transcurre en un centro específico, pues en éste no tienen muchas oportunidades de relacionarse con personas normovisuales que directa o indirectamente les faciliten información sobre sus expresiones, todo lo cual da como resultado el aislamiento social de sus compañeros (McFarland, 1966; Eaglestein, 1975) y futuros problemas de adaptación en la vida (Filtling, 1955; Davidson, 1975).

A pesar de las evidencias citadas, acerca de los problemas de ajuste social de los niños ciegos, y aunque en los últimos años se ha prestado una mayor atención al tema de la competencia social y la ceguera (ver al respecto las revisiones de Quintana y Gil, 1984; Van Hasselt, 1985; Erin, 1991), no son muchos aún los estudios dedicados al entrenamiento de las habilidades sociales en personas con deficiencias visuales.

Ahora bien, si importante resulta el entrenamiento de estas habilidades, no menos relevante es el realizar una adecuada evaluación de las mismas, de cara a diseñar y valorar cualquier programa de entrenamiento (Van Hasselt et al. 1985). En general, las estrategias para evaluar la habilidad social han sido sometidas a un extenso análisis y crítica en los últimos años, (Ver, por ejemplo, Bellack, 1983, Gil, León y García Saíz, 1995), a pesar de lo cual aún continuamos encontrando en la literatura errores y procedimientos no válidos, siéndolo aún menos rigurosos los estudios que abordan el proceso de evaluación de las habilidades sociales en personas con ceguera y deficiencias visuales (Ver Van Hasselt et al., 1983, 1985; Quintana, Gil y Clemente, 1984; Ammerman et al., 1989).

Focalizando nuestra atención en la evaluación de habilidades sociales en muestras de niños ciegos, destacar el hecho de que, por lo general, se han empleado procedimientos de evaluación que han sido diseñados con criterios que no contemplan las características especiales de este tipo de población, lo que ha supuesto el uso de instrumentos inadecuados, cuyos resultados solapan, en ocasiones, los déficits asociados a la ceguera con los propios de las habilidades sociales. A ello habría que añadir el que las muestras utilizadas en estas investigaciones son muy pequeñas, dado el reducido número de este sector de población, lo que imposibilita la aplicación de criterios de selección o exclusión de los sujetos de la muestra, incrementándose la variabilidad entre sujetos, todo ello en detrimento de la validez interna de los estudios.

En este sentido, los trabajos realizados por Van Hasselt y colaboradores constituyen una excepción. En su estudio de 1983, evaluaron -dentro de un programa de entrenamiento dirigido a niños y adolescentes ciegos- cinco

conductas consideradas eficaces para un funcionamiento social adecuado, y en las que suelen presentar déficits los niños ciegos: 1, postura; 2, dirección de la mirada; 3, tono hostil; 4, requerimiento nuevas conductas; 5, gestos expresivos. Proponiendo un modelo de evaluación bastante ajustado a las exigencias de este tipo de población, pese a que los propios autores indican que debe ser completado utilizando otros instrumentos, como test socio-métricos y evaluaciones en ambientes naturales. Posteriormente, en 1985, intentando superar los problemas que detectaron en el anterior estudio, se marcaron como objetivo evaluar las habilidades sociales específicas que distinguen a las personas con problemas visuales, estudiando las diferencias en habilidades sociales entre videntes, deficientes visuales institucionalizados y deficientes visuales integrados en escuelas públicas, indicando los resultados diferencias entre las habilidades sociales de los adolescentes con problemas visuales y los videntes, pero la principal diferencia encontrada en varias medidas era la existente entre los dos grupos de chicos con problemas visuales. Los autores indican, que a pesar de que los resultados mostraron de forma consistente mayores déficits en habilidades sociales entre el grupo interno con problemas visuales, no se puede concluir, a partir de este estudio, que sean debidos a los efectos perjudiciales de los internados "per se". Los autores señalan que sería necesario realizar más investigaciones acerca del papel que estos factores tienen en la adaptación de niños con problemas visuales.

Así pues, los estudios realizados sobre evaluación de las Habilidades Sociales en ciegos carecen, en nuestra opinión, de una estructura de análisis apropiada a las características del problema y presentan deficiencias metodológicas que nos impiden obtener resultados concluyentes respecto a este tema. Por lo tanto, el *propósito* de este trabajo fue *desarrollar un modelo para evaluar las habilidades sociales de niños afectados de ceguera congénita*, utilizando para ello el marco conceptual definido a continuación.

Para desarrollar el citado modelo de evaluación hemos partido de la consideración de que las habilidades sociales son la *capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva*, o si se prefiere, es una "clase" de respuestas pertinentes para desempeñar con eficacia alguna de las siguientes funciones:

- Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social.
- Mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal.

- Impedir el bloqueo del reforzamiento social o mediado socialmente y mantener la autoestima.

De todo lo apuntado se desprenden cuatro **características** que delimitan, a nuestro entender, este concepto. En primer lugar, su carácter aprendido. En segundo lugar, la conciencia de complementariedad e interdependencia de la habilidad social; es decir, todo comportamiento social exige tratar de entender el punto de vista del otro y la proyección de una autoimagen. En tercer lugar, el hecho de que la actualización o desempeño de las habilidades sociales requiere no sólo la adaptabilidad de sus componentes a la situación social, sino que además los objetivos que se persiguen con dicha actualización son únicamente comprensibles en situaciones sociales específicas. Y en cuarto lugar, la habilidad social es considerada como sinónimo de efectividad del comportamiento interpersonal.

En el enfoque de las habilidades sociales se han utilizado distintos **niveles de análisis**, así como distintas **dimensiones** de los comportamientos socialmente habilidosos (Gil y otros, 1992). En cuanto a los primeros podemos destacar, el nivel denominado "molecular", que toma como punto de referencia componentes conductuales específicos y observables de las habilidades sociales (p.e., número de cambios de postura, número de movimientos de las piernas, número de palabras dichas, etc.), preocupándose por su medición objetiva, para así lograr evaluaciones válidas y fiables, en segundo lugar, el nivel "molar", el cual considera a dos o más elementos componentes de las habilidades sociales y a sus interacciones para configurar la capacidad de actuar con efectividad en una clase de situaciones, como por ejemplo en las entrevistas laborales o defender nuestros derechos frente a la presión del grupo. En este caso las evaluaciones de las habilidades sociales suelen ser generales y subjetivas, empleándose típicamente escalas sobre el impacto del comportamiento del sujeto en los demás. En un tercer y último lugar tenemos el nivel "intermedio", que se centra en la interacción de los juicios globales y de las medidas moleculares, es decir, en la relevancia social de ciertas respuestas o patrones de conducta y en la especificidad metodológica de su evaluación. Nosotros hemos adoptado un enfoque "intermedio", aprovechando así las ventajas de los otros dos enfoques (más adelante volvemos sobre este tema).

En cuanto a las **dimensiones** o componentes de las habilidades sociales, tradicionalmente se ha establecido la distinción entre elementos conductuales, cognitivos y psicofisiológicos, aunque estos últimos han sido poco estudiados. Hoy, con el interés por construir estrategias de evaluación socialmente válidas (Gil, León y García Saíz, 1995), se ha añadido a estos

algunos factores psicosociales implicados en la manifestación del comportamiento socialmente hábil, entre ellos, variables sociodemográficas, características derivadas de la pertenencia a determinados grupos o categorías sociales y procesos propios del desempeño de roles (ver al respecto: Argyle, 1980, 1983; Blanco, 1982). En consonancia con lo anterior, nosotros hemos optado por distinguir las cuatro dimensiones a las que se acaba de hacer referencia y centrar nuestro interés en la integración de las mismas.

Como corolario, nos decantamos a favor de los llamados "**modelos interactivos**". Éstos ponen el énfasis en la interacción persona/situación como determinante del comportamiento.

Antes de pasar a describir la metodología empleada en nuestro trabajo consideramos necesario presentar un análisis de lo que ha supuesto para el desarrollo de nuestro trabajo, la conceptualización adoptada de la habilidad social.

Atendiendo a las características reflejadas en esa definición, en primer lugar destacar el carácter aprendido de las habilidades sociales evaluadas (expresar y responder a enunciados positivos y negativos, formular y seguir peticiones y órdenes, iniciar, mantener conversaciones, escuchar a los demás durante la conversación, manifestar y responder a sentimientos).

En segundo lugar, con la consideración del carácter complementario e interdependiente de la habilidad social, se ha querido señalar tanto el papel que juega el sujeto como autorregulador de su comportamiento, como el determinismo situacional de éste, de forma que para actualizar adaptativamente la habilidad social será necesario percibir, traducir, comprender y responder adecuadamente a los estímulos físicos y simbólicos de la acción interactiva. Esto ha hecho que desarrollemos un modelo de evaluación en el que examinamos las ejecuciones del sujeto ante distintos interlocutores y situaciones, así como la posición o estatus de éste en su contexto social más inmediato y la percepción y valoración que hace él mismo de sus relaciones interpersonales.

El siguiente aspecto de interés es el que hace referencia a los niveles de análisis de la habilidad social. Respecto a esto último, como hemos indicado anteriormente, nos hemos pronunciado en favor del denominado *nivel intermedio*, ya que éste al centrarse tanto en el estudio de la relevancia social de ciertos patrones de comportamiento como en la especificidad metodológica de la evaluación de éstos supera las limitaciones de los otros niveles de análisis. En este sentido, el modelo de evaluación propuesto aborda los aspectos moleculares de la habilidad social (*Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social* de Caballo, 1987) y los mola-

res (*Role-Play* con adultos y pares de edad en situaciones ambientales controladas).

Respecto a las dimensiones y componentes de la habilidad social, señalar que además de los considerados tradicionalmente, es decir, conductuales (verbales, paralingüísticos, no verbales), psicofisiológicos y cognitivos, hemos considerado el componente *psicosocial*, es decir, el análisis de los anteriores en función de la situación de interacción y del contexto en que ocurre ésta, así como la incorporación en el análisis funcional del comportamiento socialmente hábil de variables sociodemográficas y de características derivadas de la pertenencia a categorías sociales. Lo que se ha traducido en la utilización de los siguientes instrumentos de evaluación:

- *Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social* de Caballo, (1987) para el examen de los componentes verbales, paralingüísticos y no verbales de la interacción social.
- *Batería de Evaluación del Comportamiento Asertivo para niños* de Michelson et al. (1987), adaptado por nosotros para la ocasión, y que nos ha permitido investigar aspectos cognitivos, tales como la capacidad para percibir, entender, expresar y responder ante sentimientos y manifestaciones de empatía, y psicosociales al considerar el comportamiento diferencial de los sujetos en situaciones de interacción entre iguales y con adultos, así como la disparidad en la ejecución en función del contexto (natural *versus* artificial).

MÉTODO

Sujetos

Doce niños, de edades comprendidas entre los seis y trece años de edad, de los cuales nueve son niños y tres niñas, aquejados de ceguera congénita. Todos escolarizados en un centro específico (Colegio Luis Braille de Sevilla, perteneciente a la Organización Nacional de Ciegos Españoles - O.N.C.E.-). Dado el pequeño tamaño de la muestra, fueron incluidos en la misma todos aquellos niños que aún presentando deficiencias añadidas, éstas no supusiesen ningún obstáculo para su evaluación.

Instrumentos y procedimientos de aplicación

A continuación se exponen las áreas evaluadas y los instrumentos empleados para tal fin:

Area de habilidades sociales. Concretamente fueron evaluadas las siguientes:

- Expresar y responder a enunciados positivos.
- Expresar y responder a enunciados negativos.
- Formular y seguir peticiones y órdenes.
- Iniciar, mantener conversaciones.
- Escuchar a los demás durante la conversación.
- Manifestar y responder a sentimientos.

Instrumentos. *Escala de evaluación del comportamiento asertivo* para niños de la Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania, EE.UU., adaptado al castellano por Ana Martínez, compuesta por los siguientes elementos (ver, Michelson et al., 1987):

1.- Guión conductual para niños (CBS). Como señalan sus autores este es un instrumento realmente útil para identificar niños socialmente incompetentes de fácil aplicación y altamente eficaz (ver Michelson et al., 1982).

Es una técnica de entrevista, durante la cual el niño es expuesto a situaciones donde se ve obligado a evocar respuestas sociales, además presenta la ventaja adicional de que las respuestas expresadas durante el transcurso de la entrevista pueden ser registradas y valoradas por distintos observadores. Además, este instrumento nos suministra información adicional acerca del comportamiento social del niño, indicándonos si éste es pasivo, asertivo o agresivo. Su duración aproximada es de 15 minutos.

Una de las características de este instrumento, es el ser susceptible de modificación, pueden añadirse o suprimirse ítemes, para adaptar la evaluación a las características de la muestra.

En nuestro estudio, procedimos a aplicar el test en distintas ocasiones, previas a la evaluación, con sujetos distintos aunque de características similares a los de nuestra investigación, con el fin de identificar formulaciones más cercanas al vocabulario de éstos, y detectar aquellos ítemes susceptibles de originar dificultades de ejecución en sujetos con ceguera congénita. Se encontraron dos ítemes problemáticos, correspondientes a las áreas expresar y responder ante enunciados negativos, donde se solicitaba a los niños leer un breve párrafo y responder por escrito "Sí" o "No" a los requerimientos del entrevistador, optando por su eliminación (consideramos irrelevante su traducción al sistema Braille).

Por último, indicar que dicho Guión contiene varios ítemes "neutros", es decir, no codificables, cuya finalidad es facilitar la interacción entrevistador-entrevistado. La formulación del CBS empleada por nosotros puede

consultarse en el Apéndice I.

La información obtenida en el transcurso de la entrevista, fue recogida simultáneamente por dos observadores independientes. Para fijar la fiabilidad interobservadores, se aplicó la prueba a niños ajenos a la investigación, discutiendo los observadores como debían codificar exactamente las respuestas hasta alcanzar un acuerdo de al menos el 95%. Una vez conseguido dicho nivel de acuerdo, se procedió a aplicar los guiones conductuales.

2.- Autoinforme. Consta de 27 ítemes que representan distintas situaciones sociales a las que el niño puede responder de forma muy pasiva, parcialmente pasiva, asertiva, parcialmente agresiva o muy agresiva, que son las cinco opciones de respuesta de que dispone, debiendo escoger aquella que considere refleja más exactamente su comportamiento social habitual. El niño ha de contestar a cada ítem dos veces, una primera suponiendo que el interlocutor implicado en la situación descrita en el ítem es otro niño, y una segunda suponiendo que dicho interlocutor es un adulto. Cuando el niño es incapaz de discernir entre ambas, se suprime la última. En nuestro estudio, esto ocurrió tan sólo con uno de los sujetos, todos los demás discriminaban correctamente entre ambas situaciones.

Para la aplicación de esta prueba, se dispuso a los niños en un ambiente de evaluación adecuado, el test fue leído y explicado a cada uno de los niños cuidadosamente, hasta garantizar la comprensión por parte de éstos de cada uno de sus ítemes, y la hoja de respuesta fue completada por el entrevistador, lo que según sus autores aumenta la fiabilidad del test. El tiempo medio utilizado para pasar el cuestionario fue de aproximadamente 40 minutos. El test no fue modificado para su aplicación (ver Michelson et al. op. cit.).

3.- Informe de otras personas. El formato de este instrumento es idéntico al del autoinforme, salvo que con él evaluamos las habilidades sociales basándonos en opiniones y valoraciones suministradas por las personas pertenecientes al medio social del niño. En nuestro caso las personas seleccionadas fueron los profesores de los niños, dado que todos ellos cursan estudios en régimen de internado en el mismo centro, excepto uno que es externo. Obviamente los profesores recibieron instrucciones precisas acerca de como completar el cuestionario, solicitándoles que rellenasen el cuestionario atendiendo a sus observaciones de los dos últimos meses (Michelson et al. op. cit.).

4.- Observación en ambientes naturales. Cada niño fue observado simultáneamente por dos observadores independientes durante un período de 15 minutos. Cada observador anotaba la ocurrencia o no de los distintos com-

ponentes de cada una de las áreas anteriormente enunciadas, con una clave distinta según el sujeto interaccionara con un compañero o un adulto. Así, los registros permiten discriminar si hubo o no interacción, y caso de haberla qué componentes de la habilidad social observada se presentaron durante el período de observación. Finalizada la observación se halló el porcentaje de ocurrencia y el porcentaje de no ocurrencia de cada uno de los componentes de dichas habilidades sociales, tanto para el caso de la interacción con iguales como con adultos.

5.- Role-Play con adultos y pares de edad en situaciones ambientales controladas. Se instruyó a un entrevistador adulto y otro de edad similar a los sujetos de la muestra para que interactuaran con estos de un modo estructurado. Cada una de las interacciones fue filmada en vídeo para después ser visionadas por expertos en entrenamiento en habilidades sociales, quienes debían evaluar la ejecución de los sujetos en cada interacción, con ayuda de una escala tipo Likert de 5 puntos, en la que "1" indicaba que el sujeto se había mostrado "poco hábil" y "5" que se había mostrado "Muy hábil" (ver *Apéndices II y III*).

Area: Autoestima.

Instrumento. Versión reducida y ajustada del cuestionario elaborado por Coopersmith (1967), *Self-esteem Inventory* (S-E), adaptación castellana de Francisco Gil Rodríguez (1982). Es una escala que evalúa la autoestima a través de respuestas relativas a diferentes situaciones sociales. La escala fue elaborada para su utilización con poblaciones infantiles. Consta de 25 ítems, a los que hay que responder de forma dicotómica, respondiendo "SI", si lo que la frase dice refleja lo que piensas de ti, o "NO", en caso de que sea lo contrario de lo que piensas que te caracteriza a ti. El cuestionario fue leído, explicado y completado por el entrevistador para garantizar su comprensión por parte de los niños.

Area: Posición real del sujeto en su grupo de iguales en función de la posición de los otros miembros del grupo.

Instrumento. Elaboramos un test sociométrico que nos permitió medir y evaluar el aspecto socioafectivo del grupo y de sus integrantes, atendiendo a dos criterios, un criterio de vida en común, y otro de trabajo intelectual, solicitándoles únicamente dos respuestas por pregunta, con el fin de no cansarlos en demasía. Durante la elaboración del test, el aspecto más pro-

blemático que tuvimos que considerar, fue el de la inclusión o no de preguntas negativas en el mismo, considerando que éstas pueden provocar rechazo al instrumento y crear un clima social adverso entre los miembros del grupo, sin embargo, finalmente nos inclinamos por introducir las, dado que consideramos relevante detectar la existencia de niños rechazados.

El test, fue aplicado a 116 niños, la totalidad de estudiantes del colegio, fue necesario formar cuatro grupos, formados por dieciséis veintiséis, treinta y tres y cuarenta y un niños respectivamente, dado que la aplicación de este instrumento requiere, por un lado, que los grupos no sean demasiado grandes, y por otro lado, resulta esencial que todos los sujetos se conozcan entre sí. Así pues, diferenciamos los grupos en función del curso escolar al que los niños pertenecían, guiados por los consejos de la dirección del mencionado colegio, así se formó un grupo con los estudiantes "plurideficientes", otro con los de 1^a, 2^a y 3^o, otro con los de 4^o, 5^o y 6^o, y otro con los de 7^o, 8^o curso y estudiantes aspirantes a la obtención del Certificado de Graduado Escolar (Ver Apéndice IV).

Area: Componentes no verbales, verbales y paralingüísticos de la habilidad social.

Instrumento. *Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS)* - Ver Caballo, 1987-. La evaluación fue realizada por dos observadores independientes durante el desarrollo de la entrevista del *Guión Conductual*. Previamente los observadores habían fijado la fiabilidad, bajo los mismos criterios utilizados en el *Guión Conductual*.

Procedimiento.- En primer lugar, durante el transcurso de una entrevista individual, se les aplicó el Cuestionario de *Autoestima*, el *autoinforme* y el guión conductual de la *Escala de Comportamiento Asertivo Infantil* además de la *Escala de Evaluación Conductual de las Habilidades Sociales*. En segundo lugar, fueron efectuados, con cada sujeto, dos Role-Play estructurados, con adultos y pares de edad, en situación de laboratorio. En tercer lugar, cada sujeto fue observado en su ambiente natural mediante la *Escala de Comportamiento Asertivo Infantil*. Al mismo tiempo, se recabaron los siguientes informes:

- A los maestros el *informe de otras personas incluido en la Escala de Comportamiento Asertivo Infantil*.
- A sus compañeros y a los niños objeto del estudio el *test Sociométrico*.

RESULTADOS

Propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación.

Fiabilidad.

En primer lugar procedimos a determinar la fiabilidad del *Guión Conductual*, de las observaciones efectuadas en ambientes naturales, *role-play* estructurados y del *Sistema de Evaluación Conductual de las Habilidades Sociales* (SECHS), se halló el acuerdo interjueces mediante la siguiente fórmula: N° Acuerdos/ N° Acuerdos+ N° Desacuerdos. Los resultados obtenidos con su aplicación se expresan en la Tabla 1.

Porcentaje Acuerdo	Prueba
95.79	Guión conductual
97.06	Observación total compañero
99.27	Observación total adulto
100.00	Observación enunciados positivos compañero
100.00	Observación enunciados positivos adultos
100.00	Observación enunciados negativos compañero
100.00	Observación enunciados negativos compañero
98.58	Observación peticiones compañero
99.24	Observación peticiones adulto
95.98	Observación conversación compañero
99.17	Observación conversación adulto
100.00	Observación empatía compañero
100.00	Observación empatía adulto
92.30	Role play compañero
80.00	Role play adulto
94.05	Comunicación no verbal
94.05	Comunicación paralingüística
100.00	Comunicación lingüística

Tabla 1.- Índices de fiabilidad interjueces

La consistencia interna del "*Informe de otras personas*", se halló mediante el "alpha" de Crombach cuyo valor fue de .8790. La puntuación media de esta escala fue de -15.25 y la desviación estándar de 21.49. En la siguiente tabla (n° 2) se presentan las correlaciones de cada ítem con la puntuación

total de la escala.

Ítem	"r" Pearson	Ítem	"r" Pearson
1	.8115**	2	.6199*
3	.5754*	4	.0026
5	.5075	6	.0736
7	.3068	8	.7398**
9	.2424	10	.4235
11	.4357	12	-.4791
13	.7940**	14	.6885*
15	.2919	16	.2034
17	.3468	18	.8403***
19	.5834*	20	.5294
21	.3114	22	-.1997
23	-.0005	24	.5861*
25	.3227	26	-.0220
27	-.1992	28	.5329
29	.3854	30	.4084
31	.5718	32	.5262
33	.3054	34	-.0889
35	.2496	36	-.0317
37	.7178**	38	.3476
39	-.0849	40	-.2159
41	.4563	42	.3314
43	.2349	44	.1221
45	.7936*	46	.1264
47	.0000	48	.4380
49	-.1664	50	.5483
51	.2571	52	.0601
53	.5070	54	.0227

* p<.05, **p<.01,***p<.001

Tabla 2.- Correlaciones de cada Ítem con el Total

La consistencia interna del "Autoinforme", se halló mediante el "alpha" de Crombach cuyo valor fue de .7755. La puntuación media de esta escala fue de -2 y la desviación estándar de 13.7695. En la siguiente tabla (nº 3) se presentan las correlaciones de cada ítem con la puntuación total de la escala.

Ítem	"r" Pearson	Ítem	"r" Pearson
1	.6328*	2	
3	.5971	4	.0373
5	-.3707	6	.1686
7	-.2328	8	-.5236
9	.5027	10	.5307
11	.7205*	12	.1924
13	-.1724	14	.6287*
15	.7617**	16	
17	.6262*	18	-.2111
19	.4576	20	.7479**
21	.0803	22	.2828
23	.4903	24	-.0933
25	.4027	26	.3415
27	.5080	28	.7627**
29		30	.5387
31	.5136	32	-.2424
33	.1686	34	-.2328
35	-.2770	36	.5027
37	.8402**	38	.6530*
39	.0786	40	-.2168
41	.1964	42	.4516
43	.2134	44	.4069
45	.0778	46	.4576
47	.0332	48	-.4033
49	.2828	50	.4547
51	.7219*	52	.7079*
53	.1399	54	.3908

* p<.05, **p<.01,***p<.001

Tabla 3.- Correlaciones: Ítem por Total

Para examinar la consistencia interna de la Escala de *Autoestima*, se halló el "alpha" de Crombach cuyo valor fue de .8397. Con una media en la Escala de 15.5 y una desviación estándar de 5.2310. La media de la correlación inter-ítem fue de .1732. En la siguiente tabla (n° 4) se presentan las correlaciones de cada ítem con la puntuación total de la Escala.

Tabla 4.- Correlaciones: Ítem por Total

Ítem	"r"	Probabilidad
1	.4659	P= .063
2	.2824	P= .187
3	.2995	P= .172
4	.1345	P= .338
5	.5956	P= .021*
6	.2107	P= .255
7	.5647	P= .028*
8	.2118	P= .254
9	.1729	P= .295
10	.5358	P= .036*
11	.6244	P= .015*
12	.8471	P= .000***
13	.4035	P= .097
14	.4803	P= .057
15	.3266	P= .150
16	.5188	P= .042*
17	.4803	P= .057
18	.6706	P= .008*
19	.4589	P= .067
20	.5117	P= .045*
21	.5956	P= .021*
22	.6706	P= .008**
23	.5647	P= .028*
24	.2662	P= .201
25	.4465	P= .073

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Validez Convergente.

Para hallar el coeficiente de validez de la *batería de habilidades sociales*, se utilizó como criterio los porcentajes de respuestas habilidosas registrados por una pareja de jueces expertos, tras visualizar las sesiones de *role-play*. Dado que los datos eran de carácter no paramétrico, se halló el coeficiente de concordancia "W" de Kendall, tanto para las interacciones entre compañeros, como para las interacciones entre niño-adulto. Para el caso de las interacciones entre compañeros se obtuvo $W(4) = .8125$, $p < .00001$, lo

que indica una alta correlación entre el *Guión Conductual*, el *Informe de otras personas*, el *Autoinforme*, y la *Observación en ambiente natural* con el *Role Play Compañeros*. En el caso de las interacciones entre niño-adulto, el valor de W, con 4 grados de libertad, fue igual a .7443, para $p < .00001$.

Validez Discriminante.

Se llevaron a cabo sendos análisis discriminantes tomando como variable de agrupamiento las puntuaciones totales de los sujetos en el *Role-Play* con compañeros y adultos, y como variables dependientes las puntuaciones totales y parciales obtenidas con la aplicación del resto de los instrumentos que conforman la batería. En ambos casos, los resultados fueron estadísticamente significativos; en el caso de la interacción con compañeros se obtuvo una "Chi cuadrado" igual a 43.081, y una correlación canónica igual a .9996, para una $P < .00001$, y 8 grados de libertad. La clasificación resultante de emplear los coeficientes de la función discriminante reveló que los miembros de cada uno de los agrupamientos pueden ser clasificados con una precisión del 100%. Concretamente, los sujetos que fueron clasificados como asertivos mediante el *Role-Play* entre compañeros se diferenciaron de los no asertivos en:

- a) expresar y responder a enunciados positivos,
- b) iniciar y mantener conversaciones, y
- c) empatizar afectivamente con los compañeros.

En el caso de la interacción con adultos, se obtuvo una "Chi cuadrado" igual a 37.999, y una correlación canónica igual a .9997, para una $P < .00001$, y 8 grados de libertad. Igualmente, en este caso la clasificación resultante de emplear los coeficientes de la función discriminante reveló que los miembros de cada uno de los agrupamientos pueden ser clasificados con una precisión del 100%. Concretamente, los sujetos que fueron clasificados como asertivos mediante el *Role-Play* con adultos se diferenciaron de los no asertivos en:

- a) iniciar y mantener adecuadamente conversaciones,
- b) empatizar afectivamente con el interlocutor, y
- c) ser evaluado como asertivo por otros significativos de su medio (más concretamente por sus profesores).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito del estudio fue desarrollar un modelo de evaluación de las habilidades sociales adecuado para su aplicación con niños ciegos congénitos. Los resultados han indicado que su consistencia interna o fiabilidad es elevada, y que presenta también una elevada validez convergente y discriminante. Por tanto, parece factible su aplicación en el caso que nos ocupa y en otros similares.

Una primera aplicación del instrumento, no nos ha permitido observar ninguna relación entre el nivel de *habilidades sociales* presentado por los niños y el *funcionamiento social* de los mismos dentro de su grupo de pertenencia, considerado éste como la posición sociométrica del niño. Esto no es de extrañar, dada la variabilidad de la muestra utilizada y la situación de los niños evaluados -escolarizados en régimen de internado en un centro específico-, así, niños que han obtenido bajas puntuaciones en habilidad social presentan un status sociométrico elevado. Idénticos resultados han sido observados respecto a la autoestima, en general todos los niños presentaban unos niveles elevados de *autoestima*, esto puede ser explicado por el hecho de que estos niños, en general, son reforzados por la consecución de pequeños logros (fundamentalmente por sus padres, familia y amigos), recibiendo así una información inadecuada del entorno acerca de su conducta, aspecto que puede repercutir negativamente en su posterior ajuste social, donde serán más exigentes a la hora de recompensar sus comportamientos. Así, muchos de los fallos en Habilidades Sociales de las personas ciegas, están relacionados con su desconocimiento de conductas interpersonales adecuadas (Richardson, 1969).

Una de las principales limitaciones de los sistemas de evaluación de las habilidades sociales utilizados con muestras de ciegos, es el que éstos no suelen seleccionar adecuadamente aquellos comportamientos que pueden resultar problemáticos o socialmente relevantes para este tipo de población. Nuestro modelo de evaluación, recoge aquellas habilidades sociales en las que suelen presentar déficits las personas con problemas de visión; postura, mirada, gestos expresivos, tono, peticiones de nueva conducta, etc. (ver Van Hasselt, 1983). Además, se ha puesto un especial interés en la evaluación de la conducta verbal, pues como apunta Van Hasselt (1985) ésta es una de las áreas de conducta en las que presentan más problemas los niños deficientes visuales en un régimen escolar de internado. Por otro

lado, nuestro modelo de evaluación contempla que los niños interactúen con pares y adultos videntes (con los que previamente no habían mantenido contacto alguno) en situaciones ambientales controladas de *role-play*, aspecto importante a considerar, dado que las interacciones sociales de estos niños son muy limitadas, básicamente se reducen a la familia, compañeros y personal del centro.

Además nuestro modelo de evaluación recoge la utilización tanto de medidas **objetivas** (mediciones y valoraciones realizadas por jueces sobre la conducta de los sujetos), como de medidas **subjetivas** (autoinformes y cuestionarios), en un intento por aprovechar las ventajas y superar las limitaciones de ambos tipos de medida.

En este sentido y en cuanto a las técnicas subjetivas (pruebas que nos proporcionan una información a la que es difícil -cuando no imposible- de acceder de otra forma) las críticas se han centrado en los sesgos que pueden presentar en función de la discapacidad social y la carencia de validez externa, basándose su elaboración únicamente en su validez aparente. En cuanto a las pruebas objetivas, las técnicas de *role-play* son criticadas por su ausencia de validez externa y por la dificultad existente a la hora de comparar los resultados procedentes de las mismas dada la gran variedad de procedimientos empleados por estas técnicas, pero proporcionan al investigador un gran control sobre las operaciones observacionales, y son la mejor alternativa a las técnicas de observación in vivo que parecen ser las más adecuadas para evaluar las habilidades sociales, aunque su aplicación comporte muchas dificultades prácticas, que en nuestro caso fueron superadas, en gran parte, gracias a la situación escolar de los sujetos.

Probablemente, un programa de entrenamiento dirigido a la consecución de objetivos específicos no requiriese una evaluación tan amplia de las habilidades sociales como la aquí propuesta, sin embargo, este modelo puede servir de base para ser adaptado a programas concretos, dado que permite elegir entre una amplia gama de conductas susceptibles de ser enseñadas a sujetos con características similares a los de nuestra muestra.

Una limitación de nuestro estudio es que no han sido consideradas las interacciones grupales, ni aquellas que tienen lugar con sujetos del sexo contrario; las primeras no lo fueron por que el interés de nuestro modelo está centrado en la conducta interpersonal cara a cara, y las segundas por la gran variabilidad de la muestra en edad y, consiguientemente es de suponer, en los intereses que motivan las interacciones heterosexuales.

REFERENCIAS

- Ammerman RT, Van Hasselt VB, Hersen M y Moore L. Assessment of Social Skills in Visually Impaired Adolescents and Their Parents. *Behavioral Assessment*, 1989, 11: 327-335.
- Argyle M. Interaction skills and social competence. En: P Feldman y J Orford. *The Social Psychology of Social Problems*. Chichester: John Wiley & Sons, 1980.
- Argyle M. *The psychology of interpersonal behaviour*. Harmondsworth: Penguin Books, 1983.
- Bellack AS. Recurrent problems in the behavioral assesement of social skill. *Behavior Research and Therapy*, 1983, 21: 29-41
- Blanco A. Evaluación de las habilidades Sociales. En: R Fernández Ballesteros y Carrobles JAI, (eds.). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide, 1982.
- Bryan JH y Bryan TH. *Exceptional Children*. Sherman Oaks, CA: Alfred, 1979.
- Caballo VE. *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro, 1987.
- Davidson TM. The vocational development and success of visually impaired adolescents. *New Outlook for the Blind*, 1975, 69: 314-319.
- Eaglestein AS. The social acceptance of blind high school students in an integrated school. *New Outlook for the Blind*, 1975, 69: 447-451.
- Erin JN, Dignan K y Brown PA. Are Social Skills Teachable?. A review of the literature. *Journal of visual impairment and blindness*, 1991, Febrero. 58-61
- Farkas GM, Sherick RB, Matson JC y Loebig M. Social skills training of a blind child through differential reinforcement. *The Behavior Therapist*, 1981, 4: 24-26.
- Filting EA. Rehabilitation states of former students at the Michigan School for the Blind. *New Outlook for the Blind*, 1955, 49: 21-26.
- Gilbert DG y Connolly JJ. *Personalidad, Habilidades Sociales y Psicopatología: un enfoque diferencial*. Barcelona: Omega, 1995.
- Gil F, León JM^a y Jarana L. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema,

1992.

Gil F, León JM^a y García Saíz M. Evaluación de las habilidades sociales. En: A Roa Álvaro, (Comp.). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE, S.L., 1995.

Kelly JA. *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclées de Brouwe, 1987.

MacFarland D. Social isolation of the blind: An underrated aspect of disability and dependency. *New Outlook for the Blind*, 1966, 60: 318-319.

Medina S y León JM. Entrenamiento en habilidades sociales a niños con ceguera congénita. En: F Gil y otros, (Coords.). *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Pirámide, 1995.

Michelson L y Randy W. Development and Psychometric Properties of the Children's Assertive Behavior Scale. *Journal of Behavioral Assessment*, 1982, 4(1).

Michelson L, Sugai DP, Wood RP y Kazdin AE. *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

Miller BS y Miller WH. Extinguishing "blindsms": A paradigm for intervention. *Education of Visual Impairment and Blindness*, 1976, 81: 265-267.

Philips E. *The social skills bases of psychopathology*. Londres: Grune and Stratton, 1978.

Quintana C. Evaluación de habilidades sociales en una muestra de ciegos. Memoria de Licenciatura no publicada. Universidad Complutense. Madrid, 1982.

Quintana C y Gil F. Integración social de las personas invidentes. Revisión de estudios sobre competencia social. *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM*, 1984, 17: 5-15.

Quintana C, Gil F y Clemente M. Competencia social y ceguera: un estudio comparativo. *Informes de Psicología*, 1984, 1-2: 121-132.

Richardson SA. The effect of physical disability on the socialization of the child. En: Goslin D, (ed.). *Handbook of Socialization Theory and Research*. Chicago: Rand McNally, 1969.

Scott RA. The socialization of blind children. En: D. Goslin (ed.). *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally, 1969.

Stewart IW, Van Hasselt VB, Simon J y Thompson WB. The Community

Adjustment Program (CAP) for Visually Impairment adolescents. *Journal of Visual Impairment and blindness*, 1985, 79(2): 49-54.

Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.

Van Hasselt VB, Hersen M, Whitehill M y Bellack A. Social skills assessment and training for children: and evaluative review. *Behaviour research and therapy*, 1979, 17: 417-37.

Van Hasselt VB, Hersen M, Kazdin AE, Simon J y Mastanuono A. Training blind adolescents in social skills. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 1983, 77(5): 199-203.

Van Hasselt VB, Hersen M y Kazdin AE. Assessment of Social Skills in visually-handicaped adolescents. *Behavior Research Therapy*, 1985, 23(1): 53-63.

Van Hasselt VB. Social Adaptation in the blind. *Clinical psychology Review*, 1985, 3: 87-102.

APÉNDICE I

GUIÓN CONDUCTUAL PARA NIÑOS (CBS)

- 1) "Hola me llamo"
- 2) "¿Me dices tu nombre y apellidos?"
- 3) "Formo parte de un grupo de gente que habla con los niños en los colegios sobre sus aficiones, el colegio y cosas por el estilo".
- 4) "¿Por qué no te sientas mientras voy buscando una cosa que necesito?"
- 5) "¿Qué es lo que más te gusta hacer?"
- 6) "Dime algo que te guste de esta escuela, y, ¿por qué te gusta?"
- 7) "Dime algo que te guste de otro niño".
- 8) "¡Qué simpático eres!"
- 9) "¿Qué deportes te gustan?"
- 10) "¿Hay algo que no te guste del colegio? ¿Por qué?"
- 11) "Dime algo que no te guste de otro niño y, ¿por qué?"
- 12) "¿Qué clase te gusta más?"
- 13) "¿Qué (algo de su apariencia física, por ejemplo, su camisa, vestido...) más bonito llevas!"
- 14) "¡Ay! Me duele mucho".
- 15) "Seguramente vamos a hacer limpieza en el colegio y queremos saber si estás dispuesto a quedarte sin recreo durante tres meses para limpiar en ese tiempo".
- 16) "¡Te hemos engañado!. Es una broma".
- 17) "¿Cómo te encuentras hoy?"
- 18) "Mira en el bolsillo, y dice "sólo me quedan dos caramelos", se come uno y deja el otro muy cerca del sujeto).
- 19) "¿Qué programa de televisión te gusta más?"
- 20) "¿Me haces un favor?. ¿Puedes ir hacia la puerta y abrirla y cerrarla varias veces?. Antes esta puerta no cerraba bien".
- 21) "¿Qué te gustaría cambiar del colegio y por qué?"
- 22) "¿Qué te parece el tiempo que hace?"
- 23) "¿Cuál es tu personaje favorito de televisión?"
- 24) "¿Qué has hecho hoy en clase?"
- 25) "Bueno, la entrevista ya ha terminado. Muchas gracias por hablar conmigo, que te vaya bien".

* Los ítemes no codificados, son los numerados con: 3,5,9,12,16,19,22,23,24.

APÉNDICE II

HOJA DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

ROLE PLAY INTERACCIÓN NIÑO-NIÑO

A continuación observarás diez escenas en las que interaccionan dos niños, uno de los cuales presenta la característica de ser ciego congénito. Usted, en primer lugar visualizará el video en su totalidad, para después visualizarlo escena por escena, y le solicitamos que tras cada escena pare el video y evalúe, mediante la escala Lickert que le proporcionamos más abajo, la competencia social del sujeto. Recuerde que por competencia social entendemos la capacidad de percibir, entender y responder de un modo efectivo a nuestro medio social. Igualmente, queremos recordarle que cada vez que usted pare el video para responder deberá anotar el número de pasos de la cinta que aparece en el display del video bajo la denominación "counter reset".

ESCENA 1 (el niño comparsa incita a la expresión de enunciados positivos al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 2 (el niño comparsa incita al niño experimental a que emita una respuesta ante enunciados positivos). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 3 (el niño comparsa incita a la expresión de enunciados negativos al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 4 (el niño comparsa incita al niño experimental a que emita una respuesta ante enunciados negativos). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 5 (el niño comparsa incita a hacer peticiones/ dar órdenes al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 6 (el niño comparsa incita al niño experimental a que siga peticiones/órdenes). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 7 (el niño comparsa incita al niño experimental a que inicie y mantenga conversaciones). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 8 (el niño comparsa incita al experimental a escuchar durante las conversaciones). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 9 (el niño comparsa incita a la expresión de sentimientos/manifestaciones de empatía al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 10 (el niño comparsa incita al niño experimental a responder ante sentimientos/manifestaciones de empatía). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

APÉNDICE III

HOJA DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

ROLE PLAY INTERACCIÓN NIÑO- ADULTO

A continuación observarás diez escenas en las que interaccionan un niño y un adulto, el niño presenta la característica de ser ciego congénito. Usted, en primer lugar visualizará el video en su totalidad, para después visualizarlo escena por escena, y le solicitamos que tras cada escena pare el video y evalúe, mediante la escala Lickert que le proporcionamos más abajo, la competencia social del sujeto. Recuerde que por competencia social entendemos la capacidad de percibir, entender y responder de un modo efectivo a nuestro medio social. Igualmente, queremos recordarle que cada vez que usted pare el video para responder deberá anotar el número de pasos de la cinta que aparece en el display del video bajo la denominación "counter reset".

ESCENA 1 (el adulto comparsa incita a la expresión de enunciados positivos al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 2 (el adulto comparsa incita al niño experimental a que emita una respuesta ante enunciados positivos). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 3 (el adulto comparsa incita a la expresión de enunciados negativos al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 4 (el adulto comparsa incita al niño experimental a que emita una respuesta ante enunciados negativos). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 5 (el adulto comparsa incita a hacer peticiones/ dar órdenes al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 6 (el adulto comparsa incita al niño experimental a que siga peticiones/órdenes). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 7 (el adulto comparsa incita al niño experimental a que inicie y mantenga conversaciones). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 8 (el adulto comparsa incita al experimental a escuchar durante las conversaciones). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 9 (el adulto comparsa incita a la expresión de sentimientos/manifestaciones de empatía al niño experimental). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

ESCENA 10 (el adulto comparsa incita al niño experimental a responder ante sentimientos/manifestaciones de empatía). ¿En qué grado estima Vd. que la respuesta del sujeto ha sido competente?.

1	2	3	4	5
Poco hábil		Moderada- mente hábil		Muy hábil socialmente

Counter reset:

APÉNDICE IV

TEST SOCIOMÉTRICO

1º.- ¿Con qué dos niños/as prefieres jugar en el recreo?.

1.- _____

2.- _____

• ¿Y con cuales no te gusta jugar?.

1.- _____

2.- _____

2º.- Si tuvieras que realizar un trabajo para clase o preparar un control ¿qué dos compañeros o compañeras elegirías para ello?.

1.- _____

2.- _____

• ¿A quién no elegirías?.

1.- _____

2.- _____

Notas:

1. Este estudio ha sido posible gracias a la financiación de la O.N.C.E.
2. De lo expuesto, se puede deducir que las "habilidades sociales" quedan incluidas en las "Habilidades para Vivir", incluso, en ocasiones, ambos términos designan idénticos repertorios de conducta. En nuestra opinión, la distinción es oportuna, ya que para lograr la competencia psicosocial, no sólo se requiere la adquisición y el desarrollo de capacidades de carácter interpersonal. Además, de esta forma, logramos hablar de las "habilidades sociales" en clave de salud, y no de enfermedad o patología, como viene siendo habitual en la literatura castellana.
3. Aunque este término es empleado generalmente como sinónimo de habilidad social, en nuestro caso y siguiendo a Schlundt y McFall (1985) diferenciaremos ambos; la competencia social será entendida como la eficiencia de la ejecución y la habilidad social como los procesos y capacidades subyacentes a dicha ejecución.

ENTRENAMIENTO EN DISCRIMINACIÓN DE NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE: ESTUDIO COMPARATIVO

Manuel de la Fuente Arias y Jesús Gil Roales-Nieto

Departamento de Psicología.

Universidad de Almería

RESUMEN

Se distribuyeron 30 adolescentes con diabetes mellitus insulino-dependiente en cinco grupos experimentales y un grupo control (grupo 1) a fin de comparar la eficacia diferencial de cinco procedimientos de entrenamiento en discriminación del nivel de glucosa en sangre. Los cinco procedimientos fueron: un procedimiento de *feedback* (grupo 2); un entrenamiento en *feedback* y señales internas mediante el empleo del Cuestionario IC-1 (grupo 3); un entrenamiento en *feedback* y señales externas mediante el empleo del Cuestionario EC-2 (grupo 4); un entrenamiento en *feedback*, señales internas y externas (grupo 5); y un entrenamiento en *feedback* y señales externas modificado con la inclusión de un entrenamiento en interacciones entre las señales externas (grupo 6). El promedio de edad de los sujetos fue de 16.7 años, con un promedio de 7 años de duración de su diabetes. Como variables dependientes se emplearon el Error en la Estimación (EE) y el Índice de Precisión (IP).

Los resultados mostraron diferencias significativas tanto en EE como en IP de todos los grupos con respecto al grupo control. Los grupos 4, 5 y 6 tuvieron mejores resultados que el grupo 2, mientras que el grupo 3 no mostró diferencias significativas respecto del grupo 2. Las mayores reducciones en EE y los mayores aumentos en el IP (i.e., un aumento en las estimaciones de Zona A y un descenso en las de Zonas C, D y E) correspon-

dieron a los grupos 4 y 6, de ahí que el entrenamiento en señales externas aparezca como el mejor procedimiento para mejorar la conciencia o discriminación de los niveles de glucosa en sangre. Por ello, este estudio sugiere que el entrenamiento discriminación de niveles de glucosa en sangre en pacientes diabéticos insulino-dependientes, debería centrarse en el empleo de las señales externas como procedimiento principal, con un énfasis especial en el entrenamiento en las interacciones entre las señales externas.

Palabras clave: Diabetes, Autocontrol.

ABSTRACT

30 IDDM adolescents were distributed in five experimental groups and a control group (group 1) in order to compare the differential effects of five different procedures for training in the awareness of blood glucose level. The five procedures were: a simple feedback procedure (group 2); an internal cues training plus feedback using Checklist IC-1 (group 3); an external cues training plus feedback using Checklist EC-2 (group 4); both internal and external cues trainings plus feedback (group 5); and a modified external cues training considering interactions between the different external cues plus feedback (group 6). The average age of subjects was 16.7 years, with an average diagnosed diabetes of 7 years. Sample included 14 girls and 16 boys. As dependent variables were used the Estimation Error (EE) and the Accuracy Index (AI), the last an overall composite score derived from the Error Grid Analysis.

Results show significant differences in the EE as well as the AI for all groups with respect to the control group. Groups 4, 5 and 6 had better scores than group 2, while group 3 did not have significant differences with regard to group 2. The biggest reductions in EE and the best increase in AI (i.e., increased estimations in Zone A and decreases in Zones C, D and E) corresponded to groups 4 and 6. External cues training were, then, defined as the best procedure to enhance awareness of BGL. That is, this study suggests that the training in awareness of the blood glucose training might focus on external cues with an special emphasis on their interactions.

Key words: Diabetes, self-control

INTRODUCCIÓN

El interés por establecer relaciones entre los aspectos clínicos y conductuales de la diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) se desarrolló

estimulado por los estudios realizados en el área de las respuestas fisiológicas y viscerales. A partir de los alentadores resultados obtenidos, la investigación en este campo se encaminó hacia el desarrollo de procedimientos de entrenamiento que pudieran servir para enseñar a los pacientes diabéticos a discriminar los cambios en sus niveles de glucosa en sangre (NGS).

El NGS es la pieza central en el proceso de autorregulación diabética, en tanto sus variaciones marcan los cambios o reiteraciones en los diversos aspectos del tratamiento. Un paciente diabético debe variar o no la dosis y/o el tipo de insulina que se inyecta, mantener su dieta, comer más o menos, y hacer más, menos o ningún ejercicio en función de las variaciones producidas en su NGS. Por ello, resulta extremadamente importante que un paciente diabético disponga de información lo más constante y actualizada posible sobre sus NGS. Si el paciente desconoce cómo su NGS varía a lo largo del día es virtualmente imposible que consiga autorregular su régimen de tratamiento y organizar sus actividades en forma adaptativa. Estaremos en dicho caso ante un paciente "conductualmente ciego" y expuesto a toda clase de dificultades.

En las personas no diabéticas el NGS es automáticamente regulado -esto es, fisiológicamente- respondiendo a las variaciones en diversos aspectos, entre ellos la dieta como fundamental, de forma que a mayor concentración de glucosa en la sangre, mayor secreción de insulina por el páncreas. Aunque esto sea, obviamente, una simplificación de un proceso mucho más complejo (Gil Roales-Nieto y Vélchez Joya, 1993).

Para los diabéticos el automatismo del proceso de regulación glucoinsulínica ha desaparecido total o parcialmente, pasando a ser un proceso de autorregulación de naturaleza bioconductual, en tanto que un dato o estímulo biológico, el NGS, debe ser conductualmente detectado y conductualmente corregido o mantenido. El NGS continúa manteniendo su papel central de feedback, pero el proceso de regulación que atiende a dicha señal es ahora de otra naturaleza (el lector interesado puede encontrar un análisis de los componentes del proceso bioconductual de regulación glucoinsulínica en diabetes y su contraste con el proceso de regulación normal, en Gil Roales-Nieto y Vélchez Joya, 1993). Así pues, el NGS cumple el papel de feedback necesario, corrector o reforzador de las pautas de conducta relacionadas con sus variaciones, y por ello, pieza clave en el abordaje psicológico de la diabetes.

Los pacientes diabéticos saben de ello y procuran conocer y/o controlar su NGS bien mediante periódicos autoanálisis de glucosa en sangre capilar, a través de controles médicos de mayor o menor periodicidad, infiriéndolo

a través de otras analíticas (p.ej., glucosa en orina), o bien simplemente deduciéndolo mediante un proceso de reflexión sobre sus condiciones actuales y previas, sus pautas de tratamiento y en función de sus conocimientos diabetológicos. Cuando un paciente hace esto último decimos que **estima** su NGS, en tanto no procede a su medición sino que concluye su posible valor analizando datos relacionados con ello. La eficacia con que los pacientes llevan a cabo este proceso, esto es, su nivel de precisión en las estimaciones, el tipo de errores que cometen y los riesgos que corren a consecuencia de su comportamiento de estimar, son interrogantes importantes a la hora de valorar la necesidad o no de intervenir psicológicamente en un proceso que, por su naturaleza, es un área susceptible de tal actuación. La estimación es un comportamiento complejo, resultado final de un proceso de análisis que combina numerosas informaciones sobre aspectos importantes por sí mismos y por sus interacciones.

No se dispone de datos fiables que permitan cuantificar la frecuencia en el uso de la estimación del NGS por los pacientes diabéticos (Wing, 1985; Wisocki, 1989), pero debe tenerse en cuenta que de las tres posibles formas de evaluar el estado glucémico puntual de las que dispone todo paciente diabético (i.e., (1) hacer un análisis de su glucosa en sangre capilar; (2) deducir cual es su NGS en función de la sintomatología que esté experimentando; y (3) estimar o deducir el NGS que cree tener en base a sus conocimientos diabetológicos y a su rutina de tratamiento), en numerosísimas ocasiones a lo largo de su vida se encontrará con que la única disponible es la tercera, dado que ciertos NGS son asintomáticos, que no está tampoco disponible la oportunidad de llevar a cabo un autonálisis de glucosa y que lo único que le queda es, por tanto, suponer o estimar cuál puede ser su NGS en base al momento del día, a la actividad desarrollada, a la insulina, etc. Podemos esperar que cualquier paciente diabético se vea en la necesidad de estimar su NGS desde algunas veces al día hasta docenas de ellas, según se lo demanden las circunstancias.

El entrenamiento en discriminación de NGS, como intervención psicológica en diabetes, tiene como objetivo enseñar a los sujetos diabéticos a estimar el valor de su NGS mediante la discriminación y correcta estimación de sus cambios con la mayor precisión posible, cuando no está disponible la posibilidad de obtener información sobre el NGS mediante un análisis de glucosa en sangre capilar. Resuelta ya la discusión acerca de la conveniencia y beneficios del entrenamiento en discriminación del NGS para el logro de un mejor control diabético (ver al respecto, Gonder-Frederick y Cox, 1991; Gil Roales-Nieto, 1991; Gil Roales-Nieto y Vílchez Joya,

1993), se trataría de establecer cuál de los diferentes procedimientos ensayados revela mejores perspectivas de aplicación. En este sentido, podemos establecer tres líneas de investigación y aplicación que responden a la confianza en tres diferentes procedimientos que, sin embargo, no resultan excluyentes o contradictorios. Estas líneas son los entrenamientos que colocan su énfasis en el *feedback* (Gross et al., 1983, 1984, 1985; Bradley y cols., 1983), en el empleo de las señales internas o síntomas corporales asociados a las variaciones del NGS (Cox y cols., 1985)¹, o en el empleo de las señales externas asociadas a las variaciones del NGS (Gil Roales-Nieto, 1988a,b, 1991; Luzoro y Gil Roales-Nieto, 1993).

Un análisis de los estudios realizados con el objetivo de entrenar a pacientes diabéticos a discriminar su NGS con uno u otro método, pone de manifiesto la existencia de importantes diferencias metodológicas entre ellos, que dificultan la comparación de los resultados obtenidos. Dichas diferencias abarcan el tipo de diseño empleado, la incorporación o no de un grupo control y el tipo de análisis de los resultados. Por ejemplo, Bradley y cols., (1983) y Cox y cols., (1988, 1989) emplearon diseños de grupo, mientras que Gross y cols., (1983, 1984, 1985), Gil Roales-Nieto, (1988a, b, 1991) y Luzoro y Gil Roales-Nieto (1993) utilizaron diseños intrasujeto de línea base múltiple. Por otro lado, no todos los estudios que han utilizado diseños de grupo han incorporado grupo control (Bradley y cols., 1983; Cox y cols., 1988). Asimismo, en el tipo de análisis de los resultados, también se presentan diferencias importantes ya que unos autores han tomado como unidad de análisis el Error en la Estimación (p.ej., Bradley y cols., 1983; Gil Roales-Nieto, 1988a,b, 1991; Gross y cols., 1983, 1984, 1985; Luzoro y Gil Roales-Nieto, 1993), y otros han realizado análisis más cualitativos, basados en las supuestas implicaciones clínicas de los errores de estimación, utilizando el Análisis de Rejilla (Cox et al, 1988, 1989).

Asimismo, la mayoría de los estudios presentan deficiencias o debilidades metodológicas que cuestionan la fiabilidad y validez de sus resultados, especialmente en lo que se refiere a las comparaciones entre los diferentes procedimientos. Por ejemplo, en algunos estudios (Gross y cols., 1983, 1984, 1985) los ensayos se hicieron según un patrón temporal fijo, de modo que no se aisló el efecto de la formación de discriminaciones temporales que facilitasen la estimación. En otros estudios (p.ej., Cox y cols., 1985) no se controló la existencia de posibles fraudes en los datos (i.e., haciendo primero el análisis de glucosa en sangre capilar y "estimando" después), en tanto parte de los ensayos se realizaron por cada sujeto en su hogar.

Igualmente, algunos estudios que pretendían valorar la eficacia diferencial entre señales internas y externas en la mejora de la estimación (p.e., Cox y cols., 1985) no controlaron la inclusión de un componente de feedback junto a las señales internas, de manera que dicha comparación no estuvo metodológicamente controlada.

Así pues, ningún estudio ha sometido a comparación los tres tipos de procedimientos mencionados, y cuando se ha hecho parcialmente, las deficiencias metodológicas impiden extraer conclusiones válidas sobre la eficacia diferencial de cada uno de ellos y de sus posibles combinaciones en la mejora de la discriminación de los NGS. El objetivo central del presente estudio es, por tanto, llevar a cabo tal comparación, de forma que pueda identificarse aquél o aquéllos procedimientos que permitan conseguir a los pacientes diabéticos una mejor precisión en la estimación de su NGS con trascendencia sobre su control diabético; esto es, la evaluación del efecto sobre la precisión en la realización de estimaciones de la concentración de glucosa en sangre, que cada uno de los componentes incluidos en los entrenamientos en discriminación de los NGS (señales externas, síntomas o señales internas y feedback), tienen por sí mismos y en asociación con los demás.

A fin de garantizar la fiabilidad y validez de los datos, se tomaron una serie de precauciones metodológicas a la hora de diseñar el estudio, que intentaran solventar las debilidades referidas para los estudios previos. Así, tanto las estimaciones como los valores reales de los NGS, se obtuvieron directamente por el investigador, evitando los problemas de posibles "fraudes" y la desigual habilidad de los sujetos en la realización de los análisis de glucosa en sangre capilar. Igualmente, se evitó la formación de discriminaciones temporales que sesgaran los datos, variando el momento del día de los ensayos, dentro de un rango horario compatible con el esquema de perfil glucémico aconsejable para estos estudios (Luzoro y Gil Roales-Nieto, 1993). Por último, el análisis de los resultados incluyó el empleo de medidas que ofrecen información cualitativa y cuantitativa sobre los errores en la estimación.

MÉTODO

Sujetos

Participaron en este estudio, treinta sujetos con diabetes insulino-dependiente. La muestra incluía catorce mujeres y diecisiete varones. Su media de edad era de 16,7 años y el tiempo medio desde el diagnóstico de la diabetes era de 7 años, con un rango entre 1 y 18 años. Ningún sujeto recibía

medicación complementaria al tratamiento habitual, como consecuencia de alguna complicación diabética.

El tiempo desde la última revisión, oscilaba entre una semana y un año y medio. La mitad de los sujetos habían realizado su último chequeo durante el mes anterior al estudio, aunque el tiempo medio de la muestra era de 16 semanas.

Medidas

Las medidas realizadas durante el desarrollo del estudio, fueron las siguientes: (1) nivel de conocimientos de la diabetes y su autocuidado; (2) valores reales del NGS en mgr/dl., obtenidos por medio de muestras de sangre capilar siguiendo el procedimiento normalizado para este tipo de análisis; (3) valores estimados del NGS en miligramos de glucosa por decilitro de sangre (mgr/dl), obtenidos mediante ensayos de estimación en los que cada sujeto indicaba el valor de su NGS por él hipotetizado; (4) errores en la estimación (EE), obtenidos calculando la diferencia, en valores absolutos, entre el valor estimado y el valor real del NGS en el momento de la estimación (Gross et al., 1983; Roales-Nieto, 1988a,b); (5) Índice de Precisión (IP) de las estimaciones, obtenido mediante el empleo del **Error Grid Analysis (EGA)** (Cox y cols.,1985), que categoriza las estimaciones en función del error numérico y de las posibles consecuencias clínicas derivadas de la estimación por empleo para realizar acciones autorreguladoras, diferenciando las estimaciones en precisas o de zonas A, errores de estimación benignos o zonas B, y errores de estimación clínicamente peligrosos o zonas C,D y E. El IP se obtuvo aplicando la fórmula: $IP = \% \text{ zonas A} - \% \text{ zonas C+D+E}$.

La primera medida cumplió el papel de variable homogeneizadora y para la selección de los sujetos y las restantes se emplearon como indicadoras del efecto de las intervenciones sobre la discriminación de los NGS.

Diseño

Se utilizó un diseño factorial mixto 6x3, con dos factores, de seis y tres niveles respectivamente, y con medidas repetidas en el segundo factor. El primer factor, Factor A (GRUPOS), tuvo seis niveles de análisis, definidos por seis grupos independientes (cinco experimentales y un grupo control). Cada grupo estuvo formado por cinco sujetos, del total de los treinta que participaron. El Factor B (FASES), tuvo tres niveles de análisis, como medidas repetidas intrasujeto: (1) Fase preintervención, (2) Fase de intervención, y (3) Fase postintervención.

Instrumentos

Para evaluar los conocimientos básicos sobre el autocuidado de la diabe-

tes, de los elementos principales de su tratamiento (insulina, dieta y ejercicio), de las crisis y de sus complicaciones, se utilizó un "Cuestionario de Conocimientos en Autocontrol Diabético", elaborado expresamente para este trabajo en tanto no existen instrumentos normalizados que cumplan esta función.

Para obtener los niveles reales de glucosa en sangre capilar se utilizó un glucómetro (Glucometer M, Miles Martin, Indiana, USA) y sus correspondientes tiras reactivas. Por último, se emplearon como instrumentos para el entrenamiento en estimación el Cuestionario de Señales Internas (CSI)² y el Cuestionario de Señales Externas (CSE)³ que se describen en el siguiente apartado.

Procedimiento

La selección de los Sujetos, se realizó a través de la información obtenida mediante entrevista personal y con la aplicación del "Cuestionario de Conocimientos en Autocontrol Diabético". Fueron cumplimentados en una sesión de entrevista inicial, y sirvieron para garantizar que todos los sujetos cumpliesen los criterios exigidos para su aceptación como participantes en la investigación: (1) tener diagnosticada diabetes insulino-dependiente; (2) edad comprendida entre los 12 y los 20 años; (3) no presentar complicaciones diabéticas graves, (problemas cardiovasculares, neuropatías, etc.), o estar tomando medicaciones que pudiesen alterar la percepción de las sensaciones corporales; y (4) tener un buen nivel de conocimientos sobre el autocuidado de la diabetes.

Cumplimentada la entrevista inicial, y habiendo comprobado que reunía los criterios exigidos, se explicó a cada sujeto en qué consistiría su participación, y se les informó de las características de la investigación, así como de los aspectos que más directamente les afectarían, tras lo cual se realizó una programación conjunta, entre cada sujeto y el investigador (en algunos casos, también con los padres), en la que se acordaba el día del inicio del estudio, los días de la semana en que se iba a desarrollar, y el tiempo total de duración. Los sujetos fueron asignados a los distintos grupos según una ordenación previa al azar del orden de incorporación. En todas las fases del estudio se siguió el mismo patrón temporal de ensayos, distribuyéndose los 6 ensayos diarios en la siguiente manera: (1) antes del desayuno; (2) una hora después del desayuno; (3) dos horas después de haber desayunado; (4) inmediatamente antes de la comida; (5) una hora después de la comida; y (6) dos horas después de haber comido. En las fases pre y postintervención, se realizó un perfil de seis ensayos durante un día en cada una de ellas, mientras que en la fase de intervención, se realizaron dos perfiles de 6 ensa-

yos distribuidos en dos días.

Todos los ensayos de estimación del NGS y de análisis de sangre, se hicieron durante las tres fases en el contexto social natural de cada sujeto (casa, colegio, trabajo, etc.). A su vez, todos los ensayos fueron supervisados por el investigador, lo que garantiza la fiabilidad de los datos obtenidos. Habitualmente, los ensayos 1 y 4 coincidían con estancias en el hogar, mientras que los ensayos 2, 3, 5, y 6, se producían mientras los sujetos estaban en el colegio o en el trabajo y en casa en alguna ocasión.

Fases pre y postintervención.

El investigador pedía a los sujetos que hiciesen una estimación de su NGS actual y, a continuación, se realizaba el análisis de sangre capilar correspondiente para conocer el valor real del NGS. En estas dos fases, los sujetos no recibieron información alguna sobre el valor obtenido en cada ensayo, ni sobre sus errores de estimación.

Fase de intervención.

Los distintos grupos se diferenciaron, en función del tipo de entrenamiento en discriminación que recibieron. El procedimiento de obtención y registro de los valores reales, a través de los análisis de sangre, se realizó para todos los grupos de igual manera que en las fases pre y postintervención. Todos los grupos experimentales tuvieron en esta fase como elementos comunes en su entrenamiento (1) información sobre el valor del NGS resultante en cada ensayo (entendido como *feedback* del NGS), y (2) el recordatorio de este valor en el siguiente ensayo de estimación con la instrucción de que fuera tenido en cuenta al estimar el nuevo NGS como una señal más. El procedimiento de intervención específico para cada grupo fue como sigue:

GRUPO 1 o Grupo Control: no recibió entrenamiento en discriminación alguno, de modo que en los ensayos correspondientes a esta fase se mantuvieron las mismas condiciones de las fases pre y postintervención.

GRUPO 2 o Grupo de Feedback: su entrenamiento se llevó a cabo empleando únicamente el feedback del NGS como única estrategia de intervención. En cada uno de los ensayos, los sujetos estimaron su NGS, tras lo cual se obtuvo el NGS real, observando los sujetos directamente el resultado y conociendo el error en la estimación cometido. Al margen de lo anterior no se hicieron comentarios ni se aportaron otras informaciones al respecto.

GRUPO 3 o Grupo de Señales Internas y Feedback: en cada ensayo, antes de realizar la estimación de su NGS, los sujetos cumplimentaron el "Cuestionario de Señales Internas" (CSI), que incluye un listado de 18 sín-

tomas físicos asociados a distintas variaciones del NGS. Los sujetos debían identificar y señalar aquéllos síntomas que estuvieran sintiendo en el momento preciso del ensayo. A continuación los sujetos estimaban su NGS bajo la instrucción de atender a la significación de los síntomas reconocidos. Tras ello, se obtenía el NGS real y el error en la estimación, observando los sujetos directamente el resultado. En función del error en la estimación resultante los sujetos tenían la oportunidad de reevaluar sus respuestas iniciales al cuestionario, con el objeto de reidentificar y consolidar la identificación de los síntomas percibidos antes de la estimación, identificar algún otro no reconocido anteriormente y excluir aquéllos que resultaren falsas alarmas.

Esta reevaluación tenía como objetivo ofrecer la oportunidad de establecer asociaciones correctas entre síntomas percibidos y NGS en función del EE obtenido, de manera que se garantizase, en lo posible, la atención selectiva a los síntomas correctos en los siguientes ensayos de estimación.

GRUPO 4 o de Señales Externas y Feedback: los sujetos de este grupo, cumplimentaron antes de hacer su estimación, el "Cuestionario de Señales Externas" (CSE) (Roales-Nieto 1988b), que incluye una serie de preguntas sobre las señales externas relacionadas con las variaciones en el NGS. Dichas señales incluyen aspectos relacionados con las inyecciones de insulina, la alimentación y la actividad o ejercicio físico realizado, así como con los momentos de tensión o ansiedad experimentados en las últimas horas. Una vez cumplimentado el cuestionario, los sujetos estimaban el valor de su NGS en función de sus respuestas al mismo. Siguiendo la secuencia de los grupos anteriores, se procedía al análisis de sangre capilar proporcionando el feed-back del valor real del NGS y el error de estimación.

Hecho esto, el sujeto tenía la oportunidad de reevaluar sus respuestas al cuestionario, en función del EE obtenido. Esta reevaluación tenía como objetivos que el sujeto fortaleciera los indicadores externos relacionados con su NGS, modificara o cambiase aquéllas respuestas previas a la estimación que ahora considerase incorrectas o imprecisas o hubiera obviado. Por último, se pedía a los sujetos que explicasen las razones por las que, a su juicio, se había producido el error o acierto en la estimación que hubiera tenido lugar en cada ocasión.

GRUPO 5 o de Señales Internas, Externas y Feedback: en este grupo se pidió a los sujetos que, antes de realizar la estimación, cumplimentaran tanto el CSI como el CSE, instruyéndoles para que hiciesen la estimación de su NGS en base a sus respuestas. El resto del procedimiento seguía los mismos pasos descritos para los Grupos 3 y 4, con la salvedad de que la ree-

valuación se hacía sobre ambos Cuestionarios. A fin de evitar posibles efectos derivados del orden en la cumplimentación de los cuestionarios, se hizo un balanceo para cada sujeto a lo largo de los 12 ensayos de esta fase.

GRUPO 6 o de Entrenamiento en Interacción, Señales Externas y Feedback: el Programa de entrenamiento en interacción entre las señales externas es el componente diferencial de este grupo y se aplicó siempre previamente al inicio del período de entrenamiento en discriminación del NGS, con una duración media de cinco horas por sujeto. El Programa se estructuró en tres partes:

(1) un repaso recordatorio sobre los principales contenidos en educación diabetológica, que incluyó los tópicos generales sobre la diabetes, su control, crisis y complicaciones; las principales reglas sobre insulina, dieta y ejercicio; las relaciones y efectos de interacción de la insulina, la dieta y el ejercicio, así como los efectos de las situaciones de ansiedad y tensión sobre el NGS.

(2) La elaboración de un programa personalizado de entrenamiento en interacción entre las señales externas con base en el tratamiento médico específico de cada sujeto y las circunstancias de su vida personal de interés para la adherencia; diseñando, para ello, un gráfico que recogiera el perfil diario de acción de la Insulina para cada sujeto, en función de su horario habitual de inyecciones y el tipo o tipos de insulina utilizada, instruyendo a cada sujeto a valorar el momento de inicio del efecto, el momento de efecto máximo, y la duración total del efecto.

Con ello, cada sujeto marcó sobre el gráfico los momentos en los que habitualmente desarrollaba alguna de las actividades relevantes por su acción sobre el NGS (i.e., momentos del día en los que ingería alimentos, períodos de actividad o inactividad, etc.). A partir del gráfico resultante, se instruyó a los sujetos para que identificasen el tipo de efectos de interacción sobre el NGS -sumatorios o compensatorios- que se producían entre la insulina y el resto de las señales externas en su vida cotidiana.

(3) La instrucción en el cálculo de los hidratos de carbono y las calorías de las tres últimas comidas principales realizadas por cada sujeto, contrastando los resultados con la dieta establecida en cada caso.

(4) La instrucción en el cálculo aproximado del consumo energético según distintas actividades, empleando como ejemplos los consumos aproximados de calorías que habrían tenido según las distintas actividades desarrolladas en las últimas veinticuatro horas.

(5) La puesta en práctica de los conocimientos y habilidades adquiridas a través de la simulación de situaciones y la práctica de supuestos de esti-

mación. Para ello, cada sujeto, teniendo como base su perfil diario de acción de la insulina, practicó sobre distintos supuestos hipotéticos, en los que se modificaron el tipo y cantidad de alimentos ingeridos, el momento de la ingesta y el tipo y momento de la actividad física. Cada sujeto estimaba el hipotético valor de su NGS en cada uno de los supuestos, y recibía reforzamiento positivo social por su acierto en la valoración de las condiciones de prueba.

Para este Grupo, el período de entrenamiento en discriminación del NGS aplicado tras el entrenamiento anterior, se desarrolló en idéntica forma de proceder a la relatada para el Grupo 4.

RESULTADOS

Los resultados del estudio se exponen separadamente para los tipos de medidas realizadas. En primer lugar, una breve mención a los datos sobre nivel de conocimientos en educación diabetológica de los pacientes y en segundo lugar los datos sobre resultados de las variables indicadoras de la capacidad de discriminación del NGS o precisión en la estimación (i.e., los errores en la estimación y los índices de precisión).

En cuanto al nivel de conocimientos en educación diabetológica, la función de esta variable consistió en permitir la homogeneización de la muestra en un requisito previo fundamental para el entrenamiento en discriminación del NGS, de forma que sólo se aceptaron como participantes pacientes que puntuaron dentro del rango máximo (80-100% de respuestas correctas) en el Cuestionario de Conocimientos en Autocontrol Diabético. La media global para toda la muestra fue del 86% de respuestas correctas, y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos a este nivel.

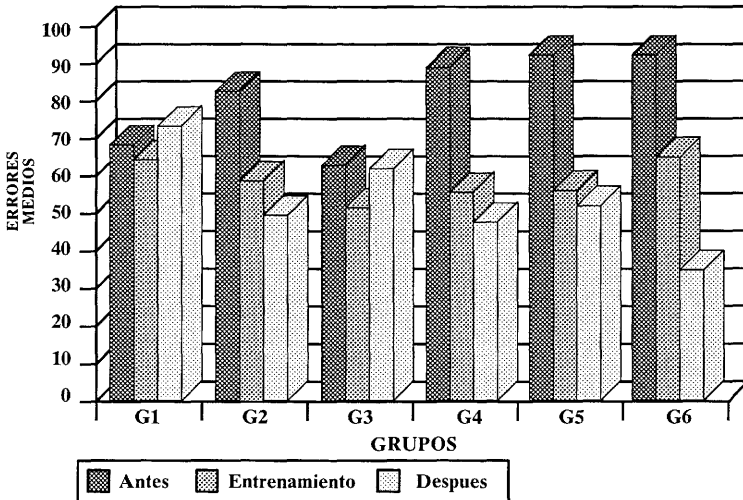
Respecto a los errores de estimación un ANOVA de la fase preintervención estableció la inexistencia de diferencias significativas entre los grupos ($F [5,24] = 0.74$), de manera que estaba garantizada la homogeneidad de partida de los grupos respecto a esta variable. En la Tabla 1 se presentan los valores promediados de los seis grupos en cada una de las tres fases. La representación gráfica de estos valores se encuentra en la Figura 1. De los datos de la Tabla 1 (excluyendo los datos correspondientes al grupo control) es destacable la marcada reducción de las medias globales entre las fases preintervención ($X=83.87$), entrenamiento ($X=57.73$) y postintervención ($X=49.83$), lo que parece indicar que el efecto general de los entrenamientos ha sido fuerte. Por otra parte, aparecen claras diferencias entre los

grupos si se contemplan fase a fase, como puede observarse en la Figura 1, resaltando el patrón de reducción de los EE de los grupos 2, 4, 5 y 6 que presentaron reducciones de considerable magnitud tanto en su fase de entrenamiento, como en su fase postintervención. En esta última, el grupo 6 presentó el menor valor con un promedio de EE de 34,2 mg/dl, y la menor desviación típica (9.3).

Tabla 1.- Medias de EE para los seis grupos en las tres fases del estudio.

Grupos	Preintervención	Intervención	Postintervención
1	67.33	64.73	75.19
2	82.79	58.77	50.23
3	65.26	53.70	64.16
4	88.29	55.17	46.93
5	93.06	56.06	53.59
6	89.96	64.96	34.26
X (excluyendo G1)	83.87	57.73	49.83

Figura 1.- Representación gráfica de la evolución de los errores de estimación a lo largo de las diferentes fases del estudio para cada uno de los grupos. Se representan los errores medios para cada fase.



Los grupos 1 y 3 no presentaron cambios relevantes en sus EE entre fases y, a diferencia de los anteriores, en su fase postintervención reflejaron un ligero incremento del EE promedio en comparación con la fase intervención, presentando los mayores valores para todos los grupos, con 75,1 mg/dl y 64,1 mg/dl, respectivamente.

Un ANOVA general, cuyos datos se presentan en la Tabla 2, mostró un efecto principal de las fases, ($F [2,48]=14.57$; $p<0.001$), y un efecto de la interacción grupos por fases, ($F [10,48]=1.99$; $p=0.05$), no apareciendo diferencias significativas para los valores medios globales de los distintos grupos. Análisis posteriores entre las fases pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre las fases preintervención y entrenamiento, y entre las fases pre y postintervención en ambos casos con una $p=0.01$ para una prueba de Neuman-Keuls. Un análisis de la interacción grupos por fases, a través de ANOVAS para cada grupo utilizando el error del ANOVA general, permitió conocer los grupos que presentaban diferencias significativas entre las fases, siendo éstos el grupo 2 ($F [2,48]= 3.33$; $p<0.05$), el grupo 4 ($F [2,48]= 5.57$; $p<0.01$), el grupo 5 ($F [2,48]= 5.71$; $p<0.01$) y el grupo 6 ($F [2,48]= 9.09$; $p<0.001$).

Tabla 2.- ANOVA de los errores en la estimación.

Fuente de Varianza	GL	SC	MC	F	
A	5	685.20	137.04	0.17	n.s.
E _A	24	18932.30	788.84		
B	2	12471.64	6235.82	14.57	($p<0.001$)
AxB	10	8524.05	852.40	1.99	($p=0.05$)
E _{BXS/A}	48	20534.39	427.79		

Para identificar entre qué fases se presentaban dichas diferencias en cada uno de estos grupos, y poder así comparar sus patrones de significatividad, se realizaron comparaciones múltiples entre fases aplicando la prueba de Neuman-Keuls, utilizando el error del ANOVA general. El patrón de diferencias significativas entre fases resultante se resume en la Tabla 3.<R>

Tabla 3.- Errores en la estimación. Diferencias significativas entre fases.

Grupos	Diferencias entre fases	
	Pre/v/Postintervención	Intervención/v/Postintervención
G2 (F)	F[1,48]=6.19; p<0.05	n.s.
G3 (F+SE)	F[1,48]=9.95; p<0.01	n.s.
G4 (F+SI+SE)	F[1,48]=9.10; p<0.05	n.s.
G6 (Entr.Int.+F+SE)	F[1,48]=18.13; p<0.05	F[1,48]=5.50; p<0.05

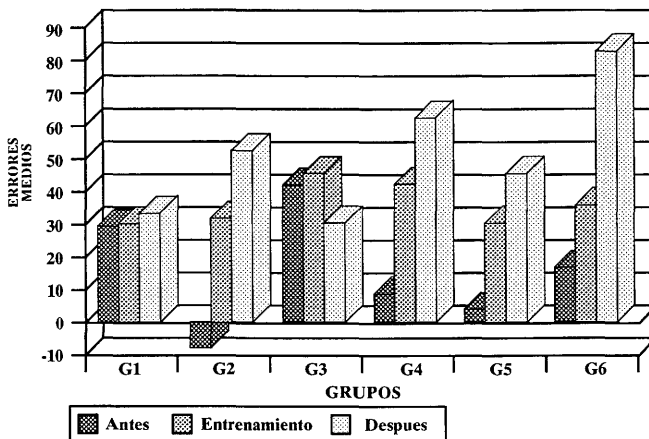
El grupo 2 presenta una diferencia significativa final entre las fases pre y postintervención debida a la acumulación de pequeñas mejoras en las fases de entrenamiento y postintervención. Los grupos 4 y 5 presentan un mismo patrón de diferencias, que refleja una mejora global entre las fases pre y postintervención debida, principalmente, a la significativa reducción de los EE por el efecto de los entrenamientos. Asimismo, el grupo 6 presenta diferencias significativas entre las fases pre y postintervención, aunque su efecto de mayor significación aparece entre las fases de entrenamiento y postintervención.

En cuanto al análisis de los IP (que indica la significación clínica de los errores de estimación) un ANOVA puso de manifiesto que no existían diferencias significativas entre los distintos grupos en la fase preintervención ($F[5,24]=0.74$). En la Tabla 4 se presentan los valores promedios para cada grupo a través de las distintas fases. Los datos reflejan un claro incremento del valor de los IP tanto para la fase de entrenamiento como de postintervención en los grupos 2, 4, 5 y 6. Una representación de estos datos puede encontrarse en la Figura 2, en la que puede observarse una clara tendencia a mejorar la precisión fase a fase en los grupos mencionados. El grupo 6 presentó el mayor valor de todos los grupos en su fase postintervención, con un IP promedio del 83.3%. El grupo 3, sin embargo, al contrario que los anteriores, presenta una reducción en IP en la fase postintervención, y el Grupo 1 apenas presenta diferencias entre sus fases.

Tabla 4.- Valores promedio de los Índices de Precisión para los seis grupos.

Grupos	Preintervención	Intervención	Postintervención
1	29.99	29.99	33.33
2	-3.34	33.33	53.33
3	43.33	44.99	29.99
4	6.66	41.66	63.33
5	3.33	30.00	46.66
6	16.66	36.66	83.33

Figura 2.- Representación gráfica de la evolución de los índices de precisión a lo largo de las diferentes fases del estudio para cada uno de los grupos. Se representan los índices de precisión promedios para cada fase.



Un ANOVA general, cuyos resultados están reflejados en la Tabla 5, mostró diferencias significativas entre las fases ($F [2,48]=10.44; p=0.001$), así como un efecto de interacción fases por grupos ($F [2,48]=1.81; p=0.08$) que fue considerado significativo. Comparaciones posteriores para las fases, indicaron la existencia de diferencias significativas entre las fases pre y postintervención ($p<0.01$) y entrenamiento y postintervención ($p<0.05$), con una prueba de Neuman-Keuls.

Tabla 5.- ANOVA de los Índices de Precisión.

Fuente de Varianza	GL	SC	MC	F	
A	5	0.67	0.13	0.36	n.s.
E_A	24	8.83	0.36		
B	2	3.11	1.55	10.44	($p<0.001$)
AxB	10	2.69	0.26	1.81	($p=0.08$)
$E_{BxS/A}$	48	7.14	0.14		

Se realizaron ANOVAs por grupo para el análisis de la interacción, utilizando el error del ANOVA general. Los resultados de estos análisis indicaron la existencia de diferencias significativas entre fases para el grupo 2 ($F [2,48]= 4.31$; $p<0.05$); el grupo 4 ($F [2,48]= 4.40$; $p<0.05$), y el grupo 6 ($F [2,48]= 7.76$; $p<0.01$). Para conocer las diferencias de los efectos de los entrenamientos en cada grupo a través de sus fases, se realizaron comparaciones múltiples entre fases, utilizando el error del Anova general y realizando una prueba de Neuman-Keuls. El patrón de diferencias significativas encontradas, y sus valores, se reflejan en la Tabla 6. Los tres grupos presentaron diferencias significativas entre las fases pre y postintervención, y sólo el grupo 6 presentó ganancias significativas durante la fase postintervención, con respecto a la fase de entrenamiento.

Tabla 6.- Índices de Precisión. Diferencias significativas entre fases.

Grupos	Diferencias entre fases	
	Pre/v/Postintervención	Intervención/v/Postintervención
G2 (F)	$F[1,48]=8.63$; $p<0.05$	n.s.
G4 (F+SI+SE)	$F[1,48]=8.81$; $p<0.01$	n.s.
G6 (Entr.Int.+F+SE)	$F[1,48]=13.95$; $p<0.01$	$F[1,48]=8.72$; $p<0.01$

Convendría, no obstante, detenerse en la consideración de los resultados por zonas de error al aplicar el EGA. Así, la Tabla 7 muestra los datos referentes al porcentaje de estimaciones que resultaron estimaciones precisas o Zonas A por grupos en cada fase del estudio. Puede observarse cómo la mayor ganancia al respecto la obtuvo el grupo 6, pero también con los grupos 2, 4 y 5 mostrando importantes incrementos en el porcentaje de estimaciones precisas, mientras que el grupo 3 (de señales internas y feedback) es el único que muestra un descenso en Zonas A -comparado incluso con el grupo control, su ejecución es peor. Esto indicaría directamente la consecución del objetivo clínico fundamental en nuestro estudio (a saber, una discriminación precisa del NGS) sólo en los grupos que tuvieron el entrenamiento en señales externas como uno de sus componentes. El hecho de que el componente de feedback por sí solo sea efectivo en aumentar el porcentaje de estimaciones precisas, pero unido al entrenamiento en señales internas arroje las peores cifras de ejecución, es un aspecto a considerar en tanto resalta la fragilidad de la ejecución resultante de su aplicación sin señales externas.

Tabla 7.- Porcentaje de estimaciones en Zona A.

Grupos	Preintervención	Postintervención	Incremento
G1	46.66%	50.00%	3.33%
G2	26.66%	60.00%	33.33%
G3	50.00%	46.66%	-3.33%
G4	30.00%	66.66%	36.67%
G5	33.33%	56.66%	23.33%
G6	33.33%	83.33%	50.00%

Al apunte anterior se une la nueva confirmación proveniente de los datos relativos al descenso en el porcentaje de Zonas C, D y E que marcan el nivel de estimaciones clínicamente peligrosas, y que se muestran en la Tabla 8. Como puede observarse, tan sólo los grupos con el componente de señales externas han mostrado una reducción considerable en este tipo de errores (del 20% para los grupos 4 y 5, y del 16,6% -pero con efecto suelo- para el grupo 6). De nuevo, aún y cuando el feedback por sí solo redujo considerablemente los errores peligrosos (un 23,3%), cuando se unió al componente de señales internas logró un aumento de las estimaciones peligrosas del 10%.

Tabla 8.-Porcentaje de estimaciones en Zonas C, D y E.

Grupos	Preintervención	Postintervención	Incremento
G1	16.66%	16.66%	0.00%
G2	30.00%	6.66%	-23.33%
G3	6.66%	16.66%	10.00%
G4	23.33%	3.33%	-20.00%
G5	30.00%	10.00%	-20.00%
G6	16.66%	0.00%	-16.66%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las investigaciones precedentes han medido la precisión de las estimaciones a través de los EE o de los IP. El presente estudio representa la primera investigación que considera ambas variables conjuntamente, en un intento de constatar los efectos diferenciales que presentan cada una de ellas en función de los distintos entrenamientos. Dado que hay importantes diferencias en la información que cada variable proporciona, las conclusiones que se puedan

obtener de las comparaciones entre resultados deben considerar la información específica aportada por cada una de ellas.

Los resultados obtenidos en los EE y en los IP confirman que el entrenamiento en discriminación de los NGS utilizando feedback como su único componente, es eficaz para producir ciertas mejoras en los EE y en los IP que resultan significativas si se comparan a la condición de no entrenamiento, pero resultan inferiores cuando la comparación se hace respecto a otros procedimientos. La adición del entrenamiento en señales internas al feedback (grupo 3) parece tener un efecto reductor paradójico respecto a la eficacia mostrada por el feedback solo, ya que el efecto conjunto de ambos componentes no generó cambios estadísticamente significativos ni en los EE ni en los IP. Al contrario, la inclusión del entrenamiento en señales externas con el feedback sí produjo diferencias estadísticamente significativas en los EE y en los IP.

Por otro lado, la incorporación al entrenamiento con feedback de las señales internas y externas en conjunto (grupo 5), no mejoró los resultados obtenidos por el feedback más señales externas. En el caso de los EE el anterior efecto reductor de las señales internas de la eficacia del feedback, no se produjo cuando aquéllas se incluyeron junto con las señales externas. Por último, la inclusión de un programa de entrenamiento en interacción enfocado a potenciar el conocimiento y la utilización de las señales externas junto con el entrenamiento propiamente dicho en señales externas y feedback (grupo 6), produjo efectos estadísticamente significativos tanto en los EE como en los IP.

Del patrón de diferencias significativas obtenidas resulta un patrón temporal de efectos de los entrenamientos, del que se pueden extraer las siguientes conclusiones: (1) cuatro entrenamientos (feedback solo, feedback y señales externas, feedback más señales externas e internas y feedback más entrenamiento en interacción y señales externas) produjeron diferencias significativas globales entre las fases pre y postintervención, aunque presentaron diferencias entre ellos en las comparaciones fase a fase; (2) el feedback solo, produjo un efecto de descenso en los EE a través de las fases, si bien presenta únicamente significatividad estadística entre pre y postintervención; (3) la intervención de feedback más señales internas produjo efectos más potentes en relación al efecto del feedback sólo, ya que además del efecto significativo entre pre y postintervención, produjo un efecto significativo también entre las fases preintervención y entrenamiento. Por otro lado, aún cuando en la fase postintervención se produjo una nueva reducción de los EE, ésta no fue de suficiente magnitud como para que las diferencias fuesen estadísti-

camente significativas; (4) el efecto conjunto de las SI, las SE y el feedback, refleja un patrón similar al obtenido por el efecto conjunto de las SE y el feedback, produciendo diferencias significativas, además de entre las fases pre y postintervención, entre las fases preintervención y entrenamiento, por lo que ambos entrenamientos pueden ser considerados equivalentes; reflejando también características similares para sus fases de entrenamiento y postintervención aunque la reducción entre ambas fases fue de menor magnitud, no añadiendo, por tanto, efectividad alguna la inclusión de las señales internas; (5) el efecto conjunto del programa de entrenamiento en interacción, señales externas y feedback, presentó un cierto retraso en la aparición de sus efectos sobre los EE, con relación a los entrenamientos de los grupos 4 y 5, ya que las diferencias significativas aparecen entre las fases de entrenamiento y postintervención, lo que pudo ser debido a su mayor complejidad y a la mayor cantidad de información que los sujetos tenían que asimilar. Ahora bien, este hecho resulta de trascendencia clínica, ya que el entrenamiento no sólo produjo efectos reductores de los EE durante su aplicación, sino que dichos efectos se mantuvieron y se produjeron nuevas reducciones de magnitud suficiente para mostrar significatividad estadística. Otro hecho a resaltar es el efecto homogeneizador producido por este entrenamiento, ya que produjo la mayor reducción en variabilidad fase a fase, presentando en postintervención la menor desviación típica media de todos los grupos. Por último, es destacable que este grupo fuese el único que presentó diferencias significativas entre las fases de entrenamiento y postintervención, lo que indicaría un efecto de mantenimiento a lo largo del tiempo de las estrategias de discriminación aprendidas por los sujetos.

Una conclusión relevante puede extraerse de la discusión de los resultados que se mostraban en las Tablas 7 y 8, concernientes a la mejora en la precisión en la estimación, reflejada por el aumento de las estimaciones en Zona A y el descenso de las estimaciones en Zonas C, D y E, y que se refiere a la evidente superioridad de las señales externas mostrándose como único componente que garantiza la mejora en la precisión independientemente de con qué otro componente se una. Por supuesto, el feedback solo logró obtener tanto un aumento en la aparición de Zonas A como un descenso en la de Zonas C, D y E; sin embargo, dicha eficacia sucumbe cuando éste es combinado con las señales internas.

Es por ello, que podemos concluir señalando que el entrenamiento en señales externas es el único procedimiento que garantiza la mejora en la discriminación del NGS, métese ésta en forma de errores en la estimación o de Índice de Precisión. El hecho adicional de que la combinación de feedback y

señales externas con el entrenamiento en interacción de las señales externas, haya sido el único procedimiento en lograr la desaparición completa de las estimaciones clínicamente peligrosas (véase Tabla 8) y el mayor de los aumentos en estimaciones seguras o precisas (véase Tabla 7), lleva a plantear la necesidad de incorporar éste componente como parte de los procedimientos de entrenamiento en discriminación del NGS.

Por otro lado, los resultados obtenidos con la aplicación de las señales internas, deberían servir para considerar el papel que éstas cumplen en el autocontrol diabético rutinario y llamar la atención sobre el riesgo de que los pacientes diabéticos estén sobrevalorando su utilidad.

Con todo, los resultados de este estudio y las conclusiones de ellos derivadas, deben ser considerados a la luz de las limitaciones inherentes al mismo, y que demandan la necesidad de confirmarlos en posteriores replicaciones que solventen dichas deficiencias. Así, aunque el patrón temporal que abarca un perfil glucémico completo hubiese sido el ideal, las dificultades que supondría alterar la vida de los sujetos y de sus familias programar ensayos para después de cenar y en las horas que habitualmente son de descanso nocturno, nos hicieron desistir de esta posibilidad. Por contra, se optó por un patrón temporal de ensayos que cubriese las actividades más frecuentes e importantes de su rutina diaria (las dos principales comidas del día, los efectos máximos de la insulina, etc.).

La composición final de los grupos, debido al número de condiciones experimentales, quedó reducida en el número de sujetos, lo que supone un limitación importante para la generalización de los resultados, aunque, a su vez, esto conlleva una mayor exigencia en las pruebas estadísticas de contraste. De otra parte, cabría pensar que aquellos grupos que presentaron resultados poco positivos, o aquellos sujetos dentro de cada grupo que mostraron peores resultados, podría haber sido debido al limitado número de ensayos que se realizaron en la fase de entrenamiento. Cabe la duda de si un mayor número de ensayos en esta fase hubieran producido mejores resultados. Ahora bien, también se podría argumentar que los entrenamientos que presentan diferencias significativas, deben ser lo suficientemente potentes como para haber producido efectos con un número tan reducido de ensayos. Dado que el objetivo inicial fue comparar la eficacia de los diferentes procedimientos, este número reducido de ensayos estaría perjudicando por igual a todos los grupos. Ahora bien, menos ensayos representarán una menor carga aversiva sobre los sujetos participantes, además de afianzar la seguridad de que estamos ante potentes procedimientos que consiguen mostrar eficacia con tan reducido número de ensayos.

REFERENCIAS

- Bradley CL, Moses JL y Gillespie CR. An examination of the possibilities of continuous blood glucose monitoring with minimal blood sampling. *Diabetes* 1983, 32, 171A.
- Cox DJ, Clarke WL, Gonder-Frederick L, Pohl S, Hoover C, Snyder A, Zimbelman L, Carter WR, Bobbitt S y Pennebaker J. Accuracy of perceiving blood glucose levels in IDDM. *Diabetes Care* 1985, 8, 529-536.
- Cox DJ, Carter WR, Gonder-Frederick L y Clarke WL. Blood glucose discrimination training in insulin-dependent diabetes mellitus patients. *Biofeedback Self Regul* 1988 , 13(3), 201-216.
- Cox DJ, Gonder-Frederick L, Lee JH, Julian DM, Carter WR y Clarke WL. Effects and correlates of blood glucose awareness training among patients with IDDM. *Diabetes Care* 1989, 12 (5), 313-318.
- Cox DJ, Gonder-Frederick L, Julian D y Clarke WL. *Blood Glucose Awareness Training Manual*. Charlottesville, Va.: University of Virginia Health Sciences Center, 1992.
- Gil Roales-Nieto J. Blood glucose discrimination in insulin-dependent diabetics. Training in feedback and external cues. *Behav Modif* 1988a, 12, 116-132.
- Gil Roales-Nieto J. *Blood glucose discrimination in IDDM: Training in external cues*. 9th Annual Scientific Sessions. The Society of Behavioral Medicine. Boston (Ma., USA), 1988b.
- Gil Roales-Nieto J. Entrenamiento de feedback y señales externas en discriminación de niveles de glucosa en sangre en diabéticos insulino-dependientes. *Análisis y Modificación de Conducta* 1991, 17, 951-965.
- Gil Roales-Nieto J y Vílchez Joya R. *Diabetes. Intervención Psicológica*. Madrid: Ed. Eudema, 1993.
- Gonder-Frederick L y Cox DJ. Symptom perception, symptom beliefs, and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulin-dependent diabetes. En: AJ Skelton y RT Croyle, (editores). *Mental representations in health and illness* (pp. 220-246). New York: Springer-Verlag, 1991.
- Gross AM, Levin RB, Mulvihill M, Richardson P y Davidson PC. Blood glucose discrimination training with insulin-dependent diabetics: A clinical note. *Biofeedback Self Regul* 1984, 9, 49-54.
- Gross AM, MaGalnick LJ y Delcher HJ. Blood Glucose Discrimination

Training and metabolic control in insulin-diabetics. *Behav Res Ther* 1985, 23, 507-511.

Gross AM, Wojnilower DA, Levin RB, Dale J, Richardson P y Davidson PC. Discrimination of blood glucose levels in insulin-dependent diabetics. *Behav Modif* 1983, 7, 369-382.

Luzoro J y Gil Roales-Nieto J. Discriminación de niveles de glucosa en sangre en diabéticos insulino-dependientes mediante señales externas y perfiles glucémicos. *Psicothema* 1993, 5, 45-65.

Wing RR. Accurately estimating the accuracy of estimation. *Diabetes Care* 1985, 8, 456-460.

Wisocki T. Impact of blood glucose monitoring on diabetic control: obstacles and interventions. *J Behav Med* 1989, 12, 183-205.

Notas:

1 No obstante, el grupo de investigación de D. Cox ha variado recientemente su estrategia de entrenamiento otorgándole un mayor énfasis a las señales externas, como puede deducirse del análisis de su última versión del Manual de Entrenamiento en Conciencia del NGS (Cox, Gonder-Frederick, Julian y Clarke, 1992).

2 y 3 Ambos cuestionarios no se incluyen en el artículo por razones de espacio. Los lectores pueden solicitarlos directamente a los autores.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a M. Carmen Luciano su ayuda en el planteamiento de este trabajo experimental y sus acertados consejos y comentarios al respecto, y a Luis Fuentes por su ayuda en el tratamiento de los datos del estudio. Asimismo, agradecen la colaboración prestada a todos los pacientes que participaron como sujetos experimentales y a sus familiares.

Correspondencia:

Manuel de la Fuente Arias, o
Jesús Gil Roales-Nieto
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades
Universidad de Almería
04120 - Almería

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y CONTROLES: TÉCNICA DE DISTORSIÓN DE LA IMAGEN DE VIDEO

Fernando Fernández Aranda* y Michel Probst**

**Unidad de Modificación de Conducta.*

Hospital Psiquiátrico Universitario de Hamburgo (Alemania)

***Hospital Psiquiátrico Universitario St. Jozef de Kortenberg (Bélgica)*

RESUMEN

En el presente estudio, fueron comparados 34 pacientes con trastornos de la alimentación (17 pacientes con Anorexia -AN- y 17 con Bulimia nerviosa -BN-) con un grupo control de 54 estudiantes -CONT-, respecto a su imagen corporal. A través de la técnica de distorsión de la imagen de video (Video Distortion Technique, VDT), fueron evaluadas, tanto estimaciones de la propia silueta, como de un objeto externo de control. No fueron encontradas diferencias significativas, entre grupos, ni respecto a las estimaciones de su imagen corporal actual, ni respecto a las de un objeto de control; sin embargo, sí respecto a las estimaciones de su imagen ideal ($F[2,85]=22.5; p<.0001$).

En conclusión, nuestros resultados muestran que la distorsión de la imagen corporal, en pacientes con trastornos de la alimentación, debería ser contemplada como una autoevaluación negativa, de sí mismos y de su propio cuerpo, y no como una distorsión perceptiva.

Palabras clave: Imagen corporal, trastornos de la alimentación, Anorexia nerviosa, Bulimia.

ABSTRACT

In this study, comparing 34 eating disorder patients (17 Anorexic -AN- and 17 Bulimics -BN-) with 54 controls, the Video Distortion Technique was used to test the accuracy of body size estimation and to assess the ideal body image of the whole subjects. No differences were found in the estimation of actual body sizes between the groups. However, with regard to the ideal body image, significant differences between them were found ($F[2,85]= 22.54; p<<.0001$).

In conclusion, our findings point out that body image distortion may be better reflected in a negative self-evaluation of the body than in a perceptual disturbance.

Key words: Body image, eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación, **Anorexia nerviosa y Bulimia**, son dos patologías complejas en etiología y patogenia, donde problemas conductuales, cognitivos y emocionales se entrelazan. Ambos grupos de pacientes presentan como denominador común, entre otros aspectos, el poseer una preocupación desmesurada por su imagen y peso corporal, con un miedo excesivo por engordar (Vandereycken y Meermann, 1984; APA, 1987; 1993), y en el caso de los pacientes con anorexia, aún estando muy por debajo de un peso corporal normal. Esta insatisfacción con su silueta y dimensiones corporales está influyendo de forma rotunda en sus emociones y conductas (Martínez, Toro, Salamero, Blecua y Zaragoza, 1993; Raich, 1994).

La importancia que posee el concepto distorsión de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación se ve confirmada por dos hechos: por un lado, por ser contemplado como una de las características diagnósticas en estas patologías, donde criterios diagnósticos DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1993) son una muestra de ello; por otro lado, por el número elevado de investigaciones que versan sobre este tema.

Y en este sentido, desde que Bruch (1962, 1973) definiera el trastorno de la imagen corporal como factor patognomónico en la anorexia nerviosa, el número de trabajos e investigaciones sobre estas patologías en general (Fernández, 1993b; Fichter, 1989), y en particular sobre el tema imagen corporal, se ha visto aumentado enormemente (Fernández, Probst, Meermann, Bents, y Vandereycken, 1993; Rojo y Turón, 1990; Mora y

Raich, 1993). En muchos de estos estudios, en la evaluación de la imagen corporal se suele distinguir entre: componente perceptual, o distorsión perceptiva, que se refiere al grado de exactitud, o en este caso de no exactitud, con la que la paciente estima sus dimensiones corporales; y componente afectivo, o actitudes y cogniciones respecto al propio cuerpo.

En la literatura, el componente afectivo ha sido usualmente estimado a través de pruebas psicométricas (Thompson, 1990); en cambio, el componente perceptivo, ha sido estimado a través de diversos procedimientos que van desde "técnicas parciales", o de estimación de las dimensiones de determinadas partes corporales, como la técnica de marcado de la imagen (Askevold, 1979) o técnica de haces luminosos (Thompson, 1990; Slade y Russell, 1973); a "técnicas totales", o de evaluación de la imagen corporal global, más sofisticadas, como la distorsión de una imagen fotográfica (Garner y Moncrief, 1988), o distorsión de una imagen de video (Freeman, Thomas, Solyom y Myles, 1983; Meermann, 1983). Los procedimientos "globales" se observan mucho más frecuentemente aplicados en la literatura que los procedimientos "parciales" (Fernández, 1993a).

Como indicara Slade (1985), las diferencias entre procedimientos "totales" y "parciales" no radican tan solo en su objeto de estudio (figura global o partes), sino especialmente en que en las primeras técnicas ha de ser distorsionada y estimada la imagen corporal real de las pacientes, por lo cual se trata de una tarea de estimación-confrontación; mientras que en la segunda técnica han de ser estimadas las distancias subjetivas entre dos puntos del cuerpo que no se están visualizando, por lo cual se trata de una tarea de estimación-abstracción. Asimismo, este autor remarca el hecho de que con este tipo de procedimientos parciales las pacientes con trastornos de la alimentación suelen mostrar mayor grado de sobreestimación que a través de procedimientos globales.

Como comentaran algunos autores (Hsu y Sobkiewicz, 1991; Mora y Raich, 1993), estos resultados contradictorios se deben principalmente a tres razones:

1. No aplicación de grupos control con los que sean comparados los resultados obtenidos en pacientes con trastornos de la alimentación.
2. Utilización de intrucciones o tareas de estimación no equivalentes; incluso, en algunos estudios han sido considerados tan solo estimaciones perceptivas, que no afectivas, ni la relación entre ambas.
3. Comparación de procedimientos no homogéneos.

Las técnicas "globales" presentan ventajas, de ahí que hayan sido empleadas en el presente estudio, con respecto a los procedimientos de estimación "parciales" (Freeman, Thomas, Solyom y Koopman, 1985; Garner y Moncrief, 1988; Thompson, 1990): 1) posibilitan el observar y evaluar la propia silueta y/o imagen de forma completa o global; 2) posibilitan el distorsionar o deformar gradualmente la anchura de la silueta corporal observada; 3) suponen una mayor identificación emocional, o capacidad de implicación, del sujeto con la tarea de estimación encomendada, al ser confrontados con su propia imagen.

Objeto de estudio, en la mayor parte de la literatura sobre este tema, ha desempeñado la presumible distorsión perceptiva presente en estas pacientes (Freemann y cols., 1983; Freeman y cols., 1985; Meermann, 1983). En la mayoría de éstos, se parte de la hipótesis de que existe una distorsión de la imagen, entendida como una no adecuada estimación de las dimensiones corporales, y más concretamente como una sobrestimación, tanto en pacientes anoréxicas (Meermann, 1983; Touyz, Beumont, Collins y Cowie, 1985) como bulímicas (Freeman y cols., 1985; Touyz y cols., 1985), que explicaría así las dificultades existentes en estas pacientes para aceptar su propio cuerpo y figura.

A pesar de ello, resultados recientes sugieren que la distorsión perceptiva de la imagen no es un factor característico de este tipo de trastornos si son comparados los resultados con grupos control (Bowden, Touyz, Rodriguez, Hensley y Beumont, 1989; Cooper y Taylor, 1987; Fernández, Probst, Meermann y Vandereycken, 1994; Probst, van Coppenolle, Vandereycken y Goris, 1992; Whitehouse, Freeman, y Annadale, 1988).

Los objetivos del presente estudio fueron los siguientes:

1. Determinar si existe una sobreestimación de la propia imagen en las pacientes con trastornos de la alimentación, utilizando un procedimiento de distorsión de la imagen de video, al ser comparados los resultados con los de un grupo de control.
2. Cuantificar la existencia de interrelaciones entre las variables estimación de la imagen actual e imagen ideal.
3. Determinar si la imagen inicial observada en la pantalla, o imagen de referencia (extrema delgadez o extrema amplitud), influye en la estimación posterior de las pacientes.
4. Descartar la existencia de un trastorno general de tipo perceptivo en este tipo de pacientes, a través de la estimación de un objeto control.

MÉTODO

Muestra

En el presente estudio fué utilizada una muestra total de 88 sujetos. De éstos, 34 eran pacientes con trastornos de la alimentación, distribuidos en dos grupos experimentales, que cumplían criterios DSM-III-R para Anorexia Nerviosa (N=17) y Bulimia (N=17), y que se encontraban en su primera semana de ingreso en el Hospital Psicossomático Bad Pyrmont en Alemania. El tratamiento cognitivo- conductual, empleado con este tipo de pacientes se halla descrito en otros trabajos (Vandereycken y Meermann, 1984). Los 54 sujetos restantes, que constituían el grupo de control, eran estudiantes universitarias que se habían comprometido voluntariamente a participar en el presente estudio.

Todos los sujetos eran mujeres. Ninguno de las pacientes bulímicas presentaba historia previa de Anorexia nerviosa o se encontraba en sobrepeso. Todas las pacientes con Anorexia nerviosa eran del tipo restrictivo. Ninguno de los sujetos control padecía o había padecido trastorno de la alimentación alguno. Las características demográficas y clínicas de los grupos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.- Características demográficas y clínicas de los grupos experimentales y control.

	Anoréxicas (N=17)	Bulímicas (N=17)	Controles (N=54)	p*
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	
Edad	22.6 ± 4.6	22.5 ± 2.7	20.7 ± 1.9	n.s.
Altura (cm)	165.8 ± 6.3	166.9 ± 6.8	167.8 ± 5.2	n.s.
Peso (Kg)	44.7 ± 6.7	57.4 ± 7.7	58.3 ± 4.4	.0001ab
BMI	16.2 ± 1.9	20.6 ± 1.8	20.7 ± 1.1	.0001ab

BMI (Índice de masa corporal): $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 (\text{m}^2)$; * Test de comparaciones múltiples (test de Scheffé); a: Anoréxicas vs. Bulímicas; b: Bulímicas vs. Anoréxicas.

Instrumentos

Como procedimiento de evaluación de la imagen corporal, fué utilizada la técnica de Distorsión de la Imagen de Video (Video Image Distortion, VDT) (Fernández, 1993a; Freeman y cols., 1983; Meermann, 1983).

Esta técnica es un procedimiento frecuentemente empleado para evaluar la exactitud en las estimaciones de las dimensiones corporales en los trastornos de la alimentación. A través de esta técnica, la paciente se observa por medio de una cámara de video en una pantalla de televisión en color que se encuentra a una distancia de 2,5 metros. Por medio de un potenciómetro, que se halla conectado al monitor, la paciente adapta sus dimensiones corporales a tal como cree que son en realidad. Esta imagen corporal puede ser distorsionada por la propia paciente en amplitud, ensanchándola o adelgazándola, hasta un 33% de la imagen real. El grado de distorsión corporal, es decir la exactitud o inexactitud en las estimaciones corporales, podrá ser leído por el experimentador a través de una escala voltimétrica. Posteriormente, estos valores serán transformados a través de la siguiente fórmula: $Y = 66.66 + [\text{estimación corporal} \times 33.33] / \text{imagen real}$, en un índice de percepción corporal (Body perception Index, BPI) o porcentaje de distorsión corporal. Y así, una puntuación de BPI 100, significaría una estimación de 100%, es decir, nos indicaría una estimación exacta; y valores que se desviasen por encima o por debajo de 100, nos indicarían sobreestimación y bajoestimación respectivamente.

Este procedimiento, aceptado y aplicado internacionalmente, presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .75 y .90 (Freeman, Thomas, Solyom y Hunter, 1984; Probst et al.,1992).

Procedimiento

La realización del estudio supuso un total de 20 minutos de duración por sujeto y fué aplicado individualmente. Las participantes, vestidas con bañador o bikini, además de contestar varias preguntas de relevancia clínica, recibieron cuatro tareas de estimación a través del VDT: a) su dimensión corporal actual vista de frente; b) su dimensión corporal actual vista de perfil; c) su dimensión corporal ideal; d) estimación de la amplitud real de una maniquí de escarapate (objeto control). Cada tarea de estimación constaba de 6 mangas o intentos, que alternaban entre una realización ascendente y descendente (factor dirección), es decir, entre una posición de inicio de máxima delgadez, y una de máxima amplitud, para evitar así efectos de orden.

Durante toda la realización de los ejercicios de estimación se encontraban presentes el experimentador (FF) y una enfermera. Este aparato se encontraba colocado en una habitación de 30 m, donde la pared de fondo era completamente neutra y monocolor, para evitar que la paciente utilizase otros puntos de referencia que no fuesen su propio cuerpo.

RESULTADOS

Respecto a las variables demográficas y clínicas de las muestras, ANOVA nos reveló la no existencia de diferencias significativas, entre grupos, respecto a la variable estatura ($F[2,85]=.84$; $p>.05$). Sin embargo, como era de esperar, ANOVA reflejó diferencias significativas en las variables peso, $F[2,85]=38.9$; $p<.0001$, e índice de masa corporal (BMI), $F[2,85]=67.4$; $p<.0001$. Un análisis posthoc nos indicó que estas diferencias se daban entre el grupo de pacientes anoréxicas y el resto de los grupos (test Scheffé, $p<.05$).

Respecto a la variable edad, si bien la variabilidad se mostró diferente significativamente entre los grupos, $F[2,85]=4.4$; $p<.01$, no así las medias tras un análisis posthoc (test Scheffé, rango 3.52, $p>.05$).

En el presente estudio fué aplicado un análisis múltiple de la varianza (MANOVA), 3 X 2 (grupo sujetos X dirección). A partir de los resultados de este AVAR, se pudo concluir que el efecto principal de la variable grupo (AN/ BN/ CON), o factor intersujeto, tanto en estimaciones de frontal, $F[2,85]=1.25$; $p>.05$, como de perfil, $F[2,85]=2.30$; $p>.05$, y control, $F[2,85]=2.33$; $p>.05$, no presentaba diferencias significativas; sin embargo, éstas lo eran respecto a la estimación ideal, $F[2,85]=22.52$; $p<.0001$. Por otro lado, el efecto principal de la variable dirección (ascendente /descendente), o factor intrasujeto, apareció como significativo en todas las estimaciones; es decir, frontal, $F[1,85]=62.28$; $p<.0001$; perfil, $F[1,85]=26.57$; $p<.0001$; ideal, $F[1,85]=32.73$; $p<.0001$; y control, $F[1,85]=70.37$; $p<.0001$. Las interacciones entre grupo y dirección, fueron encontradas no significativas respecto a las estimaciones de frontal, $F[2,85]=.90$; $p>.05$; y perfil, $F[2,85]=1.46$; $p>.05$; aunque significativas respecto a las estimaciones ideales, $F[2,85]=6.40$; $p<.003$; y control, $F[2,85]=7.73$; $p<.001$. Adicionalmente, fué realizado un análisis unidireccional de la varianza entre la variable grupo diagnóstico y los valores medios de cada una de las tareas de estimación por separado (ver tabla 2).

Tabla 2.- Porcentajes medios de estimación (BPI) de las dimensiones corporales en Anoréxicas, Bulímicas y Controles, a través de la técnica de distorsión de la imagen de video (VDT).

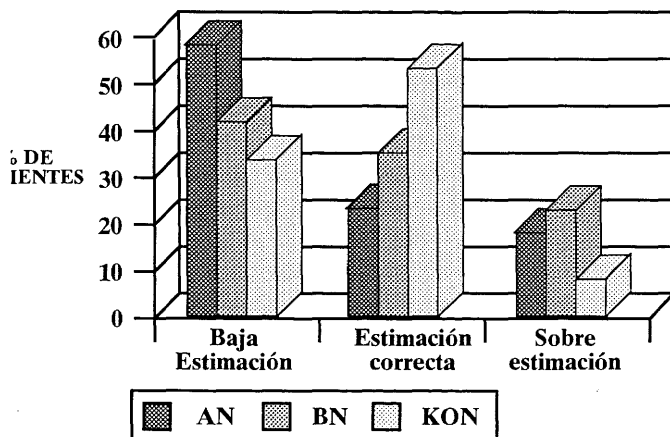
		Anoréxicas (N=17)	Bulímicas (N=17)	Controles (N=54)	F*	p
		Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS		
Frontal	Global	94.9 ± 12.5	91.6 ± 11.2	96.6 ± 15.0	1.25	n.s.
	Ascendente	95.3 ± 8.4	92.7 ± 8.5	98.1 ± 8.5		
	Descendente	97.6 ± 7.0	94.2 ± 7.1	101.1 ± 8.0		
Perfil	Global	92.7 ± 14.3	90.4 ± 15.3	92.7 ± 14.7	2.15	n.s.
	Ascendente	97.8 ± 9.8	95.5 ± 10.2	100.4 ± 9.8		
	Descendente	94.8 ± 5.6	92.1 ± 6.1	97.6 ± 6.9		
Obj. Control	Global	97.9 ± 10.3	94.4 ± 10.7	101.3 ± 10.5	2.33	n.s.
	Ascendente	91.8 ± 15.3	89.5 ± 15.2	91.9 ± 16.4		
	Descendente	94.1 ± 6.7	89.7 ± 7.1	98.6 ± 7.4		
Ideal	Global	96.9 ± 15.7	95.1 ± 15.4	98.9 ± 16.4	22.54	.0001
	Ascendente	73.6 ± 8.5	73.2 ± 8.3	74.0 ± 9.1		
	Descendente	85.1 ± 8.5	82.3 ± 7.9	87.9 ± 9.4		

* Avar unidireccional

En el grupo BN ($t=7.04$, gl. 16, $p<.0001$) y CON ($t=10.33$, gl. 53, $p<.0001$), fueron encontradas diferencias significativas entre los valores medios de las estimaciones frontales e ideales; sin embargo, no en el grupo de pacientes anoréxicas ($t=-.52$, gl.16, $p>.05$).

A su vez, para analizar la relación existente entre grado de estimación de las dimensiones corporales y diagnóstico, la muestra total fué distribuida posthoc en 3 subgrupos en función del grado de exactitud en las estimaciones de sus dimensiones corporales, siguiendo el criterio empleado por otros autores (Freeman y cols., 1985; Probst y cols., 1992): un primer subgrupo (BPI menor de 95) que bajoestimaban sus dimensiones; un segundo subgrupo (BPI entre 95 y 105) que estimaban adecuadamente; y un tercer subgrupo que sobreestimaban (BPI mayor de 105). No fueron observadas diferencias significativas entre el grupo de sujetos (AN, BN, CON) y el grado o porcentaje de estimación corporal ($X^2= 7.34$, $p>.05$) (ver figura 1).

Figura 1.- Grado de estimación de las dimensiones corporales, en porcentajes, en pacientes Anoréxicas (AN), Bulímicas (BN) y controles (CON), a través del procedimiento VDT.



Correlaciones (r Pearson) positivas fueron observadas entre las estimaciones de frontal y perfil tanto en los grupos experimentales como control (AN: $r=.84$, $p<.01$; BN: $r=.70$, $p<.01$; CON: $r=.54$, $p<.01$).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La distorsión de la imagen corporal en trastornos de la alimentación, y en especial la sobrestimación, ha sido un concepto muy utilizado a lo largo de las últimas décadas; pero que, sin embargo, a nuestro modo de ver carece de suficiente sustento experimental (Fernández y cols., 1994; Fernández, Probst, Meermann, Bents y Vandereycken, 1993). Y así, la conclusión principal que se deduce de nuestro estudio es que pacientes con trastornos de la alimentación y sujetos control, no muestran diferencias significativas en la exactitud de las estimaciones de su imagen corporal. Este resultado es consistente con los de algunos estudios (Bowden y cols., 1989; Lindholm y Wilson, 1988); si bien, contrario a otros (Freeman y cols., 1984; Fichter, Mesiter y Koch, 1986). Los problemas metodológicos citados en nuestra introducción, justificarían parcialmente esta diferencia de resultados.

Nuestra experiencia clínica, a su vez, nos confirma este hecho; pues, tras

pocas semanas del ingreso, y tras un trabajo inicial intenso en lo que concierne a su imagen corporal (video confrontación y reestructuración cognitiva principalmente), los pacientes con trastornos de la alimentación llegan a ser conscientes de lo irreal de sus cogniciones iniciales, verbalizando: "es verdad, no estoy tan gorda/o como creo..."; sin embargo, a pesar de ello, persisten en aseverar en estas fases iniciales: "...pero, me siento gorda/o, y detesto el aspecto de mi cuerpo". Ello nos demostraría nuevamente la mayor relevancia de componentes de tipo afectivo y emocional en este tipo de valoraciones.

Sin embargo, ¿que es lo que hace que las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia, sigan sin aceptar su propia imagen y figura?, es una importante pregunta, que como clínicos e investigadores nos continuamos planteando. Variables como los ideales sociales de belleza (Perpiña, 1989; Toro, 1988), grado de autoestima (Mora y Raich, 1993), y autoimagen, entre otros factores psicopatológicos, juegan sin duda un papel importante; si bien, no queda claro si están actuando como factores mantenedores o desencadenantes del problem, es decir, en otras palabras, si la actitud negativa hacia el propio cuerpo y figura, presentes en trastornos de la alimentación, posee características primarias o secundarias respecto a la psicopatología y trastorno alimentario (Fernández-Aranda, Turón-Gil, Siegfried, Meermann, y Vallejo-Ruiloba, en prensa).

En nuestro estudio, otro resultado que nos demuestra la poca relevancia que posee un trastorno de estimación en este tipo de pacientes, es que éstas tanto bajoestiman como sobreestiman su imagen corporal (ver figura 1). Y así, en las pacientes anoréxicas de nuestro estudio, el 58.8% la bajoestiman, mientras que el 17.6% de los casos la sobreestiman. De forma similar, en pacientes bulímicas, el 41.2% la bajoestiman mientras el 23,5% la sobreestiman. Estos resultados, no se diferencian cuantitativamente de los obtenidos en el grupo control. Y ello, coincide con los resultados obtenidos por otros autores (Collins, Beumont, Touyz, Krass, Thompson, y Philips, 1987; Huon y Brown, 1986; Whitehouse, Freeman, y Annadal, 1986).

Las estimaciones ideales presentan, sin embargo, diferencias significativas entre los grupos. En este sentido, obtuvimos que las pacientes bulímicas desean una imagen ideal mucho más delgada cuantitativamente que el resto de la población normal, tanto respecto al número de pacientes (el 100% de las pacientes BN), como al grado de estimación (un 26% más delgadas de lo que es su figura real). Otros estudios corroboran este hecho (Bowden y cols., 1989; Fernández y cols., 1994; Touyz y cols., 1985; Garner, Garfinkel y Shaughnessy, 1988; Freeman y cols., 1985; Probst y cols., 1992).

Es decir, si bien la insatisfacción con la propia imagen y el deseo por adelgazar, se halla extendido tanto en pacientes bulímicas como en población no patológica (Perpiñá, 1989; Fernández, y cols., 1994), en las primeras este deseo se halla más marcado.

Por otro lado, el que las pacientes anoréxicas presenten una imagen ideal que coincide prácticamente con su imagen real, no nos ha de sorprender, si tenemos en cuenta que estas pacientes se encuentran en un marcado bajo-peso (-19% del peso normal).

Como primera conclusión, nuestros resultados nos demostrarían la mayor importancia de un componente afectivo, o actitudinal, en la imagen corporal de pacientes con trastornos de la alimentación; así como, la carencia de importancia de una distorsión de tipo perceptivo o de estimación de las propias dimensiones corporales. Y ello es consistente con los resultados obtenidos por otros autores (Bowden y cols., 1989; Lindholm y Wilson, 1988), y por nosotros mismos en un estudio previo, en el que demostramos que las estimaciones corporales ideales se hallaban correlacionadas con una actitud negativa hacia el propio cuerpo (Fernández y cols., 1994).

Una segunda conclusión importante en el presente estudio, es la influencia que la imagen proyectada inicialmente en el monitor (de máxima delgadez o máxima amplitud) posee sobre cualquier tipo de estimación posterior de los sujetos, al emplear una técnica de VDT. Por lo cual, próximos estudios que apliquen ésta u otra técnica donde se contemple la imagen global del sujeto, deberían tener en consideración este factor.

El que aparezcan correlaciones altamente positivas entre estimaciones de las dimensiones corporales de frontal y perfil, nos sugireren la posibilidad de prescindir de una de ellas en próximos estudios, como indicaran otros autores (Probst y cols. 1992).

Como tercera conclusión, y en acuerdo con la mayoría de trabajos sobre el tema, remarcar que aparece una estimación correcta de un objeto control externo (maniquí de escaparate) tanto en grupos de pacientes como en controles.

Finalmente, decir que, como ha sido descrito en otros trabajos (Birtchnell, Lacey y Harte, 1985; Fernández y Vandereycken, 1994; Garner y Moncrief, 1988; Thompson, 1990), en el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación, han de ser tenidos en cuenta y ser objeto de evaluación, no sólo la recuperación del peso y/o hábitos alimentarios, sino también la imagen corporal de las pacientes, contemplada ésta desde un punto de vista cognitivo y actitudinal, que no perceptivo. Pues, se ha de tener en cuenta que una disminución en las actitudes negativas hacia la pro-

pia imagen, aparece como uno de los factores necesarios para la recuperación a medio-largo plazo de pacientes con Anorexia y Bulimia nerviosa (Fernández, 1995).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and tistical manual of mental disorders* (3rd. ed. revised). Washington, D.C.: Author, 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and tistical manual of mental disorders* (4rd. ed.). Washington, D.C.: Author, 1993.
- Askevold F. Measuring body image: preliminary report on a new method. *Psychoter Psychosom* 1975, 26, 71- 77.
- Birtchnell SA, Lacey JH y Harte A. Body image distortion in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1985, 147, 408-412.
- Bowden PK, Touyz SW, Rodriguez PJ, Hensley R y Beumont JV. Distorting patient or distorting instrument?. *Br J Psychiatry* 1989, 155, 196-201.
- Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962, 24, 187-194.
- Bruch H. Eating disorders, obesity. Anorexia nervosa and the person within. New York: Inc. Publishers, 1973.
- Collins JK, Beumont PJ, Touyz SW, Krass J, Thompson P y Philips T. Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese and control subjects. *Int J Eating Disord* 1987, 6, 633-638.
- Cooper P y Fairburn CG. Confusion over the Core Psychopathology of Bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1993, 13, 385-389.
- Cooper P y Taylor MJ. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eating Disord* 1987, 6, 485-494.
- Fernández F. *Imatge corporal als trastorns d'alimentació: estudis experimentals* [manuscrito no publicado]. Generalitat de Catalunya (CIRIT), 1993a.
- Fernández F. *Entrenamiento en habilidades sociales en Anorexia nerviosa* [tesis de licenciatura]. Universidad de Barcelona, 1993b.
- Fernández F. *Körperwahrnehmung und -zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia nervosa: eine longitudinale Studie* (Percepción e insatisfacción corporales en Bulimia y Anorexia nerviosa: un estudio longitudinal) [tesis doc-

toral]. Universidad de Hamburgo, 1995.

Fernández F, Probst M, Meermann R, Bents H. y Vandereycken W. *Video assessment of body image in anorectic and bulimic patients compared to women with normal eating behavior*. Comunicación presentada al 2nd. Symposiun International en Trastornos de Alimentación. Roma. Italia, 1993.

Fernández F, Probst M, Meermann R y Vandereycken W. Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eating Disord* 1994, 16, 307-310.

Fernández F y Vandereycken W. Influence of Video-confrontation on the self-evaluation of Anorexia nervosa patients. A controlled Study. *Eating Disorders: Treatment and prevention* 1994, 2, 135-140.

Fernández-Aranda F, Turón-Gil V, Siegfried J, Meermann R y Vallejo-Ruiloba J. Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa? A comparison of two different approaches. *Eating Disorders: Treatment and Prevention* [en prensa].

Fichter MM. *Bulimia nervosa: Grundlagen und Behandlung*. Stuttgart: Enke, 1989

Fichter MM, Mesiter I y Koch HJ. The measurement of body image disturbances in anorexia nervosa: Experimental comparison of different methods. *Br J Psychiatry* 1986, 148, 453- 461.

Freeman RJ, Thomas CD, Solyom L y Hunter MA. A modified video camera for measuring body image distortion: Technical description and reliability. *Psychol Med* 1984, 14, 411-416.

Freeman RJ, Thomas CD, Solyom L y Koopman RF. Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1985, 4, 439-456.

Freemann RJ, Thomas CD, Solyom L y Myles J. Body images disturbances in anorexia nervosa: A re-examination and a new technique. En: PE Garfinkel, DM Garner, P Darby y D Coscina, (editores), *Anorexia nervosa: Recent developments in Research* (pp. 117-127). New York: Alan R. Liss, 1983.

Garner DM y Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cogn Ther Res* 1982, 6, 123-150.

Garner DM y Moncrief C. Body image distortion in anorexia nervosa. *J Clin Psychol* 1988, 44, 101-107.

- Hsu LKG y Sobkiewicz TA. Body image disturbance: time to abandon the concept for Eating Disorders? *Int J Eating Dissord* 1991, 10, 15-30.
- Huon GF y Brown LB. Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1986, 5, 421-439.
- Lindholm L y Wilson GT. Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eating Disord* 1988, 7, 527-539.
- Martínez E, Toro J, Salamero M, Blecua MJ y Zaragoza M. Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1993, 20(2), 51-65.
- Meermann R. Experimental investigations of disturbances of body image estimation in anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1983, 4, 91-100.
- Mora M y Raich RM. Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1993, 20(3), 113-135.
- Perpiñá C. Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1989, 16, 303-312.
- Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W y Goris M. Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: a reliability study. *J Psychosom Res* 1992, 36, 89-97.
- Raich RM. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Ed. Pirámide, 1994.
- Rojo E y Turón J. Imagen corporal y anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1990, 16, 313-321.
- Slade PD. A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 1985, 19, 255-266.
- Slade PD y Russell GFM. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa. Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol Med* 1973, 3, 188-199.
- Thompson JK. *Body image disturbance (assessment and treatment)*. New York: Pergmon Press, 1990.
- Toro J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología* 1988, 38, 25-47.
- Touyz SW, Beumont JV, Collins JK y Cowie I. Body Shape perception in bulimia and anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1985, 4, 259-265.

Turón V, Fernández F y Vallejo J. Anorexia Nerviosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1992, 19(1), 9-15.

Vandereycken W y Meermann R. *Anorexia Nervosa*. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1984.

Whitehouse AM, Freeman CPL y Annadale A. Body size estimation in bulimia. *Br J Psychiatry* 1986, 149, 98-103.

Whitehouse AM, Freeman CPL y Annadale A. Body size estimation in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1988, 153(suppl.2), 23-26.

Notas:

Estudio realizado en el Hospital psicossomático de Bad Pymont (Alemania), gracias al soporte investigador de la Generalitat de Catalunya (CIRIT), durante el período 1992-1993.

BULIMIA NERVIOSA: DIFICULTADES DE DELIMITACION DIAGNOSTICA

Marisol Mora y Rosa M^a Raich
Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona

RESUMEN

El objetivo de esta revisión es examinar los problemas de delimitación diagnóstica del síndrome bulímico, de categorías clínicas limítrofes: anorexia nerviosa e ingesta compulsiva. Existen diferencias entre bulimaréxicas y bulímicas, y entre bulimaréxicas y anoréxicas restrictivas, que impiden homologar a las bulimaréxicas, a las anoréxicas restrictivas o a las bulímicas de peso normal. La alternativa más prudente hasta que no se obtenga evidencia empírica que aproxime a las bulimaréxicas en una dirección o en otra, es asignar un diagnóstico mixto de anorexia y bulimia nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica y anoréxica concurrentes.

Los obesos que presentan episodios de hiperfagia, muestran diferencias respecto a las bulímicas en términos de precipitantes de las comilonas, consecuentes emocionales de éstas y topografía, peso y psicopatología. Estas diferencias aconsejan la inclusión de una categoría diagnóstica aparte para este subgrupo de obesos.

Palabras Clave: Bulimia, Anorexia, Ingesta Compulsiva, Delimitación Diagnóstica.

ABSTRACT

The aim of this review is to examine diagnostic delimitation problems of bulimic syndrome, from borderline clinic categories: anorexia nervosa and binge eating disorder. There are some differences between bulimic anorexic and bulimic women and, between bulimic anorexic and restricting anorexic women. This precludes to match bulimic anorexic to restricting anorexic women or bulimic of normal weight. There isn't empiric evidence that aproximates bulimic anorexic to bulimic or to restricting anorexic. The most cautious option is to give a mixed diagnostic of anorexia and bulimia nervosas at patients with concurrent bulimis and anorexic symptomatology.

The obese subjects presenting binge eating episodes, show some differences to, bulimic women such as precipiting of binges, emotional consequences, topographic features of binges, weight and psychopathology. This differences suggest the addition of a separated diagnostic categorie for this obese subgroup.

Key words: Bulimia, Anorexia, Binge Eating, Diagnostic Delimitation.

Es difícil conceptualizar el síndrome bulímico por su heterogeneidad y diferente grado de severidad en sus presentaciones. Como agravante, la sintomatología bulímica se halla presente en bastantes anoréxicas y en algunos obesos.

El objetivo de este capítulo es examinar los problemas de demarcación diagnóstica del síndrome bulímico, de categorías clínicas limítrofes como: anorexia nerviosa e ingesta compulsiva.

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

La investigación ha demostrado que muchas anoréxicas restrictivas con el tiempo han desarrollado bulimia nerviosa: un 50% de bulímicas de peso normal ha tenido una historia de anorexia nerviosa (Hsu, 1990). Bastantes anoréxicas presentan episodios de bulimia concurrentes y en algún caso la bulimia ha precedido a una anorexia.

ESTUDIOS COMPARATIVOS

Se han realizado varios estudios comparativos sobre la psicopatología específica y la psicopatología general de la anorexia nerviosa restrictiva,

bulimarexia y bulimia nerviosa, con objeto de clarificar la existencia de argumentos clínicos y terapéuticos que den soporte a una clara delimitación entre anorexia y bulimia nerviosa.

A continuación transcribimos los criterios de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa del DSM-III-R:

Criterios de Bulimia Nerviosa según DSM-III-R

- A.** Episodios recurrentes de voracidad (rápida consumición de una gran cantidad de comida en un período corto de tiempo).
- B.** Sensación de falta de control sobre la conducta alimentaria durante el episodio bulfímico.
- C.** Utilización regular de vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, dietas restrictivas, ayuno, o ejercicio intenso para prevenir la ganancia de peso.
- D.** Un promedio mínimo de dos episodios bulfímicos semanales, en por lo menos los tres últimos meses.
- E.** Preocupación persistente por el peso y la línea.

Criterios de Anorexia Nerviosa según DSM-III-R

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal en el mínimo correspondiente por edad y estatura. Pérdida de peso del 15% por debajo del peso esperado o déficit en ganancia de peso correspondiente por el desarrollo, que conduce a una pérdida ponderal del 15% por debajo del peso esperado.
- B.** Intenso miedo a engordar a pesar de estar en infrapeso.
- C.** Percepción alterada del peso, configuración y dimensiones corporales. La persona asegura verse gorda a pesar de la evidente emaciación o considera que alguna región de su cuerpo es demasiado gruesa.
- D.** En mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

El DSM-III-R especifica que cuando una anorexia sobreviene en el curso de una bulimia deben asignarse ambos diagnósticos. Aquellas pacientes anoréxicas que presentan sintomatología bulímica recibirán ambos diagnósticos.

Respecto al tipo de relación entre anorexia y bulimia, existen varios posicionamientos posibles:

1. Autores que se resisten a asignar en una misma categoría diagnóstica al subtipo bulímico de anorexia y a las bulímicas de peso normal. Defienden la clásica subdivisión de la anorexia en los subtipos restrictivo y bulímico y la restricción del diagnóstico de bulimia nerviosa a bulímicas de peso normal. Entre estos autores se encuentra Hsu (1990) que estableciendo comparaciones entre ambas entidades diagnósticas en una serie de parámetros (pérdida de peso, estatus ponderal, amenorrea, bulimia, vómito/otros sistemas de control del peso, y miedo a engordar) ofrece el siguiente cuadro comparativo:

Variables	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa
	Subgrupo restrictivo	Subgrupo bulímico	
Pérdida de peso	Severa	Severa	Mínima o moderada
Peso corporal	Muy bajo	Bajo	Normal
Amenorrea	Presente	Presente	Variable
Bulimia	Ausente	Presente	Presente
Vómito/otros sistemas de control del peso	Ausente	Presente	Presente
Miedo a engordar	Presente	Presente	Presente

Según esta postura el diagnóstico de bulimia debería confinarse a individuos de peso normal en base a las siguientes consideraciones:

- hay evidencia que sugiere que los resultados terapéuticos de pacientes bulímicas de peso normal son diferentes de los resultados obtenidos con bulimaréxicas.
- otra diferencia importante es que las bulimaréxicas sobreingieren y vomitan ocasionalmente y por lo tanto ya no satisfacen el criterio D de frecuencia del DSM-III-R. Respecto a las características topográficas de los episodios bulímicos de anoréxicas y de bulímicas, Beumont (1988) señala diferencias: los episodios bulímicos en anoréxicas fueron inconsistentes, la cantidad ingerida durante los episodios no fué masiva pero

siempre se experimentó la sensación subjetiva de pérdida de control. La utilización de sistemas de control del peso no siempre era contingente a la ocurrencia de un episodio bulímico. Tampoco el "timing" de las fases bulímicas es constante en el curso de la enfermedad.

Habitualmente la bulimia sobreviene después de varios años de restricción alimentaria, pero algunas veces los episodios bulímicos sobrevienen poco después del inicio de la dieta. En las bulímicas, el empleo de métodos de control del peso es contingente a la ocurrencia de episodios de hiperfagia. La relación temporal difiere de unos pacientes a otros: algunas aprenden a inducir el vómito después de meses o años de intentar aplacar la urgencia a sobreingerir. Otras ya utilizaban el vómito como método de control del peso paralelamente a la dieta experimentando posteriormente los episodios bulímicos. En otras las dos conductas comenzaron simultáneamente, tan pronto aprendieron a vomitar se permitieron sobreingerir.

Un diagnóstico debe tener implicaciones en la intervención terapéutica posterior: el tratamiento de bulímicas en normopeso es bastante diferente del dirigido a bulimaréxicas, más similar al empleado en anoréxicas restrictivas.

Por estas razones desde esta perspectiva no se considera pertinente dar a una anoréxica emaciada con episodios ocasionales de bulimia, el mismo diagnóstico que a una bulímica de peso normal, ya que el manejo de estas pacientes, en términos de intervención, es diferente.

2. Una segunda propuesta fundamentándose en estudios que muestran algunas similitudes entre bulimaréxicas y bulímicas de peso normal, definiendo la inclusión en una misma categoría al subtipo bulímico de anorexia y a bulímicas de peso normal (Fairburn y Garner, 1986). Examinemos algunos estudios que comparan anoréxicas restrictivas, anoréxicas bulímicas y bulímicas de peso normal.

En ciertos aspectos las bulimaréxicas se asemejan más a las bulímicas de peso normal que a las anoréxicas restrictivas (Garfinkel y Garner, 1984).

- El comienzo de los episodios bulímicos, en los pacientes que desarrollan bulimia es variable, el promedio se sitúa en torno a los 19,2 -8 meses después del comienzo de la dieta.
- Las bulimaréxicas tienen con mayor frecuencia una historia de sobrepeso premórbido, obesidad maternal y pesos mínimos mayores que las anoréxicas restrictivas (Da Costa y Halmi, 1992; Garfinkel y Garner, 1984). La respuesta térmica a comidas elevadas en carbohidratos difiere en anoréxicas con obesidad premórbida de anoréxicas sin sobrepeso

anterior: ganan peso más fácilmente y para lograr un ideal emaciado deben infligirse dietas más severas y autoprovocarse el vómito, pero aún así nunca alcanzan tan bajo peso como las otras.

- Las anoréxicas bulímicas manifiestan con mayor frecuencia conductas impulsivas tales como: abuso de drogas y alcohol, robo, intentos de suicidio, automutilación y humor lábil, que las anoréxicas restrictivas (Da Costa y Halmi, 1992; Garfinkel y Garner, 1984). Cuando se comparan anoréxicas restrictivas, bulimaréxicas, bulímicas de peso normal sin historia previa de anorexia y bulímicas de peso normal con historia previa de anorexia, todos los pacientes con sintomatología bulímica tienen mayor prevalencia de abuso de sustancias que las anoréxicas restrictivas, así como índices más altos en trastornos de ansiedad (agorafobia y fobia social) independientemente de tener en la actualidad o en el pasado un episodio de anorexia (Laessle, Wittchen, Fichter y Pirke, 1989).

- Existen diferencias en frecuencia de actividad sexual y social entre los dos grupos: las restrictivas tienden a ser más aisladas y a tener pocas relaciones interpersonales, mientras que las bulímicas se implican en más relaciones interpersonales pero estas suelen ser transitorias y no satisfactorias. Las bulímicas son sexualmente más activas, pero describen pérdida de control en sus experiencias sexuales. Parece ser que los déficits en autocontrol no se circunscriben a la esfera alimentaria.

- Datos psicométricos indican que las bulimaréxicas tienen un reducido control del impulso, incrementada extroversión y labilidad del humor, a diferencia de las anoréxicas restrictivas.

- Las bulimaréxicas son más propensas a satisfacer los criterios de personalidad borderline que las anoréxicas restrictivas (Rybicki, Lepkowsky y Arndt, 1989). Ostentan más alteraciones en el funcionamiento del yo y más desadaptación que éstas.

- Las anoréxicas bulímicas experimentan un curso más crónico que las restrictivas y manifiestan diferente respuesta al tratamiento. La duración del trastorno es mayor (Da Costa y Halmi, 1992).

- Las bulimaréxicas obtienen puntuaciones más elevadas que bulímicas de peso normal y que anoréxicas restrictivas en dos medidas de alteración alimentaria, en una medida de depresión y en las subescalas del EDI de ineffectividad, perfeccionismo, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez. En síntesis, las bulimaréxicas están más deprimidas y exhiben más psicopatología (Rosen, Murkowsky, Steckler y Skolnick, 1989). Otros estudios muestran una personalidad más vulnerable y más psicopatología familiar (Da Costa y Halmi, 1992).

- Comparando bulímicas en normopeso, bulímicas con sobrepeso y bulímicas en infrapeso o bulimaréxicas, (empleando controles de comparación en los tres niveles de peso) se obtiene que las bulimaréxicas ostentan más disfunción psicológica, más baja autoestima, más sensación de ineffectividad y más locus de control externo que los otros dos grupos, sucediéndoles las bulímicas en sobrepeso y en último lugar las bulímicas en normopeso (Shisslak, Pazda y Crago, 1990).

A partir de estos y otros estudios parece que el subtipo bulímico exhibe más psicopatología, más alteraciones de la imagen corporal, más sensación subjetiva de pérdida de control en varias esferas y más depresión. Las diferencias en curso y respuesta terapéutica informan de su diferente naturaleza.

No obstante, anoréxicas restrictivas y bulímicas comparten características comunes: la tenaz persecución de un cuerpo delgado, un estatus ponderal bajo, y restricción alimentaria. Se ha sugerido que las bulimaréxicas debido parcialmente a su predisposición constitucional a la obesidad y a sus características de personalidad (déficits en autocontrol) consiguen este ideal delgado con episodios de ayuno y sobreingesta.

Los resultados en los que se basa esta postura, aconsejan tipificar el diagnóstico de anorexia nerviosa en el subtipo restrictivo y bulímico.

No parecen apoyar la alternativa del DSM-III-R de asignar un diagnóstico doble de anorexia y bulimia nerviosa a pacientes anoréxicas con episodios de bulimia. Defienden que el diagnóstico de bulimia nerviosa debería confinarse a bulímicas de peso normal, ya que la emaciación, aunque pueda ir acompañada de sintomatología bulímica, conlleva facetas médicas y exigencias terapéuticas que no se aplican a pacientes bulímicas de peso normal.

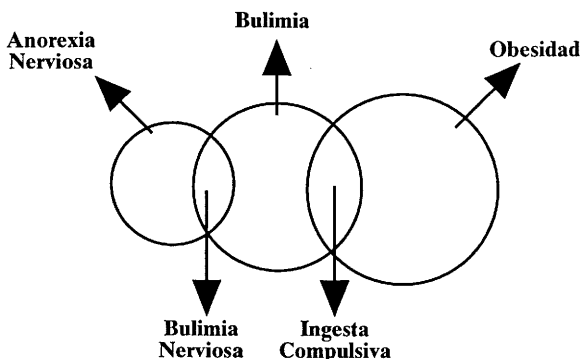
3. Asignación de un diagnóstico de bulimia nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica e historia previa o actual de anorexia. Únicamente se asigna diagnóstico de anorexia nerviosa a anoréxicas restrictivas y diagnóstico de bulimia a bulímicas de peso normal sin historia de anorexia (Russell, 1985). No se considera pertinente la opción del DSM-III de excluir a pacientes que tienen episodios bulímicos secundarios a una anorexia, asignándoles un diagnóstico doble.

Russell (1985) es el único exponente de esta perspectiva. Considera que este grupo de pacientes constituye el más claramente definido trastorno bulímico.

No obstante a pesar de que su posicionamiento discrepa de la mayoría,

considera una falacia intentar trazar una línea de demarcación entre los diferentes tipos de trastorno bulímico. Representa a través de un diagrama de Venn la posible relación entre los diferentes tipos de trastorno alimentario:

Existirían tres grupos de pacientes correspondientes a los tres tipos de trastorno alimentario: Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad. El solapamiento entre trastornos viene representado por la intersección de los círculos: obesos con bulimia ("*Stunkard's binge-eating syndrome*") y bulímicas cuyo trastorno está relacionado con anorexia nerviosa ("*Bulimia Nerviosa*"). El tamaño de los círculos es hipotético ya que, según este autor, no se han efectuado estudios epidemiológicos conclusivos para delimitar la proporción precisa del tamaño de las poblaciones.



A continuación Russell traza un perfil de una de las dos áreas de solapamiento representada en el diagrama: *Bulimia Nerviosa*, que correspondería a lo que entendemos por bulimarexia y bulimia con historia previa de anorexia.

El síndrome de *Bulimia Nerviosa*, descrito por Russell, se caracterizaría por cuatro rasgos clínicos: presencia de episodios de hiperfagia, empleo de sistemas de control del peso, miedo mórbido a engordar e historia previa de anorexia nerviosa. Este episodio previo de anorexia nerviosa puede haber remitido por el tratamiento médico o puede haber sido un episodio críptico (pérdida de peso leve o amenorrea de pocos meses). También es posible que no haya emergido completamente de la fase de anorexia nerviosa y todavía esté en infrapeso cuando aparece la bulimia.

Respecto a la *Bulimia*, síndrome no secundario a un episodio de anorexia nerviosa, es una colección de trastornos bulímicos inespecífica y hete-

rogénea que queda cuando eliminamos el grupo de bulimia nerviosa y el grupo de obesos que presentan ingesta compulsiva.

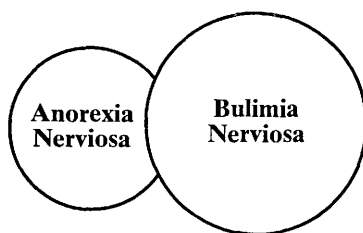
Las elevadas cifras de prevalencia de estos trastornos, le sugieren que este grupo de personas en décadas previas adoptaron otras formas de expresión neurótica. Su actual expresión en forma de síntomas bulímicos es producto de la patoplasticidad. Varios autores han subrayado la versatilidad de los trastornos psiquiátricos (menores y también mayores) en respuesta a la naturaleza del marco histórico-cultural. El exacerbado énfasis actual en la delgadez y el estrés que experimenta la mujer de hoy en los conflictivos roles de la sociedad moderna, ha engendrado los síntomas bulímicos como expresión patoplástica de un trastorno neurótico. Aceptar esta concepción supone destacar el rol desempeñado por la personalidad subyacente del paciente.

Para caracterizar este grupo heterogéneo de pacientes, Russell propone utilizar índices de severidad, ya que el resultado terapéutico depende de la severidad de los síntomas: severidad del vómito, de la preocupación por el peso, e índices de severidad del deterioro psicosocial.

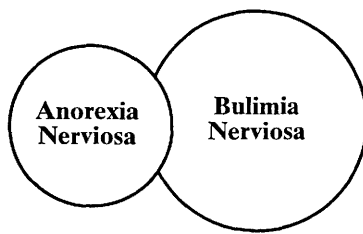
4. La cuarta postura defiende la adhesión a la práctica del DSM-III-R de asignar un diagnóstico mixto cuando el paciente presenta una severa pérdida de peso y sintomatología bulímica con vómito autoinducido. A esta propuesta se suscribe Fichter (1990). Al igual que otros autores, Fichter concluye con la imposibilidad de trazar una línea divisoria clara entre ambos trastornos. Una minoría de pacientes presentarían sintomatología bulímica y pérdida de peso de forma concurrente. Muchos pacientes mostrarían transición de anorexia a bulimia y algunos evolucionarían en la dirección inversa.

En síntesis existen cuatro posturas adoptadas por los autores ante la dialéctica suscitada por estas dos entidades diagnósticas:

- Autores que otorgan la primacía del diagnóstico a la ocurrencia de la conducta bulímica al margen de la existencia o no de pérdida de peso. En este grupo se inscriben Fairburn y Garner (1986). Estos autores defienden que el diagnóstico de anorexia debería ser restringido a pacientes que no experimenten sintomatología bulímica. En consecuencia bulímicas de peso normal y bulimaréxicas recibirían la misma categoría diagnóstica. El peso no sería un parámetro relevante en el momento de establecer un diagnóstico.

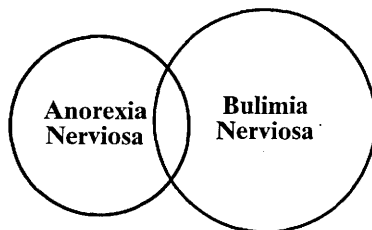


- La postura contraria otorgaría la primacía del diagnóstico a la pérdida de peso independientemente de la presencia/ausencia de conducta bulímica. En este caso bulimaréxicas y anoréxicas se inscribirían en la misma categoría diagnóstica.



Los autores que se suman a esta propuesta recomiendan en base a estas diferencias no subsumir en una misma categoría a bulímicas con diferente estatus ponderal. Otra razón que aducen para mantener esta distinción, es la necesidad de ajustar los programas de intervención a los diferentes niveles ponderales, dado que existe una gradación en severidad psicopatológica que exige procedimientos de intervención más incisivos en unos casos que en otros.

- Una tercera posibilidad es admitir que anorexia y bulimia se solapan inextricablemente en una minoría de pacientes.



•Propuesta adoptada por Russell (1985): únicamente las bulímicas con historia actual o pasada de anorexia constituyen el síndrome definido de bulimia nerviosa. El diagnóstico de anorexia queda restringido a las anoréxicas restrictivas. El subgrupo de bulímicas sin diagnóstico anterior ni presente de anorexia constituye una categoría heterogénea de trastornos, a la que denomina bulimia.

Un nuevo enfoque diagnóstico (Canton, French, Smith y Mezzich; cfr. Fichter, 1990) plantea reemplazar el concepto de categoría diagnóstica definido por un conjunto de rasgos cuya presencia es necesaria para la asignación de los individuos a la misma, por el de *prototipo diagnóstico*, más apropiado para los diagnósticos psiquiátricos, dada la incertidumbre en la definición de los síntomas para muchas categorías, la existencia de casos limítrofes y la heterogeneidad de los individuos pertenecientes a una categoría dada.

El término de prototipo, implica que los rasgos de una categoría no siempre están definidos de forma precisa, solo se exige que estén correlacionados en los individuos de aquella categoría. Una característica no tiene por que ser absolutamente necesaria ni la presencia de un subconjunto de rasgos garantiza la inclusión en dicha categoría. Para determinar si un paciente pertenece a un prototipo diagnóstico, es necesario calcular el solapamiento de rasgos clínicos entre la constelación de síntomas que presenta el paciente y el prototipo diagnóstico.

Este enfoque de clasificación psiquiátrica es más flexible al subrayar la naturaleza probabilística de la categorización diagnóstica. Ponemos, no obstante, en cuestión su operatividad, dada la necesidad de reducir el diagnóstico a un simple cálculo correlacional que por otro lado no queda resuelto al tener que estipular un coeficiente de correlación mínimo aceptable para la inclusión de un individuo en el prototipo. Éste no dejaría de ser arbitrario, además del coste que supone tomar medidas de todas las variables relevantes y del error de medida subsiguiente.

CONCLUSIONES

Haciendo un balance de los hallazgos de los autores anteriores obtenemos el siguiente cuadro de resultados:

Estudios comparativos		
Trastornos a comparar	Autores	Resultados
Anorexia Restrictiva y Anorexia Bulímica	Garfinkel y Garner (1984) DaCosta y Halmi (1992)	Diferencias: Las anoréxicas bulímicas presentaron con mayor frecuencia obesidad premórbida, obesidad maternal, peso mínimo mayor, conductas impulsivas (abuso de drogas y alcohol, robo, intentos de suicidio, automutilación, humor lábil), mayor actividad sexual e interpersonal, más depresión, curso crónico, más alteraciones de la imagen corporal, más psicopatología, diferencias en curso y respuesta terapéutica, más psicopatología familiar, mayor duración del trastorno.

Estudios comparativos		
Trastornos a comparar	Autores	Resultados
Anorexia Bulímica y Bulimia con peso normal	Hsu (1990)	Diferencias: Diferente respuesta al tratamiento, diferentes intervenciones terapéuticas. En bulimaréxicas, la frecuencia de episodios bulímicos es ocasional y la cantidad ingerida puede no ser exorbitante. No siempre hay relación entre episodios bulímicos y utilización de métodos de control del peso.
Anorexia Restrictiva, Anorexia Bulímica y Bulimia con peso normal	Rosen, Murkofsky, Steckler y Skolnick (1989)	Diferencias: Las bulimaréxicas manifestaron mayor disfunción alimentaria, más depresión y más psicopatología asociada a trastorno alimentario (EDI).
Anorexia Restrictiva, Anorexia Bulímica, Bulimia con peso normal y sin historia de anorexia, y Bulimia con peso normal y con historia de anorexia	Laessle, Wittchen, Fichter y Pirke (1989)	Semejanzas entre todos los grupos con sintomatología bulímica: historia de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad (fobias sociales y agorafobias) con mayor frecuencia que anoréxicas restrictivas.

En base a estos resultados parece ser que existen sustanciales diferencias entre anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas (Garfinkel y Garner, 1984; DaCosta y Halmi, 1992). Sin embargo ello no excluye que existan diferencias entre bulimaréxicas y bulímicas de peso normal (Hsu, 1990; Rosen, Murkofsky, Steckler y Skolnick, 1989), aunque algún autor haya encontrado más similitudes que diferencias (Laessle, Wittcher, Fichte y Pirke, 1989).

A continuación presentamos una panorámica de las posibles propuestas de solución que ofrecen los autores anteriores a las dificultades de delimitación diagnóstica entre estas categorías:

Propuestas de solución	Autores
Subdivisión de Anorexia Nerviosa en los subtipos: Restrictivo y Bulímico y asignación del diagnóstico de Bulimia Nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica y peso normal.	Hsu (1990) DaCosta y Halmi (1992)
Diagnóstico mixto de Anorexia y Bulimia Nerviosas a pacientes con sintomatología bulímica e infrapeso, y restricción del diagnóstico de Anorexia Nerviosa a anoréxicas restrictivas y del diagnóstico de Bulimia Nerviosa a pacientes de peso normal con conducta bulímica.	DSM-III-R Fichter (1990)
Circunscribir el diagnóstico de Anorexia Nerviosa a pacientes anoréxicas restrictivas y asignar el diagnóstico de Bulimia Nerviosa tanto a bulímicas de peso normal como a bulimaréxicas.	Fairburn y Garner (1986)

Propuestas de solución	Autores
Asignar un diagnóstico de Bulimia Nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica e historia previa o actual de anorexia. Restringir el diagnóstico de Anorexia Nerviosa a pacientes anoréxicas sin sintomatología bulímica y asignar el diagnóstico de Bulimia a pacientes con sintomatología bulímica sin historia de anorexia.	Russell (1985)

Pensamos que la existencia de diferencias entre anoréxicas restrictivas y bulímicas (particularmente en curso, intervención y respuesta terapéutica) justifica un diagnóstico aparte.

Tampoco consideramos como más pertinente la opción de homologar bulimaréxicas a bulímicas de peso normal, incluyéndolas en la misma categoría (Fairburn y Garner, 1986), dada la existencia de diferencias topográficas (en los episodios bulímicos), diferencias en la respuesta al tratamiento y diferencias en el tipo de abordaje terapéutico (Hsu, 1990). Varios autores muestran reticencia a aceptar dentro de una misma categoría a bulímicas de peso normal y a bulimaréxicas emaciadas, por estos motivos (Hsu, 1990; DaCosta y Halmi, 1992).

La opción de mantener la subdivisión tradicional de Anorexia Nerviosa en los subtipos restrictivo y bulímico y confinar el diagnóstico de Bulimia Nerviosa a bulímicas de peso normal, supone emparentar a las anoréxicas bulímicas al diagnóstico de Anorexia Nerviosa más que al diagnóstico de Bulimia Nerviosa, sin existir suficiente soporte para ello, dado que algún estudio ha mostrado más semejanzas entre bulimaréxicas y bulímicas de peso normal (con y sin historia previa de anorexia) que con anoréxicas restrictivas (Laessle, Wittcher, Fichter y Pirke, 1989).

Pensamos que hasta que no se obtenga más evidencia empírica que aproxime a las bulimáxicas en una dirección o en otra, lo más prudente es asignar un diagnóstico mixto de anorexia y bulimia nerviosas a pacientes con sintomatología bulímica y anoréxica concurrentes, que es la práctica habitual del DSM-III-R.

BULIMIA NERVIOSA E INGESTA COMPULSIVA

En 1959, Stunkard (cfr. Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell & Nonas, 1991) describió episodios de hiperfagia en algunos obesos. A pesar de que muchos de estos individuos experimentaban un marcado estrés por su patrón alimentario, no podían recibir un diagnóstico de Bulimia Nerviosa porque no se implicaban en conductas compensatorias de control del peso como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes. El DSM-III-R sólo reconoce un trastorno que comporte episodios de hiperfagia: bulimia nerviosa. Sin embargo este cuadro se observa en individuos de peso normal que utilizan principalmente como estrategias de control del peso, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes. Aunque se admite el empleo de otros métodos como la dieta, el ejercicio o el ayuno, a efectos de investigación se minimiza la heterogeneidad del diagnóstico, limitándolo a aquellos casos que vomitan o abusan de laxantes.

El diagnóstico se aplica a un subgrupo de pacientes obesos y a individuos de peso normal, que exhiben episodios de hiperfagia clínicamente significativos sin emplear métodos de control del peso (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1991).

Los pacientes obesos que presentan conducta hiperfágica, tienen más severa psicopatología, más obesidad, pronta recaída tras la pérdida de peso e historia de fluctuaciones, que los obesos que no presentan este patrón alimentario (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1991; Wilson y Walsh, 1991). Parece ser que la incidencia de episodios de sobreingesta se incrementa cuando aumenta la severidad de la obesidad (Rossiter, Agras, Telch & Bruce, 1992; Telch, Agras & Rossiter, 1988).

Los obesos "binge eaters" habitualmente tienen historia de dietas repetidas y eficaces, en las cuales se consigue la pérdida de peso, pero no logra mantenerse (Gormally, 1984). Paradójicamente, cumplen las dietas con

rigor durante el programa de tratamiento, pero no logran el control alimentario fuera de el.

DEFINICION DE INGESTA COMPULSIVA

La definición estándar de "binge" o atracón, según Gormally (1984), es "un episodio de ingesta incontrolada en el que se consume una gran cantidad de comida en un período breve de tiempo" (pp. 49). Sin embargo, no todos los episodios de hiperfagia son "binges" tal como los concibe Gormally. Las personas obesas no siempre experimentan sus atracones con pérdida de control, a veces comen más de lo planeado simplemente porque les resulta placentero. Esto implica que la sensación subjetiva de pérdida de control debe ser incorporada en la definición.

Según este autor deberían incluirse dos elementos en la definición de *ingesta compulsiva*:

- La experiencia de pérdida de control sobre la ingesta
- Reacciones emocionales negativas tras el episodio

Los episodios de hiperfagia (que satisfacen los anteriores requisitos) reúnen elementos de compulsividad y de conducta adictiva:

- La ambivalencia del comedor compulsivo que experimenta una incontenible urgencia a comer, pero a la vez se resiste a satisfacer su impulso por miedo a perder el control, tiene tintes de compulsividad.
- La inhabilidad para comer moderadamente y lograr la abstinencia entre los horarios de comida, así como los deseos recurrentes de comer que no se satisfacen con una ingesta moderada, contienen elementos de conducta adictiva.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PROVISIONALES

Se han propuesto los siguientes criterios diagnósticos provisionales para esta categoría clínica (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1992; Wilson y Walsh, 1991):

Criterios diagnósticos provisionales del trastorno por ingesta compulsiva

A. Episodios recurrentes de hiperfagia caracterizados por:

1) Ingesta durante un período breve de tiempo (ej. sobre unas dos horas), una cantidad de alimento superior a la que sería consumida por la mayoría de personas durante un período de tiempo similar.

2) sensación de pérdida del control durante los episodios, por ej. no ser capaz de parar de comer.

B. Deben presentarse por lo menos tres de los siguientes indicadores conductuales de pérdida de control en la mayoría de los episodios:

1) Comer más rápidamente de lo habitual.

2) Comer hasta sentirse incómodamente lleno.

3) Ingerir grandes cantidades de alimento a pesar de no experimentar hambre.

4) Ingerir grandes cantidades de alimento fuera de los horarios habituales de comida.

5) Comer subrepticamente por vergüenza de que otros perciban la cantidad de comida ingerida.

6) Desagrado respecto a uno mismo, depresión o sentimientos de culpa por la sobreingesta.

C. Considerable malestar por el episodio.

D. Frecuencia semanal de dos episodios en los seis últimos meses.

E. No satisfacer los criterios de bulimia nerviosa.

La propuesta diagnóstica de estos autores contiene los dos componentes, según Gormally, constitutivos de un episodio de ingesta compulsiva en pacientes obesos: sensación de pérdida de control y emociones negativas tras el episodio (B y C). Respecto al criterio E, los autores especifican que este requisito excluye a pacientes que se provocan el vómito o abusan de laxantes.

Pensamos que esta caracterización diagnóstica carece de especificidad. Al no incorporar un criterio de peso, bulímicas de peso normal que no se provoquen el vómito ni abusen de laxantes, pero utilicen otros sistemas de control del peso, recibirán este diagnóstico junto con obesos que también sobreingieren, con lo cual queda por resolver el problema de la heterogeneidad fenomenológica y de la delineación clara entre bulimia nerviosa e ingesta compulsiva asociada a obesidad.

Como se verá en el apartado siguiente, existen diferencias sustanciales entre bulímicas vomitadoras y bulímicas restrictivas, pero esto no implica que las bulímicas restrictivas deban homologarse a obesos con ingesta compulsiva, por el hecho de utilizar estrategias similares de control del peso,

pues no se han efectuado estudios comparativos entre estos dos grupos (bulímicas no vomitadoras y obesos con hiperfagia) que avalen tal semejanza.

PREVALENCIA

La prevalencia de episodios de ingesta incontrolada en obesos varía de unos estudios a otros. Arnow, Kenardy y Agras (1992), citan índices de prevalencia que oscilan entre un 22% y un 83% (cuando se combinan obesos con niveles moderados y severos de episodios de hiperfagia).

En la revisión de Wilson y Walsh (1991) se citan índices de prevalencia que fluctúan entre un 20-46% de los pacientes obesos.

Recientemente, Devlin, Walsh, Spitzer y Hasin (1992), revisaron gran parte de estudios sobre prevalencia de episodios de hiperfagia en ausencia de bulimia y obtuvieron que una importante fracción de obesos presentaban episodios de hiperfagia, siendo una minoría los que empleaban vómito, abuso de laxantes o diuréticos y un 68% dietas restrictivas.

Fundamentándose en los criterios diagnósticos anteriores, los autores (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1992) construyeron un cuestionario de autoinforme que administraron a participantes de diferentes programas de control del peso en diferentes áreas geográficas, a grupos anónimos de comedores compulsivos y a muestras no clínicas. Los datos de prevalencia de episodios de hiperfagia fueron superiores en la muestra de comedores compulsivos anónimos (71.2%), que en las muestras implicadas en los programas de control del peso (30%), siendo las cifras consistentes en estas últimas. En las muestras no clínicas los índices de prevalencia fueron bastante inferiores, como es presumible (2% y 4.4%). La presencia del síndrome completo fué más frecuente en mujeres y hubo una fuerte asociación entre obesidad e historia de fluctuaciones del peso y la presencia de todos los criterios diagnósticos.

En base a estos resultados, los autores aconsejan incorporar esta categoría diagnóstica en el DSM-IV, como categoría oficial o en un apéndice de trastornos que requieren un estudio adicional.

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

La *etiología* de la conducta hiperfágica de los obesos no está clara, pero

muchos investigadores subrayan el rol de la dieta restrictiva (Arnow, Kenardy y Agras, 1992; Gomarilly, 1984) también invocada como agente causal en los episodios bulímicos.

De acuerdo con la teoría de la restricción, el hambre inducido por la dieta genera un conjunto de condiciones que propician la ocurrencia de un episodio de hiperfagia, disparado por una serie de desinhibidores específicos (ej. disforia, consumo de alcohol, reglas alimentarias restrictivas, o violación de la dieta).

ESTUDIOS COMPARATIVOS

Diferencias en Antecedentes y Consecuentes de la Conducta Hiperfágica

Sin embargo, existen diferencias entre bulímicas y comedores compulsivos respecto a precipitantes y correlatos cognitivos y emocionales de la hiperfagia.

Los comedores compulsivos presentan humor deprimido después del episodio de sobreingesta y al igual que las bulímicas muestran más cogniciones dicotómicas antes del episodio alimentario, si se comparan a los controles normales (Lingswiler, Crowther y Stephens, 1989). Sin embargo las bulímicas tienen más estrés, preocupación por la comida y humor negativo antes del episodio, que los comedores compulsivos.

En muestras de obesos no sometidos a tratamiento y dónde sólo una minoría se impone algún tipo de prohibición alimentaria (Arnow, Kenardy y Agras, 1992), se obtiene que el humor negativo es un importante precipitante de episodios de hiperfagia. La mayoría experimenta sentimientos de culpa tras el episodio, sólo una minoría experimenta alivio.

En esto apreciamos diferencias respecto a las bulímicas: el humor negativo predomina antes y durante el episodio pero la utilización de conductas compensatorias calman y alivian el humor disfórico. El ciclo comienza negativamente, pero finaliza positivamente. La ausencia de sistemas de control del peso en obesos les priva del alivio del humor negativo.

El tipo de experiencia afectiva va modificándose durante el ciclo: antes del episodio alimentario predominan la irritabilidad, la ansiedad y la depresión. Posteriormente al episodio, prevalen los sentimientos de culpa. La reducción de los sentimientos de irritabilidad, ansiedad y depresión, a pesar de ser reemplazados por los sentimientos de culpa, es lo suficientemente reforzante como para mantener la conducta.

La mitad de la muestra informa haber experimentado hambre antes del

episodio, pero cuando se les pide valorar el papel del hambre en el atracón respecto a otros factores, éste resulta ser el menos importante.

Las cogniciones posteriores a los atracones suelen reflejar autoreproche. Pensamientos del mismo signo son habituales en pacientes bulímicas en las mismas circunstancias. Sin embargo, a diferencia de éstas, los pensamientos antecedentes al episodio de hiperfagia indican la intención deliberada de sobrein-gerir o *atracarse* sin reflejar falta de autocontrol. Este tipo de pensamientos en obesos puede ser una consecuencia del sufrimiento que produce la privación alimentaria, sin embargo en esta muestra un 80% de los sujetos no restringían cuantitativa ni cualitativamente la ingesta.

La experiencia es diferente a las bulímicas: deciden conscientemente violar la dieta, antes que sentirse compelidos a ello, y dar rienda suelta a sus deseos reprimidos. Este resultado parece poner en tela de juicio uno de los ingredientes básicos de la definición de Gormally (la pérdida de control sobre la ingesta y el componente de compulsividad). No obstante estos resultados deben considerarse con reservas ya que los datos no se derivan de autoregistros sino de informes retrospectivos realizados por los propios sujetos. En estos casos el pensamiento antecedente más frecuente es el propósito de mitigar el estado de ánimo alterado a través de la ingesta.

Otro tipo de pensamiento precipitante de los episodios de hiperfagia, son las preocupaciones respecto a la violación de las reglas alimentarias o de la abstinencia.

De estos dos estudios podemos destacar algunas similitudes y diferencias entre comedores compulsivos y bulímicas:

- Ambos grupos de pacientes presentan humor deprimido, cogniciones de autoreproche y culpa tras la conducta sobreingestiva.
- Las bulímicas mostraron más humor negativo, más estrés y más preocupación por la comida antes del episodio que los comedores compulsivos. Éstos a diferencia de aquellas decidieron deliberadamente y no compulsivamente, violar la restricción y atracarse sin dar muestras de pérdida de control.
- La mayoría de comedores compulsivos no experimentó alivio del humor disfórico tras el episodio alimentario. En las bulímicas el humor disfórico, presente antes y durante el episodio, se redujo tras el episodio después de haber puesto en marcha algún mecanismo de control del peso, inexistente en los obesos.
- De la misma manera que en las bulímicas, la violación de la dieta y el humor disfórico se erigen como precipitantes importantes de la ingesta compulsiva observada en obesos.

Diferencias Topográficas en la Conducta Hiperfágica

No sólo existen diferencias entre bulímicas y comedores compulsivos, en términos de antecedentes, correlatos y consecuentes de los "binge-eating", sino también en la *topografía de los episodios bulímicos*: nº de calorías ingeridas, velocidad de la ingesta, composición, y restricción alimentaria.

La cantidad de calorías ingeridas durante un episodio de hiperfagia es menor (600 cal. versus 1200 cal.) en obesas que en pacientes bulímicas (Rossiter, Agras, Telch y Bruce, 1992).

La velocidad de la ingesta es también inferior respecto a las muestras bulímicas y respecto a otros episodios alimentarios no hiperfágicos (38.9 cal/min. versus 84.3 cal/min.).

Sin embargo la celeridad durante los episodios en este grupo de obesas fué inferior a la velocidad lograda por controles en episodios alimentarios no hiperfágicos.

Respecto a la composición de la dieta, contrariamente a lo esperado, las obesas no consumen más lípidos durante las comilonas que en el resto de episodios alimentarios, debido probablemente a que predominaban alimentos ricos en carbohidratos y pobres en lípidos. No obstante, seleccionaron alimentos más nutritivos durante sus comilonas que durante el resto de episodios de ingesta.

El promedio de calorías consumidas durante los días en los que hay hiperfagia es superior al promedio de calorías del resto de días (2400 cal. versus 1500 cal.). Sin embargo la restricción es mayor en bulímicas según muestran otros estudios (1000 cal.). Comparadas con controles normales, las obesas son más restrictivas (1500 cal. versus 2000 cal.). En autoinfomes de restricción alimentaria, se obtiene el mismo patrón de resultados.

Los autores denominan a este grupo de pacientes " *bulímicas sin conducta purgatoria*", sin embargo los índices de desviación respecto al peso ideal, muestran que se trata de obesas con episodios de hiperfagia. Finalmente, los autores concluyen que las diferencias topográficas halladas en los episodios de hiperfagia de este grupo aconsejan una distinción nítida de pacientes con bulimia nerviosa.

Diferencias en Psicopatología

Las diferencias en *psicopatología concurrente* son más cuantitativas que cualitativas, aunque existentes: un estudio muestra un continuo de severidad psicopatológica entre bulímicas, obesas con episodios bulímicos, obesas tratados por obesidad y controles (Prather y Williamson, 1988).

Las bulímicas presentan los índices más elevados de psicopatología,

seguidas por los obesos con episodios bulímicos y obesos en tratamiento por su obesidad, que exhiben más malestar que los controles de peso normal y que los obesos no tratados. Los obesos con ingesta compulsiva manifiestan más depresión, más rasgos histriónicos y más adherencia al rol tradicional femenino, que los obesos no tratados. Los primeros puntuaron más alto en el Bulimia Test, lo que sugiere que las elevaciones en psicopatología de este grupo pueden ser secundarias a su alteración alimentaria y/o a su obesidad. A pesar de que no hubieron diferencias significativas entre estos grupos en estatus ponderal, la mayor adherencia del grupo de obesos con hiperfagia, al rol tradicional femenino que históricamente ha estado impregnado de valores estéticos, puede crear en estas pacientes mayor conflicto al no ajustarse a lo que la sociedad prescribe como estético.

Los dos grupos de obesos en tratamiento, manifiestan más depresión (de leve a moderada), que el grupo de obesos control.

La sintomatología depresiva, es también una característica frecuentemente asociada a la bulimia nerviosa, presente en obesos con hiperfagia y obesos tratados por su obesidad. El denominador común entre ellos es la preocupación por el peso (objetiva en los obesos y neurótica en las bulímicas) y la presencia de un tipo de alteración alimentaria que amenaza el estatus de peso y potencia la preocupación por el mismo. Es posible que exista algún tipo de nexo entre depresión y estas dos variables, no presentes en obesos que no acuden a tratamiento por su sobrepeso.

CONCLUSIONES

La evidencia disponible sugiere la existencia de una entidad psicopatológica, presente en pacientes obesos y algunos individuos de peso normal, caracterizada por la presencia de episodios de hiperfagia, malestar asociado a ellos, pero sin la utilización de procedimientos drásticos de control del peso. De acuerdo al DSM-III-R no se les puede asignar un diagnóstico de bulimia nerviosa.

Los pacientes obesos que presentan esta sintomatología, exhiben más psicopatología, más obesidad, más fluctuaciones del peso y más recaídas tras la pérdida de peso. Se ha verificado una elevada correlación entre episodios de hiperfagia y obesidad.

El episodio sobreingestivo debe caracterizarse por la sensación subjetiva de pérdida de control y reacción emocional negativa tras el episodio.

Diferencias entre bulímicas y obesos con ingesta compulsiva:

- **Antecedentes y consecuentes de los episodios de hiperfagia:** En ambos el humor negativo y la violación de la abstinencia funcionan como precipitantes. Sin embargo, las bulímicas muestran más desajuste, preocupación por la comida y más humor negativo antes del episodio. Los obesos a menudo toman la decisión consciente de sobreingerir, sin dar muestras de pérdida de control y con objeto de modificar el estado de ánimo alterado. A diferencia de las bulímicas la no utilización de sistemas de control del peso, tras el episodio, prolonga los sentimientos de culpa en los obesos.

- **Topografía de los episodios bulímicos:** Las diferencias son más cuantitativas que cualitativas: el balance calórico de los episodios es menor en los obesos que en las bulímicas, la velocidad de ingestión, también es menor, predominan alimentos ricos en carbohidratos pero no en lípidos, y la severidad de la restricción alimentaria es también menor.

- **Psicopatología concurrente:** Las bulímicas presentan elevaciones superiores en depresión que los obesos con ingesta compulsiva, pero éstos superan a los controles y a obesos sin hiperfagia. Nuevamente, las diferencias son también en términos cuantitativos.

Las diferencias entre bulímicas y obesos con ingesta compulsiva en términos de antecedentes y consecuentes de los episodios de voracidad, topografía de éstos y psicopatología, justifican un diagnóstico diferenciado entre bulimia e ingesta compulsiva.

REFERENCIAS

Arnow B, Kenardy J y Agras WS. Binge eating among the obese: A descriptive study. *J Behav Med* 1992, 15(2), 155-170.

Beumont PJV. Bulimia: Is it an Illness Entity? *Int J Eating Disord* 1988, 7(2), 167-176.

DaCosta M y Halmi KA. Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *Int J Eating Disord* 1992, 11(4), 305-313.

Devlin MJ, Walsh BT, Spitzer RL y Hasin D. Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1992, 11(4), 333-340.

Fairburn CG y Garner DM. The Diagnosis of Bulimia Nervosa. *Int J Eating Disord* 1986, 5(3), 403-419.

- Fichter MM. *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy*. New York: Jonh Wiley y Sons, 1990.
- Garfinkel PE y Garner D. Bulimia in Anorexia Nervosa. En: RC Hawkins, WI Fremouw y P Clement, (editores), *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research*. New York: Springer 1984.
- Gormally. The Obese Binge Eaters: Diagnosis, Etiology and Clinical Issues. En: RC Hawkins, WI Fremouw y P Clement, (editores), *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research*. New York: Springer 1984.
- Hsu LKG. *Eating Disorders*. New York: The Guilford Press, 1990.
- Laessle RG, Wittchen HU, Fichter MM y Pirke KM. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *Int J Eating Disord* 1989, 8(5), 569-574.
- Lingswiler VM, Crowther JH y Stepheers MAP. Affective and Cognitive Antecedents to Eating Episodes in Bulimia and Binge Eating. *Int J Eating Disord* 1989, 8(5), 533-539.
- Prather RC y Williamson DA. Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *Int J Eating Disord* 1988, 7(2), 177-184.
- Rosen AM, Murkofsky CA, Stekler NM y Skolnick NJ. A comparison of psychological and depressive symptoms among restricting anorexic, bulimic anorexic and normal-weight bulimic patients. *Int J Eating Disord* 1989, 8(6), 657-663.
- Rossiter ME, Agras SW, Telch CF y Bruce B. The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *Int J Eating Disord* 1992, 11(2), 111-120.
- Russell GFM. Bulimia revisited. *Int J Eating Disord* 1985, 4(4), 681-692.
- Rybacki DJ, Lepkowsky CM y Arndt S. An empirical assessment of bulimic patients using multiple measures. *Addic Behav* 1989, 14, 249-260.
- Shisslak CM, McKeon RT y Crago M. Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *J Clin Psychol* 1990, 46(2), 185-189.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J y Nonas C. Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *Int J Eating Disord* 1991, 10(6), 627-629.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Agras S, Mitchell J y Nonas C. Binge eating disorder: A mul-

tisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eating Disord* 1992, 11(3), 191-203.

Telch CF, Agras WS y Rossiter EM. Binge Eating Increases with Increasing Adiposity. *Int J Eating Disord* 1988, 7(1), 115-119.

Wilson TG y Walsh BT. Eating disorders in the DSM-IV. *J Abnorm Psychol* 1991, 100(3), 362-365.

PREVALENCIA DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO-A EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE ANDALUCÍA SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOPROFESIONALES

Cristóbal Jiménez Jiménez y José Luis Sánchez Laguna

*Departamento de Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad de Córdoba*

RESUMEN

La conducta Tipo A en los profesionales de la salud ha recibido poca atención por parte de los investigadores, a pesar de asumirse su prevalencia. En este trabajo se exploran las tasas de incidencia de la personalidad Tipo A y B en una muestra de 494 profesionales de la salud andaluces (92 Médicos, 174 Diplomados en Enfermería, 171 Auxiliares de Enfermería, y un grupo de 57 sujetos que comprende otros trabajadores del sistema sanitario como celadores, psicólogos, y administrativos). El Patrón de Conducta Tipo A (PAC) ha sido evaluado mediante el cuestionario Bortner. Se han calculado tasas de prevalencia para el total de la muestra y para distintas submuestras formadas según ciertas variables demográficas (Sexo, Edad, Estado Civil y Hábitat) y socioprofesionales (Categoría, Tipo de Centro, Régimen Laboral, Servicio y Años de Experiencia). Se ha encontrado que el 15,6% de los profesionales de la salud muestran una per-

sonalidad Tipo A extrema mientras que el 15,8% de los sujetos son Tipo B puros. Se analiza la relación entre el PAC y las variables demográficas y sociolaborales mediante test de asociación (Chi-cuadrado), test de diferencia entre medias (Anovas) y test predictivo (análisis de regresión múltiple paso a paso). Tan sólo la asociación entre PAC y Tipo de Centro resultó significativa ($p = .03$). Las puntuaciones de los sujetos en el Bortner sólo varían significativamente en razón de la Experiencia ($p < .05$); no obstante, se observa cierta tendencia en las mujeres a ser más Tipo A que los varones ($p = .08$). El valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales estudiadas respecto al PAC resultó escaso.

Se discuten ampliamente estos y otros resultados al tiempo que se sugieren algunas implicaciones para la profesión sanitaria.

Palabras claves: Patrón A de conducta, Profesionales de la Salud, Variables socio-profesionales

ABSTRACT

Type A behavior pattern (TABP) among Health Professionals has received little attention from researchers, although its prevalence is assumed. In this study, the degree of incidence of both Type A and Type B Personalities is explored in a sample of 494 Andalusian Health Professionals (92 physicians, 174 nursing diploma-holder, 171 nursing auxiliaries, and a group of 57 subjects that is made up of other workers in the health profession such as janitors, cleaners, cooks, psychologists and administrative staff). The TABP was evaluated using the Bortner questionnaire. Levels of prevalence were calculated for the entire subject pool and distinct subgroups formed according to certain demographic (sex, age, marital status and environment) and socio-occupational (category/rank, work setting, work schedule, service and years of experience) variables. From the results, 15,6% of the health professional were extreme Type A Personalities while 15,8% of the subjects were pure Type B. The 16,7% of the Nursing diploma-holders were Type A; 14% of the physicians and nursing auxiliaries were pure Type A. The predictive value of the demographic-occupational variables studied in respect to the TABP produced small differences. These and other results are widely discussed, and also some implications in the health professions are suggested.

Key Words: Type-A Behavior Pattern, Health Professionals, Socioprofessional variables, Health Psychology.

INTRODUCCION

Características tales como la ambición, la competitividad, la preocupación por los rendimientos, la urgencia del tiempo, la impaciencia, la hostilidad y el estar "alerta", parecen estar cada vez más presentes en los individuos de nuestra sociedad actual más desarrollada, pero adquieren connotaciones especiales (muy particularmente) en determinados colectivos profesionales como ejecutivos, directivos, y profesionales de la salud (Médicos, Enfermería, etc.).

Este complejo emocional, cuando incluye tales atributos en un grado acrecentado, ha sido denominado por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959; 1974) como "**Patrón de conducta Tipo A**" (PAC). Cuando este patrón de características ocurre en un nivel muy bajo, la constelación se denomina "**Patrón de conducta Tipo B**".

Para Friedman y Ulmer (1984), una diferencia distintiva de ambos patrones en el caso de las mujeres estaría en que para los Tipo B la vida de familia es lo más importante mientras que para los Tipo A lo más importante serían las metas profesionales. Según esto, cabría esperar, tal como sugieren Thomas y Jozwisk (1990), que, entre los profesionales de la salud mujeres, los Tipo B mostrarán un menor compromiso e implicación laboral que sus compañeras Tipo A. Tal cuestión está por investigar.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el patrón A de conducta se puede considerar como una "constelación de tres componentes interdependientes y que actúan en una amplia variedad de contextos sociales: (1) **cognitivo**: en cuanto que implica un conjunto de creencias sobre uno mismo y sobre el mundo; (2) **emotivo**: en cuanto que conlleva un conjunto de valores convergentes en un modelo de motivación o de compromiso (es típico, en este sentido, el compromiso con el trabajo); y (3) **conductual**: en cuanto que comporta un estilo particular de vida y de comportamiento (p.e.: impaciente, competitivo, etc.).

El **PAC** es, sin duda, uno de los tópicos que más atención viene recibiendo en el marco de la Psicología de la Salud (Friedman y DiMatteo, 1989).

Ello es debido, muy probablemente, a que dicho patrón de conducta se está configurando como un factor de riesgo para la salud, en general (Suls y Sanders, 1988; Wrzesniewski, Wonicki y Turlejski, 1988).

Así, en un estudio comparativo entre varias dimensiones del estado de salud, Thomas (1986) encontró mayor morbilidad entre los Tipo A; los Tipos B tenían mejor salud, menos días enfermos durante el último año,

menos visitas al médico, menos hospitalizaciones, menos intervenciones quirúrgicas y menos prescripciones farmacológicas que los Tipo A. Un reciente estudio longitudinal (Shoham-Yakubovich, et al., 1988), mostró que los sujetos Tipo A extremos obtuvieron la tasa más alta de morbilidad.

Pero sobre todo, la relevancia del Patrón A de conducta proviene de su asociación con las enfermedades cardiovasculares, configurándose como un factor de riesgo independiente de los factores tradicionales (tabaco, edad, colesterol, hipertensión, etc.) tal como se pone de relieve en numerosos estudios (Cfr. Ketterer, et al., 1985; Wriqth, 1988; Boot-Kewley y Friedman, 1987; para revisión).

La literatura sobre Psicología de la Salud y Salud Ocupacional ha sugerido que los efectos adversos del stress ocupacional sobre la salud se predicen mejor desde la perspectiva de la interacción entre condiciones del trabajo y características personales del trabajador que si se consideran los factores estresantes del trabajo independientemente (Baum y Singer, 1987; Cooper y Marshall, 1976; para revisión).

Puesto que el PAC ha sido hipotetizado como una estrategia inadaptada de afrontamiento frente al stress (Jacobson, 1983 Lazarus y Folkman, 1984; Verderber, Shively y Fitzsimmons, 1990), es de esperar que este patrón de conducta actúe como variable mediadora que incrementa el efecto del stress sobre la enfermedad de acuerdo con el modelo propuesto por Smith y Anderson (1986).

Aunque trabajos como los de King (1970), de Russek (1960) y de Payne y Firth-Cozens (1987), desde una perspectiva cross-cultural y cross-profesional, han mostrado que los profesionales de la salud deben figurar entre las profesiones de riesgo en orden a las coronopatías, sin embargo. como afirman Thomas y Jozwisk (1990) *“El Patrón de conducta Tipo-A entre las Enfermeras ha recibido poca atención por parte de los investigadores, si bien se asume su prevalencia”* (pg.477-478), para añadir más adelante que *“la actual prevalencia de la conducta Tipo-A entre las Enfermeras permanece desconocida y merece investigación”* (pg.487).

Es bien conocido que la labor diaria de los profesionales de la salud les somete a un considerable estrés físico y psicosocial (Jacobson y Grath, 1983; Hingley y Cooper, 1986; Cronin-Stubbs y Velsor-Friedrich, 1981; Payne y Firth-Cozens, 1987; Reig y Caruana, 1989; 1990; Reig, Caruana y Peralba, 1989). Los sujetos Tipo A pueden aportar al contexto laboral sanitario, ya de por sí cargado de tensiones, toda una constelación de actitudes y conductas que contribuirían, sin duda, a exacerbar el nivel de estrés de los profesionales de la salud. De ahí la importancia de conocer la prevalencia

del **Patrón A de conducta** en este grupo profesional, sobre la que existe muy poca información y se carece de una investigación seria y sistemática.

Los datos sobre prevalencia del **PAC** en la población general aparecen muy dispersos y suelen ser poco coincidentes entre estudios, sobre todo en función del instrumento de evaluación empleado.

Así, la incidencia del **PAC** encontrada en otros países europeos oscila entre el 4 y el 15 % (Konskenvuo, 1981), mientras que la detectada en los estudios norteamericanos se encuentra en torno al 40-50 % (Jenkins, 1979).

En Hingley y Cooper (1986) se aportan los siguientes datos de prevalencia del **PAC**, evaluado con el Cuestionario BORTNER (Bortner, 1969), en la población general: 10% de **A1**; 40% de **A2**; 40% de **B3** y 10% de **B4**. Según Flores et al. (1985), la incidencia del **PAC**, evaluado con igual instrumento, en la población española es de un 14,54% de **Tipo A1** y un 12% de **Tipo B4**. Utilizando el "Jenkins Activity Survey", (Jas; Jenkins, y col., 1979), como instrumento de evaluación, Reig, Bertomeu y Caruana (1990), encontraron entre empleados de banca tasas del 19,5% de **Tipo A1**; 54,2% de **Tipo X** (intermedio) y 26,2% de **Tipo B4**; mientras que entre el personal de Universidad (Profesorado y Administrativos), las tasas fueron del 28,8%, 52,3% y 19%, respectivamente.

En un trabajo sobre el estrés en los médicos generalistas Porte, Howie y Levinson (1987) encontraron una incidencia del 13,3 % de Tipo A y B, al tiempo que informaban que los sujetos Tipo A manifestaban sentimientos de estrés en mayor medida que los Tipo B; pero estos datos hay que tomarlos con cautela ya que la muestra utilizada fue muy exigua (n =18).

Reig y Caruana (1990), en una muestra de 180 médicos españoles de la región valenciana, encontraron una incidencia del **Tipo A1** del 29,4 % frente a un 2,8 % de **Tipo B4**, evaluados mediante el Cuestionario BORTNER.

En cuanto al personal de Enfermería, Thomas y Jozwisk (1990) informan de una prevalencia del **Tipo A1** del 22,5 %, igual al del **Tipo B4**, en una muestra de 178 Registered Nurses, evaluadas mediante el JAS.

En el trabajo de Cronin-Stubbs y Velsor-Friedrich (1981) se informa de que el 82 % de la muestra (n =65) y el 86 % de las supervisoras (n =12) manifestaron la conducta Tipo A en mayor medida que la Tipo B, al tiempo que las personalidades Tipo A percibieron como estresantes una mayor cantidad de estímulos, lo que se traduciría en una variedad de quejas psicósomáticas y sentimientos de frustración" (p. 24).

Finalmente, por nuestra parte, en un reciente estudio con una muestra de 107 estudiantes de Diplomados en Enfermería, hemos encontrado una pre-

valencia del Tipo A1 del 19,6 % frente al 18,7 % de Tipo B4 (Jiménez y cols., 1990a)

En cualquier caso, como sugiere Jacobson (1983), "*no sabemos si las personas Tipo A escogen la profesión de Enfermería o si la Enfermería convierte a la gente en personalidades Tipo A, pero tanto la literatura como la observación de estos profesionales en numerosos contextos apoyan la prevalencia de este Patrón A de Comportamiento entre las Enfermeras*" (pg.38).

Tres son los objetivos que perseguimos con el presente trabajo: (1) ofrecer información empírica sobre la prevalencia del Patrón A de conducta en los profesionales de la salud; (2) explorar si tal prevalencia está relacionada con ciertas variables demográficas y sociolaborales de interés; y (3) cuantificar el valor determinante y predictivo de tales variables sobre el comportamiento Tipo A.

El presente trabajo forma parte de un amplio proyecto de investigación acerca de las relaciones entre el nivel de estrés, conducta Tipo A, satisfacción laboral, hábitos de vida saludable y estado general de salud en los profesionales de la salud de Andalucía.

MATERIAL Y METODO

Sujetos

La muestra la conforman un total de 494 sujetos trabajadores de los Servicios de Salud de Andalucía (SAS), 357 de los cuales (72,3 %) ejercen su trabajo en la provincia de Córdoba y el resto (27,7 %) en la de Jaén.

El 88,5% de la muestra está constituido por Profesionales de la salud (Médicos, Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), Diplomados en Enfermería (DE) y Auxiliares de Enfermería), quedando el resto (11,5 %), formado por diversos paraprofesionales (psicólogos, educadores) y por personal de diversos servicios (Celadores, limpiadoras, cocineros, administrativos, etc.).

Según datos del SAS (1991) la población de referencia de la muestra de profesionales de la salud está integrada por 7.739 sujetos (4.527 en Córdoba y 3.212 en Jaén) por lo que la muestra estudiada representa el 5,65% de la misma.

En cuanto a los médicos, su población de referencia es de 2.361 sujetos (1365 en Córdoba y 996 en Jaén), utilizándose una muestra de 92 sujetos que representan el 4% de la población.

La muestra de ATS/DE es de 174 sujetos, aproximadamente el 5, % de

una población de 3.314 (1.965 en Córdoba y 1.349 en Jaén).

La muestra de Auxiliares de Enfermería consta de 171 sujetos, lo que supone el 8,4% de su población de referencia integrada por 2.064 sujetos (1.197 en Córdoba y 867 en Jaén).

Instrumentos

Los sujetos han cumplimentado dos tipos de instrumentos de investigación:

A) Un **Cuestionario demográfico-laboral** con el que se recababa información acerca de las siguientes variables : Sexo, Edad, Estado Civil, Centro donde trabaja (Hospital o No hospital), Hábitat (Urbano, rural), Régimen laboral (Funcionario, contratado, otros), Categoría Profesional (Médico, ATS/DE, Auxiliar de Enfermería, Celador, Otros), y Servicio o Departamento. En esta última variable se ha computado hasta un total de 40 especialidades, que nosotros hemos reclasificado agrupándolas en las nueve categorías siguientes: Urgencias, UCI, Cirugía, Obstetricia, Medicina General, Salud Mental, Consultas Externas, Diagnóstico y Tratamiento, y Otros servicios o sin especialidad.

B) El **Cuestionario Bortner**. Este Cuestionario es un instrumento de evaluación del Patrón A de Comportamiento diseñado por Bortner (1969) a partir de los contenidos de la Entrevista Semiestructurada (SI) elaborada por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (Friedman y Rosenman, 1959).

Consta de 14 ítemes-escalas de adjetivos bipolares con puntuaciones continuas desde 1 a 24.

Se cumplimenta siguiendo las estrategias del diferencial semántico y del análogo visual: el sujeto ha de señalar sobre una línea horizontal continua el punto donde éste se situaría entre dos opciones de conducta opuestas, como puede verse en el siguiente ejemplo:

“No soy competitivo” _____ “Soy muy competitivo”

El rango de la puntuación total de la escala es desde 1 hasta 336. Cuanto más elevadas sean en ella las puntuaciones de los sujetos, mayor PAC mostrarán.

Hemos utilizado la versión española realizada por Flores y col. (1985) y adaptada por nosotros (Ver Anexo)

La asignación de los sujetos al Tipo A o B es convencional y se hace a partir de una desviación típica por encima o por debajo, respectivamente, a

partir de la media de distribución de puntajes.

De esta manera se obtienen cuatro categorías del Patrón A de conducta, a saber;

(1) **Tipo A1**; corresponde al grado más extremo de exhibición de la conducta Tipo A y se asigna a los sujetos con puntuaciones en el BORTNER superiores a una desviación standard por encima de la Media;

(2) **Tipo A2**: refleja una moderada expresión del Tipo A, pero son más A que B, y se asigna a los sujetos con puntuaciones comprendidas entre la Media y una desviación standard por encima;

(3) **Tipo B3**: refleja un grado moderado de Tipo B, participa de ciertas tendencias del Tipo A pero son más B que A, y se asigna a los sujetos con puntuaciones comprendidas entre la Media y una desviación standard por debajo; y

(4) **Tipo B4** : representa la expresión más completa y desarrollada del estilo de conducta reposada, relajada y afable característico del Tipo B, y se asigna a los sujetos con puntuaciones inferiores a una desviación standard por debajo de la Media.

El acuerdo clasificatorio entre el cuestionario BORTNER y la SI oscila entre el 64-75 %. El cuestionario presenta una consistencia interna que oscila, según los estudios, entre un coeficiente alfa de Cronbach de .77 y .85. bastante aceptable para instrumentos en estadios iniciales de investigación (Sender y col., 1993).

Aunque sólo ha sido empleado en estudios europeos posee un cuerpo de validación similar al JAS (Jenckins y col., 1979). La validez interna del cuestionario ha sido confirmada con poblaciones españolas mediante análisis factorial (Flores y col., 1985; Jimenez y col., 1990b).

Concretamente, las dimensiones encontradas por nosotros en la muestra de profesionales de la salud han sido las siguientes: Hostilidad-Impaciencia (HI), Asertividad-Competitividad-Ambición (ACA), Urgencia del tiempo-Vigilancia (UTV) e Implicación laboral-preocupación por los rendimientos(IL). Estos cuatro factores explican el 51,81 % de la varianza total (Jimenez y col., 1990b).

Procedimiento y Análisis estadísticos.

Se tomó como población de referencia el personal sanitario perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS) y que prestan sus servicios en diversos hospitales y ambulatorios de la provincia de Córdoba y Jaén.

Se entregaron en mano un total de 1.000 protocolos (600 en Córdoba y 400 en Jaén), conteniendo los instrumentos descritos y las instrucciones

para su cumplimentación, incluyéndose una carta de presentación donde los se exponían los objetivos del estudio, se garantizaba la confidencialidad y se agradecía la colaboración.

Se recogieron, igualmente en mano y por la misma persona que lo entregó, un total de 505 protocolos cumplimentados, de los cuales 494 resultaron estadísticamente aprovechables (357 en Córdoba y 137 en Jaén). Así, pues se alcanzó una tasa de respuesta del 50,5%, similar a la obtenida con igual procedimiento en estudios realizados con muestras de sanitarios españoles pero sensiblemente superior cuando el material se envía y recoge por correo, según se informa en otros estudios (Reig y Caruana, 1990; 1989).

Los datos así recabado han sido sometido al oportuno tratamiento estadístico.

A parte de la descripción estadística básica (X, DT, rango) de las variables en estudio, se ha efectuado el análisis correlacional (producto momento de Pearson) para obtener una visión general de las intercorrelaciones entre dichas variables.

En el estudio de la prevalencia del PAC se ha utilizado la prueba Chi-2 para detectar posibles diferencias entre proporciones.

Las diferencias de las puntuaciones de los sujetos en el Bortner se han analizado mediante anova unifactorial para cada variable demográfica-laboral .

Finalmente, con el fin de poner a prueba el valor predictivo de las variables en estudio sobre el PAC, hemos efectuado el análisis de regresión múltiple "paso a paso" (stepwise), por el procedimiento de "forward an backward stepping". Esta técnica estadística posibilita hallar la mejor ecuación de predicción lineal entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes.

Para todos estos análisis se ha hecho uso de los oportunos programas del paquete estadístico BMDP (DIXON,1990). Todos los análisis se han llevado a cabo separadamente con la muestra total y con cada grupo profesional (Médico, ATS/DE y Auxiliares de Enfermería). En el presente estudio se presentan tan sólo los resultados relativos a la muestra total, dejando para un ulterior trabajo el análisis pormenorizado de los datos para cada grupo profesional.

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos se exponen a continuación en diferentes apartados que facilitan su comprensión, de acuerdo con los objetivos que nos hemos propuesto.

Relación entre las variables

En la Tabla 1 se presenta la matriz de intercorrelaciones entre las 14 variables en estudio.

Tabla 1.- Matriz de correlación entre las variables.

A) Variables demográficas y socio-profesionales															
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	Mean	SD
(1) Sexo	<i>-.20**</i>	<i>-.09*</i>	-.05	-.01	.05	-.08	<i>-.12**</i>	.00	.08	.02	<i>-.06</i>	<i>-.18**</i>	<i>-.05</i>		
(2) Edad		<i>.37**</i>	.08	.04	<i>-.42**</i>	.05	<i>.77**</i>	.07	.00	.06	.07	-.02	.06	32.8	8.9
(3) Estado Civil			.00	.02	<i>-.26**</i>	.05	<i>.32**</i>	.04	.03	.06	.03	.01	.02		
(4) Centro de Trabajo				<i>-.16**</i>	.08	<i>.28**</i>	.05	<i>.26**</i>	.06	.02	.02	.02	.05		
(5) Categoría Profesional					-.02	.07	-.00	<i>-.14**</i>	<i>-.06</i>	.02	<i>-.03</i>	.06	.03		
(6) Régimen laboral						.00	<i>-.43**</i>	-.02	<i>-.06</i>	<i>-.05</i>	<i>-.04</i>	-.02	<i>-.05</i>		
(7) Servicio (Especialidad, Departamento)							.04	.08	-.00	<i>-.05</i>	.04	-.02	.07		
(8) Años de experiencia								<i>.10*</i>	<i>-.01</i>	.04	<i>-.08</i>	.02	.02	8.1	7.1
(9) Habitat (Urbano/Rural)									<i>.06</i>	<i>.05</i>	<i>.04</i>	<i>.06</i>	<i>.01</i>		
B) Variables referidas al Patrón de Conducta Tipo-A															
(10) Cuestionario Bortner (puntuación global)										<i>.72**</i>	<i>.55**</i>	<i>.46**</i>	.02	172	34
(11) HI: Hostilidad-Impaciencia											<i>.18**</i>	<i>.21**</i>	<i>-.17**</i>	44	17
(12) ACA: Asertividad-Competitividad-Ambición												-.00	-.05	32	13
(13) UTV: Urgencia del tiempo-Vigilancia													<i>.09*</i>	42	14
(14) IL: Implicación laboral-Preocupación por los rendimientos														1.00	19

* $p < .05$; ** $p < .01$; Nota: Todos los coeficientes han sido redondeados en su segunda cifra decimal. (N=494).

El apartado (A) corresponde a las correlaciones de las variables demográficas y sociolaborales entre sí. De los 36 coeficientes de correlación calculados, 14 de ellos (el 39 %), resultaron estadísticamente significativos ($p < .05$). En *cursiva* figuran las correlaciones de las variables demográficas y sociolaborales con las variables de medida del **Tipo A**. Tan sólo 1 de los 45

coeficientes calculados alcanza significatividad estadística, el correspondiente a la relación entre **Sexo y Urgencia del tiempo**: entre los profesionales de la salud, las mujeres tienden a manifestar este patrón conductal en mayor medida que los hombres. En las dos últimas columnas se incluyen las Medias y Desviaciones Standard correspondientes a la **Edad y Años de Experiencia** de los sujetos, respectivamente.

En el apartado **(B)** se incluyen las intercorrelaciones de las cinco medidas del **Patrón A de Conducta (PAC)**: una medida global, derivada de las puntuaciones de los sujetos en el Cuestionario BORTNER, y las cuatro restantes corresponden a las puntuaciones de los sujetos en las subescalas del mismo, obtenidas factorialmente por nosotros (Jiménez y col., 1990b) tal como ya ha quedado indicado. El tamaño y significatividad de los coeficientes calculados ponen de relieve una aceptable consistencia interna del instrumento (validez de constructo), especialmente en lo que concierne a los tres primeros componentes del BORTNER. En las dos columnas de la derecha aparecen las Medias y Desviaciones Standard de la muestra total en cada medida del **PAC**.

Prevalencia del Patrón A de conducta

En la Tabla 2 se exponen los principales resultados relativos a la distribución de la tipología del **Tipo A** en la muestra total y en cada submuestra formada en función de las variables demográficas y sociolaborales. En cada caso, se incluye el estadístico **Chi-cuadrado**. En el caso de la muestra total, el test resultó altamente significativo ($p < .001$), lo que pone de relieve que las cuatro categorías del **PAC** no se distribuyen homogéneamente en la población de profesionales de la salud andaluces, sino de una forma que recuerda la distribución normalizada, como puede apreciarse en la Fig.1.

Tabla 2.-Tasas de prevalencia de las diferentes categorías de Tipo-A

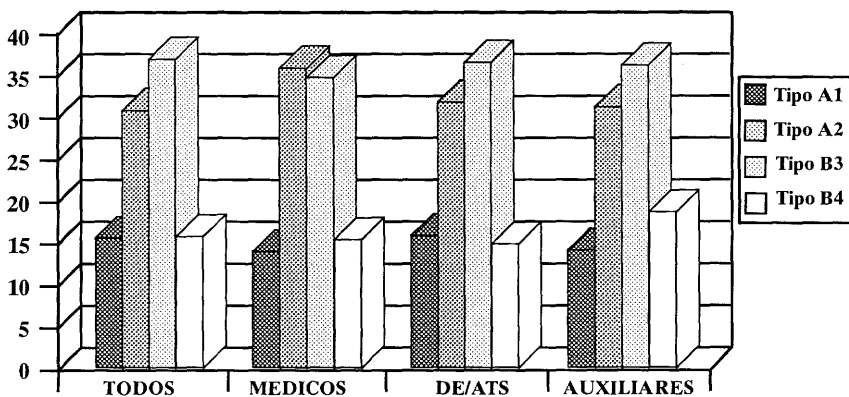
A) Variables Demográficas	Categorías de Tipo-A					Chi ²
	(N)	A1 (%)	A2 (%)	B3 (%)	B4 (%)	
Sexo						Chi ² = 3.346
Varón	225	12.4	32.4	39.1	16.1	d.f.= 3
Mujer	269	18.2	31.6	34.6	15.6	p= .34

<i>A) Variables Demográficas</i>		Categorías de Tipo-A				Chi ²
		(N)	A1 (%)	A2 (%)	B3 (%)	
Edad						
<25 años	49	18.4	30.6	38.8	12.2	Chi ² = 7.52 d.f.= 9
25 a 34	301	15.9	31.6	34.2	18.3	
35 a 44	84	17.9	31.0	40.5	13.3	p= .583
>44 años	60	8.3	36.7	41.7	13.3	
Estado Civil						
Soltero	202	14.4	31.2	36.6	17.8	Chi ² = 5.705 d.f.= 9
Casado	269	16.7	32.3	35.7	15.2	
Viudo	9	11.1	44.4	33.3	11.1	p= .769
Separado/Divorciado	14	14.3	28.6	57.1	0.0	
Habitat						
Urbano	459	15.5	31.4	37.6	15.5	Chi ² = 2.432 d.f.= 3
Rural	35	14.3	40.0	25.7	20.0	
B) Variables Socio-Profesionales						
Categoría Profesional						
Médico	92	14.1	35.9	34.8	15.2	Chi ² = 5.669 d.f.= 12
Enfermera/o (DE/ATS)	174	16.7	31.6	36.8	14.9	
Auxiliar Enfermería	171	14.0	31.6	35.7	18.7	p= .931
Celadores	46	19.6	26.1	41.3	13.0	
Otros	11	18.2	36.4	45.5	0.0	
Tipo de Centro						
Hospital	392	16.3	29.1	37.2	17.3	Chi ² = 8.772 d.f.= 3
No Hospital	102	12.7	43.1	34.3	9.8	
Régimen laboral						
Funcionario	223	18.4	29.6	35.9	16.1	Chi ² = 6.531 d.f.= 6
Contratado	263	13.7	34.2	37.3	14.8	
Otro	8	0.0	25.0	37.5	37.5	p= .366
Servicio o Especialidad						
Urgencias	57	14.0	31.6	40.4	14.0	Chi ² = 18.338 d.f.= 24
UCI	52	11.5	36.4	40.4	13.5	
Cirugía	95	18.9	32.6	29.5	18.9	p= .787
Ginecología	56	17.9	30.4	41.1	10.6	
Medicina General	104	12.5	35.5	38.5	13.5	p= .787
Salud Mental	50	14.0	26.0	40.0	16.0	
Consultas Externas	30	13.3	40.0	26.7	20.0	p= .787
Diagnóstico/Tratamiento	32	28.1	15.6	34.4	21.9	
Otros	18	11.1	38.9	27.8	22.2	

B) Variables Socio-Profesionales	Categorías de Tipo-A					Chi ²
	(N)	A1 (%)	A2 (%)	B3 (%)	B4 (%)	
Experiencia						
Menos de 1 año	55	10.9	29.1	32.7	27.3	Chi ² = 13.257
1-10 años	307	16.9	30.6	37.1	15.4	d.f.= 9
11-20 años	101	17.8	35.6	37.7	12.9	p= .151
más de 20 años	31	3.2	38.7	48.4	9.7	
MUESTRA TOTAL	494	15.6	32.0	36.6	15.8	Chi²= 70.679 p=.001

La distribución del PAC hallada en la muestra total puede generalizarse al resto de las submuestras, con la excepción del Tipo de Centro, donde la distribución de las categorías de Tipo A es diferente en los Centros Hospitalarios que en los no Hospitalarios (Figura 1).

Figura 1.- Prevalencia del Patrón de Conducta Tipo-A en los profesionales de la salud.



Valor diferencial de las variables demográficas y sociolaborales respecto al Tipo A de conducta.

Tan sólo se han detectado diferencias significativas en cuanto a los **Años de Experiencia**: los sujetos más jóvenes y los de mayor edad obtienen puntuaciones significativamente más bajas en el BORTNER que los sujetos de edades intermedias. Resultados similares se ha observado con respecto al componente de **Implicación Laboral** del PAC ($F= 3,39$; $g.l.= 3/490$; $p= .017$).

Se aprecia una diferencia cercana a la significación estadística en cuanto

al **Sexo**: las mujeres son más Tipo A que los varones ($p = .08$). Tal diferencia se hace altamente significativa sobre la subescala de **Urgencia del Tiempo** ($F = 15.64$; $g.l. = 1/492$; $p = .0001$).

Dada la escasa relevancia de los resultados obtenidos de los Anovas efectuados sobre las restantes medidas del **Tipo A de conducta**, no se incluyen en este trabajo. Así mismo, después de realizar Anovas de doble vía con Sexo (2) x Categoría Profesional (5) como factores independientes sobre las cinco medidas del Patrón A de conducta, como variables dependientes, no se hallaron efectos directos ni de interacción estadísticamente relevantes.

Valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales respecto al Patrón A de conducta.

En la Tabla 3 se recogen los resúmenes de los Análisis de regresión múltiple "paso a paso", con el fin de cuantificar (determinar) en qué medida la conducta Tipo A de los profesionales de la salud andaluces se encuentra determinada por o puede ser explicada a partir del conjunto de variables demográficas y sociolaborales.

Tabla 3.- Resumen del análisis de regresión "paso a paso" de las variables demográficas y socio-profesionales sobre las diferentes medidas del patrón de conducta Tipo-A

Medidas Tipo-A	Variables en la ecuación	R	RSQ Ajustado	Incremento (%) de varianza	Valor F	Paso	Razón F global
<i>Tipo-A</i>	<i>Sexo</i>	.0769	.0039	0.39	2.92	1	F= 2.43
<i>Global</i>	<i>Régimen laboral</i>	.1024	.0065	0.26	2.27	2	g.l.= 3/490
<i>(Borner)</i>	<i>Tipo de Centro</i>	.1210	.0086	0.21	1.06	3	p<.05
	Total de varianza explicada			0.86%			
<i>Hostilidad/</i>	<i>Estado Civil</i>	.0623	.0019	0.19	1.90	1	F= 1.67
<i>Impaciencia</i>	<i>Servicio</i>	.0822	.0027	0.08	1.42	2	g.l.= 2/491
<i>(HI)</i>	Total de varianza explicada			0.27%			p= n.s.
<i>Asertividad/</i>	<i>Experiencia</i>	.8530	.0053	0.53	3.60	1	F= 2.42
<i>Competitividad/</i>	<i>Régimen laboral</i>	.1198	.0103	0.50	3.53	2	g.l.= 5/488
<i>Ambición</i>	<i>Sexo</i>	.1410	.0139	0.36	2.76	3	p<.05
<i>(ACA)</i>	<i>Estado Civil</i>	.1480	.0139	0.00	1.01	4	
	<i>Edad</i>	.1555	.0142	0.03	1.15	5	
	Total de varianza explicada			1.42%			
<i>Urgencia del</i>	<i>Sexo</i>	.1755	.0288	2.88	15.64	1	F= 8.73
<i>tiempo y Vigi-</i>	<i>Categoría Prof</i>	.1854	.0304	0.16	1.80	2	g.l.= 2/491
<i>lancia (UTV)</i>							p<.01
	Total de varianza explicada			3.04%			

Medidas Tipo-A	VARIABLES en la ecuación	R	RSQ Ajustado	Incremento (%) de varianza	Valor F	Paso	Razón F global
<i>Implicación lab/ Preocupac. rendim.</i>	<i>Servicio</i>	.0689	.0027	0.27	2.35	1	F= 1.7
	<i>Régimen laboral</i>	.0882	.0037	0.10	1.50	2	g.l.= 3/494
	<i>Sexo</i>	.1014	.0042	0.05	1.24	3	p= n.s.
(JI-PC)	Total de varianza explicada			0.42%			

Valor máximo para eliminar F=0.49; Valor mínimo para introducir F=1.50

Los porcentajes de varianza explicada son francamente exigüos (lo máximo que se consigue explicar es un 3 % de la varianza relativa a la **Urgencia del Tiempo** gracias a la acción conjunta del Sexo y el status profesional) y de escasa relevancia estadística. El Sexo es la variable que entra en mayor número de ecuaciones de regresión, concretamente en cuatro de las cinco efectuadas (Bortner, Competitividad, Urgencia de tiempo e Implicación laboral), mientras que la variable Hábitat no logra entrar en ninguna de ellas.

Todo ello sugiere la idea de que el **Patrón A de conducta**, evaluado globalmente o en sus principales componentes, se manifiesta en la muestra estudiada con clara independencia de las variables demográficas y sociolaborales analizadas.

DISCUSION

La incidencia del Patrón A de conducta para la muestra de profesionales de la salud andaluces (Tabla 2) se encuentra dentro de los valores obtenidos en otros países europeos (Kenskenvuo, 1981), pero resulta sensiblemente inferior a las tasas detectadas en los estudios norteamericanos (Jenkins, 1979).

Nuestra distribución de la tipología del Patrón A de conducta es muy similar a la informada en otros estudios, aunque las tasas de Tipo **A1** y **B4** están cinco puntos por encima de las halladas por Hingley y Cooper (1986) para la población general, y son algo superiores a las encontradas por Flores y col (1985) para empleados de banca españoles. Existen notables diferencias entre nuestros resultados y los informados por Reig y Caruana (1990a) en una muestra de médicos y por Reig, Bertomeu y Caruana (1990b) en trabajadores de Universidad (profesorado y personal de administración y servicios) y empleados de banca. Tales discrepancias podrían justificarse en función del diferente instrumento de evaluación del PAC utilizado.

Los porcentajes de Tipo A y B puros hallados por nosotros son algo inferiores a los encontrados por Thomas y Jozwisk (1990) entre el personal de Enfermería.

Si bien tal distribución del PAC en el total de la muestra no cambia significativamente a lo largo de las submuestras derivadas en función de las variables demográficas y sociolaborales, conviene resaltar algunos aspectos particularmente de interés.

En cuanto al **Sexo**, llama la atención el mayor porcentaje de sujetos **Tipo A1** mujeres que hombres. Resultados similares se obtuvieron en Flores y col (1985) y en Reig, Bertomeu y Caruana (1990b) y por nosotros en una muestra de estudiantes de Enfermería (Jimenez y col., 1990a).

Si bien tradicionalmente el **PAC** se venía asociando al sexo masculino, las investigaciones más recientes muestran un mayor interés por su estudio y prevalencia en el sexo femenino (Houston y Kelly, 1985; Kelly y Houston, 1987; Thomas y Jozwisk, 1990). Davidson y Cooper (1980) encontraron que las mujeres trabajadoras tienen mayor probabilidad de ser Tipo A y de tener más alto riesgo de coronopatía que las no trabajadoras. Por su parte, Waldron (1978) encontró que las mujeres trabajadoras a "full time" tenían mayor probabilidad de exhibir el Tipo A de conducta que las amas de casa o las empleadas a tiempo parcial, si bien tal hallazgo tan sólo era significativo si las mujeres tenían un alto nivel educativo. Según Sender y col. (1993), *"estos elevados puntajes A en la población femenina parecen más propios de los países mediterráneos"* (p.72).

La mayor incidencia del Tipo A en mujeres dentro del colectivo de profesionales de la salud, detectada por nosotros, podría explicarse por su pertenencia a un mundo laboral de exigencias sociolaborales relativamente altas, que tal vez seleccione y represente a un tipo de mujeres no representativa de la población general. En cualquier caso, que tal diferencia se agudice en la dimensión "**Urgencia del tiempo**" nos hace suponer, como hacen Sender y col (1993) *"que las mujeres A configuran su patrón conductual a expensas de los componentes energéticos (actividad, urgencia del tiempo, impaciencia) que no son tan heredables en función del género"* (p.72).

También interesa resaltar la particular distribución del PAC entre los grupos de **Edad** aquí estudiados. Se observa en el grupo más joven la mayor prevalencia del Tipo A1, frente a la más baja presentada por el grupo de mayor edad. Tal vez la inseguridad laboral, una mayor competitividad y el deseo de una pronta promoción profesional entre los jóvenes, frente a la pérdida o disminución de expectativas y de capacidad energética entre lo mayores, pudiera explicar estas diferencias. Resultados similares fueron

hallados por Flores y col. (1985).

En cuanto al **Estado Civil** de los sujetos, parece que son los casados los que muestran la tasa más elevada de Tipo A1 frente a la menor incidencia encontrada entre los viudos. La mayor presencia de Tipo B puro entre los solteros podría deberse, tal vez, a que las presiones socioeconómicas y familiares son sensible-mente menores en esta subpoblación a diferencia de lo que suele ocurrir entre los casados y separados/divorciados, tal como sugieren Flores y col (1985).

En cuanto al **Hábitat**, la prevalencia del Tipo A1 es muy similar en el medio urbano y rural, y está próxima al promedio de la muestra total. Todo apuntaría al hecho de los Centros de Salud del medio rural suelen ser destinos laborales transitorios para jóvenes profesionales que aspiran a promocionarse hacia la ciudad. Por otro lado, la mayor prevalencia de los sujetos Tipo B4 en el medio rural podría apoyar la idea tradicional de que en el campo se fomentan estilos de vida más relajados, menos competitivos y con menos sensación de prisas.

Respecto a las variables sociolaborales, el **Status o categoría profesional** de los sujetos merece nuestra consideración, ya que nuestros resultados no parecen corroborar demasiado la idea vertida en otros estudios (Cfr. Flores y col. 1985) de que el PAC, como factor de riesgo de las coronopatías, estaría ligado a determinados perfiles profesionales, concretamente a los de mayor responsabilidad y de status más alto. Por nuestra parte, hemos encontrado una mayor prevalencia de Tipo A1 en los sujetos de status o categoría profesional más baja, como son los celadores frente a la menor incidencia entre los profesionales de la salud con status más elevado, como son los médicos. Entre el personal de Enfermería, la prevalencia del Tipo A1 se sitúa en el 16,7%, algo superior a la hallada en el personal Auxiliar.

Por lo que respecta al **Tipo de Centro**, lo más destacable es que constituye la única variable donde podemos encontrar diferencia significativa en la distribución del PAC. Por lo demás, la mayor prevalencia de sujetos Tipo A1 en Centros Hospitalarios, viene a confirmar los hallazgos de otros estudios (Reig y Caruana, 1990a), así como la creencia de que el contexto hospitalario resulta para los profesionales de la salud más estresante, competitivo y donde viven más intensamente la urgencia del tiempo en comparación con los centros no hospitalarios.

En cuanto al **Régimen laboral** de los sujetos, la mayor incidencia de Tipo A1 ocurre entre los **funcionarios** (18,4 %) frente al personal contratado (13,87 %). Pero lo que más nos llama la atención es la elevada tasa de Tipo B4 en el grupo de "Otro" (37,5 %), lo que nos induce a pensar que los suje-

tos de este grupo profesional estarían relativamente exentos de las exigencias técnicas y administrativas, competitividad y urgencia del tiempo que afectarían en mayor medida al personal funcionario y contratado de los servicios de salud andaluces.

La clase de **Servicio** (Especialidad o Departamento donde los sujetos realizan su labor profesional), nos muestra una distribución del PAC bastante compleja y variada.

No obstante, los resultados parecen señalar ciertos servicios como caracterizados por una mayor prevalencia del Tipo A1 (**Diagnóstico y Tratamiento, Cirugía y Obstetricia**) frente a otros con una clara prevalencia de los sujetos Tipo B4 (**Otros, Salud Mental y Consultas Externas**). Los restantes Servicios presentan tasa de Tipo A y B moderadas y equiparables. Llama la atención que en este grupo intermedio aparezcan Servicios como **UCI y Urgencias**, tradicionalmente considerados como profesionalmente estresante, especialmente para el personal de Enfermería (Foxall y col., 1990).

La última variable sociolaboral en la que hemos explorado la distribución del Patrón A de conducta, ha sido la relativa a los **Años de Experiencia**. Se observa una tendencia a aumentar la prevalencia de los sujetos Tipo A1 conforme aumentan los años de experiencia, pero a partir de una experiencia profesional de más de 20 años, tal tendencia se quiebra llegando al punto más bajo de su incidencia. Tal inflexión no resulta fácil de explicar y necesita una mayor investigación. Provisionalmente, los datos podrían apuntar la idea de que los profesionales Tipo A puros tienen una probabilidad de mantenerse en el ejercicio profesional tres veces inferior a la de los Tipo B4, lo que nos inclina a pensar que estaría relacionado con el ya clásico síndrome "burn-out", (Maslach, 1982) considerado como uno de las principales causas de abandono especialmente entre el personal de Enfermería. En opinión de Thomas y Jozwisk (1990), las enfermeras Tipo A "*tienen mayor probabilidad de experimentar el síndrome burnout*" (pg.478). (may be more likely to experience burnout).

Por otra parte, el análisis diferencial ha puesto de relieve que las puntuaciones de los sujetos en el BORTNER difieren significativamente en razón de los años de experiencia: los sujetos con una experiencia profesional entre 11 y 20 años presentan en mayor medida las características conductuales del Tipo A que los que tienen más de 20 años o menos de 1 año de experiencia.

Así, pues, los resultados apuntan la idea de que entre los profesionales de la salud la prevalencia y desarrollo del Patrón A de conducta tiene

mucho que ver con el tiempo que se lleva ejerciendo la profesión . En cierto sentido, la duda planteada por Jacobson (1983) al afirmar que *"no sabemos si las personas Tipo A escogen la profesión de Enfermería o si la Enfermería convierte a la gente en personalidades Tipo A"*, queda, en buena parte, despejada por nuestros resultados que nos llevan a detectar ciertos indicios de que la profesión sanitaria, en su conjunto, favorece el desarrollo y el incremento de las características conductuales propias del Tipo A, hasta un determinado límite de años de ejercicio profesional. Es posible que un cierto "desgaste profesional" ligado al fenómeno "burn-out" tenga que ver con tal límite temporal. Pero una conclusión definitiva al respecto, sólo puede extraerse de una una investigación más profunda y contrastada.

El último aspecto que hemos pretendido explorar en el presente trabajo ha sido el valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales con respecto al Patrón A de conducta en la población de profesionales de la salud andaluces. Los resultados obtenidos y reflejados en la Tabla 3 nos llevan a la conclusión de que en la población estudiada, el Patrón A de conducta, evaluado globalmente o en sus principales componentes, es prácticamente independiente de las condiciones demográficas del sujeto, tales como Sexo, Edad, Estado Civil y Hábitat, así como de ciertas situaciones sociolaborales, tales como el status o categoría profesional, el Tipo de Centro, el régimen laboral, el servicio y los años de experiencia.

Este hecho nos sitúa en la alternativa de considerar el PAC, primordialmente, como una "característica o cualidad personal" que configura la forma de ser o estilo de vida del profesional de la salud. Tal enfoque conlleva importantes implicaciones tanto para la práctica profesional como para la selección y formación de los futuros profesionales de la salud tal como ha sugerido McCuee, (1985).

CONCLUSIONES

Los resultados sobre prevalencia del Tipo A en Profesionales de la salud ponen de relieve los siguientes aspectos:

1) La prevalencia del Patrón A de conducta otorga a los profesionales de la salud un índice de riesgo para las coronopatías superior al atribuido a la población general.

2) Las tasas de incidencia del Patrón A de conducta observadas en la muestra total pueden generalizarse a la mayoría de las submuestras forma-

das según categorías de tipo demográfico (como Sexo, Edad, Estado Civil y Hábitat) como de tipo sociolaboral (status, régimen laboral, servicio y experiencia profesional, con excepción del Tipo de Centro).

3) Si exceptuamos los Años de Experiencia y, en menor medida, el Sexo de los sujetos, no se observan diferencias significativas en las puntuaciones de los sujetos en el instrumento de evaluación del PAC utilizado (Cuestionario Bortner).

4) El escaso valor predictivo de las variables demográficas y sociolaborales sobre el PAC consolida a éste como una "característica de personalidad" muy poco ligada, al menos directamente, a la situación o al contexto profesional. Este hecho puede tener importantes implicaciones para los profesionales de la salud.

5) Se requiere una mayor investigación sobre la prevalencia del Tipo A de conducta en profesionales de la salud que permita establecer comparaciones entre países y entre categorías profesionales; está sin investigar las relaciones entre Tipo A y "burn-out" en estos profesionales.

REFERENCIAS

- Baum A y Singer J. *Handbook of Psychology and Health. Vol. 5: Stress*. New York: Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers, Hillsdale, 1987
- Bortner RW. A short rating Scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Disease*, 1969, 22: 87-91.
- Boot-Kewley S y Friedman H. Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychol Bull*, 1987,101: 347-362.
- Cronin Stubbs D y Velsor Friedrich B. Professional and Personal Stress: A survey. *Nurse Leadership*, 1981, 4(1): 19-26.
- Cooper CL y Marshall I. Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease. *J Occup Psychol*, 1976, 49:11-18.
- Davidson MJ y Cooper CL. Type A and B behavior pattern in the work environment. *J Occup Med*, 1980, 22: 375-380.
- Dixon WJ. *Biomedical Computer Programs*. Los Angeles: University of California Press, 1990.
- Foxall MJ, Zimmerman L, Standley R y Bené B. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs*, 1990, 15(10): 577-584.

Flores T de, Valdés M, Tresena J, García-Esteve I y Nuñez P. Cuestionario Bortner para la detección del Patrón A de conducta: validación española. *Revista del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona*, 1985, 12(4): 227-239.

Friedman HS y DiMatteo MR. *Health Psychology*. New Jersey: Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1989.

Friedman M y Rosenman RH. *Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf, 1974.

Friedman M y Rosenman RH. Association of specific over behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*, 1959, 169: 1286.

Friedman M y Ulmer D. *Treating Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf, 1984.

Hingley P y Cooper CL. *Stress and the nurse manager*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd, 1986.

Houston BK y Kelly KE. Type A behavior in housewives : relation to work, marital adjustment, stress, tension, health, fear-of-failure and self-esteem. *J Psychosom Res*, 1987, 3(1) : 55-63

Jacobson SF. An overview of coping. En: Jacobson SF y Grath HM (eds.). *Nurses under stress*, cap. 2, pp. 26-46. New York: John Wiley, 1983.

Jenkins CD, Zyzanski SJ y Rosenman RH. *Jenkins Activity Survey Manual*. New York: Psychological Corporation, 1979.

Jimenez C, Sanchez JL y Delgado MC. Patrón de conducta Tipo A y preferencias de estrategias competitivas-cooperativas en estudiantes de Enfermería. En: *Comunicaciones al II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 5: Psicología de la salud*. Valencia. 15-20 de abril; vol 5, pp. 44-49, 1990a.

Jiménez C, Pérez J y Sanchez JL. Componentes del Patrón de conducta Tipo A: estructura factorial del Cuestionario Bortner. En: *Comunicaciones al III Congreso Nacional de Psicología Social*. Santiago de Compostela, 19-21 de Septiembre; vol I, pp. 96-105, 1990b.

Kelly KE y Houston BK. Type A Behavior in Employed Women: relations to Work, Marital and Leisure Variables, Social Support, Stress, Tension and Health. *J Pers Soc Psychol*, 1985, 48(4):1067-1079

Ketterer MW, Stoeber WW, Pickering EG y Carney MP. The Type A behavior pattern: a review for the primary care physician. *J Am Osteopath Assoc*, 1985, 85(10):649-656.

- King H. Health in the Medical and other Learned Professions. *Journal of Chronic Diseases*, 1970, 23: 257-281.
- Lazarus RS y Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca, 1986.
- Maslach C. Burnout : *The Cost of Caring*. New Yersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1982.
- McCuee JD. Influence of medical and premedical education on important personal qualities of physician. *Am J Med*, 1985, 78(6 pt, 1):985-991.
- Payne R y Firth-Cozens J. *Stress in Health Professionals*. Chichester: John Wiley and Sons, 1987.
- Porter AM, Howie JGR y Levinson A. Stress and the General Practitioner. En: Payne R y Firth-Cozens J (eds.). *Stress in Health Professionals*. cap. 3, pp.45-69. Chichester: John Wiley, 1987.
- Reig A, Bertomeu V y Caruana A. Prevalencia del Patrón A de comportamiento y su relación con factores de riesgo cardiovascular en dos colectivos laborales. En: *Comunicaciones al II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 5: Psicología de la Salud*. Valencia, 15-20 de Abril. Vol 5, pp.40-44, 1990.
- Reig A y Caruana A. Insatisfacción laboral, patrón A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1990, 16(49): 345-375.
- Reig A y Caruana A. Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y de estado de salud en personal de Enfermería de hospital. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1989, 14:147-162.
- Reig A, Caruana A y Peralba JI. Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de Enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, 1989, 91: 4-14
- Rosenman RH. The Interview Method of Assessment of the Coronary-Prone Behavior Pattern En: Dembroski TM, Weiss SM, Shiellids JL, Haynes SG y Feinlieb M (eds.). *Coronary-prone behavior*, pp. 55-69. New York: Spring-Verlag, 1978.
- Russek HI. Emotional Stress and Coronary Heart Disease in American Physicians, Dentists and Lawyers. *Am J Med Sci*, 1962, 243: 716-726.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). Delegación Provincial de Córdoba, 1991. Comunicación personal.

- Sender, R.; Valdés, M.; Riesco, N. y Martín, M.J. (1993) *El patrón A de conducta y su modificación terapéutica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Shoham-Yakubovich Y, Ragland DR, Brand RJ y Syme SL. Type A behavior pattern and health status after 22 years of follow-up in the Western Collaborative Group Study. *Am J Epidemiol*, 1988, 128: 579-588.
- Smith T y Anderson N. Models of personality and disease: An interactional approach to Type A behavior and cardiovascular risk. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50: 1166-1173.
- Sulls J y Sanders GS. Type A behavior as a general risk factor for physical disorder *J Behav Med*, 1988, 11: 201-226.
- Thomas SP y Jozwisk J. Self-attitudes and behavioral characteristics of Type and B female registered nurses *Health Care for Women International*, 1990, 11: 477-489
- Verderber A, Shiverly M y Fitzsimmons L. Coping and heart disease *J Cardiovasc Nurs*, 1990, 5(1): 74-78.
- Waldron I. The coronary-prone behavior pattern, blood pressure, employment and socioeconomic status in women. *J Psychosom Res*, 1978, 22: 79-87.
- Wright L. The Tipe A Behavior Pattern and Coronary Artery Disease *Am Psychol*, 1988, 43(1): 2-15.
- Wezesniewski K, Wonicki J y Turlejski J. Type A Behavior pattern and illness other than coronary heart disease *Soc Sci Med*, 1988, 27(6): 623-626.

ANEXO

CUESTIONARIO BORTNER (Adaptación experimental)

Nombre.....Sexo.....Edad.....
Profesión..... Años que lleva ejerciéndola.....
Centro.....Servicio.....

A continuación le presentamos una serie de *autodescripciones extremas* de ciertos comportamientos habituales en la vida de cualquier persona. Todos podemos situarnos en un algún punto a lo largo de la *línea continúa* entre los dos extremos. Nos gustaría que Vd. hiciera una "marca" o señal (una rayita vertical) en el lugar de la línea donde Vd. situaría su *manera*

habitual de comportarse entre los extremos que se indican.

Por favor, lea cada cuestión detenidamente y contéstela **por separado**, sin esperar a leer todas las demas. Muchas gracias por su colaboración.

No llego nunca tarde	_____	Soy despreocupado con las citas
No soy competitivo	_____	Soy muy competitivo
Me anticipo a lo que otros van a decir	_____	Soy un buen oyente
Siempre tengo prisa	_____	Nunca tengo prisa
Tengo paciencia para esperar	_____	Me impaciento mientras espero
Cualquier cosa me preocupa	_____	Soy despreocupado

Hago una cosa después de otra	_____	Trato de hacer varias cosas a la vez
Soy enérgico en las conversaciones	_____	Soy lento y reflexivo al hablar
Quiero que el trabajo bien hecho sea reconocido	_____	Sólo me importa estar satisfecho conmigo mismo
Soy rápido haciendo las cosas	_____	Soy tranquilo haciendo las cosas (comer, andar...)
Tengo buen carácter	_____	Soy difícil de tratar
Reprimo mis sentimientos	_____	Los expreso abiertamente
Me interesan muchas cosas	_____	Me interesan pocas cosas fuera de mi trabajo
Estoy satisfecho con mi trabajo	_____	Soy ambicioso

ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES CONVERSACIONALES EN UN GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS: UNA VALORACION DE LA GENERALIZACIÓN

Carlos Cuevas Yust y Salvador Perona Garcelan

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Virgen del Rocío.

Servicio Andaluz de Salud.

Sevilla.

RESUMEN

En el presente artículo describimos el desarrollo de un grupo de entrenamiento en habilidades conversacionales con sujetos esquizofrénicos. Los resultados avalan la eficacia del entrenamiento en la situación de intervención, así como su generalización a otros contextos. Los resultados sugieren también la importancia de este tipo de entrenamiento como elemento coadyuvante de la integración socio-comunitaria de los pacientes.

Palabras claves: Entrenamiento en Habilidades Sociales, Generalización, Esquizofrenia.

ABSTARCT

This paper describe the development in conversational skills training of a schizophrenics groupe. Results indicated succesful in training and generalization a other environment. The outcomes suggest the importance of conversational skills training for social integration of schizophrenics persons.

Key words: Social skills, generalization, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha enfatizado el tratamiento integral, en el ámbito comunitario, de las personas con trastornos psiquiátricos de tipo esquizofrénico (Watts y Bennett, 1983; Liberman, 1988). Así mismo, cada vez se apuesta más claramente por la aplicación de técnicas conductuales-cognitivas en el tratamiento de dichos desórdenes (Birchwood y Tarrier, 1995).

Las habilidades conversacionales y su posible tratamiento es uno de los elementos a tener presente en la evaluación individual del funcionamiento psicológico y social de las personas con diagnóstico psiquiátrico de trastorno esquizofrénico. Unas habilidades conversacionales adecuadas pueden constituir un elemento facilitador de la integración y adaptación del sujeto en su medio, así como ayudar a satisfacer sus necesidades personales básicas y afiliativas. Así mismo, desde modelos como el de vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), el desarrollo de habilidades personales se postula como importante recurso para el afrontamiento del estrés.

En líneas generales está probada la eficacia de los entrenamientos en habilidades sociales, dentro de las cuales se incluyen las habilidades conversacionales, para mejorar la competencia social de la población esquizofrénica, *al menos en situaciones similares a las entrenadas* (Liberman, 1988). En cambio, en cuanto a la generalización de los aprendizajes a otros contextos diferentes a los de entrenamiento, mientras existen autores que cuestionan que se trate de un tema que haya sido suficientemente evaluado (Halford y Haynes, 1991), otros autores aportan datos que sugieren su realidad (Cuevas y Perona, 1992; Wong, Martínez-Díaz, Keith Massel, Edelstein, Wiegand, Bowen y Liberman, 1993).

En este artículo, presentamos un estudio en el que cinco sujetos diagnosticados de trastorno esquizofrénico son entrenados, en un contexto grupal, en habilidades conversacionales. El objetivo principal de este trabajo fue el incrementar las habilidades conversacionales de estos sujetos y valorar su generalización a otros contextos utilizando medidas directas de esas conductas.

METODOLOGÍA

Sujetos

El grupo lo constituyeron 5 personas usuarias de la Unidad de

Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío" de Sevilla (URA). Estas personas fueron seleccionadas para participar en el entrenamiento en habilidades conversacionales como resultado de la evaluación conductual y de los análisis funcionales realizados sobre su funcionamiento psicosocial, así como por haber verbalizado interés personal en mejorar este tipo de comportamientos.

Eran dos mujeres y tres hombres. Sus edades oscilaban entre los 20 y los 33 años, siendo la edad media del grupo 28.2 años. Los diagnósticos psiquiátricos según el DSM-III-R (APA, 1987) fueron, para uno de ellos, de Trastorno Esquizo-frénico Indiferenciado y, para los cuatro restantes, de Trastorno Esquizofrénico Paranoide. El número de hospitalizaciones registradas en sus historias de ingresos previos en unidades de salud mental de hospitales generales se situaban entre cero y diez, con una media grupal de 2,6 hospitalizaciones. Los años de evolución del trastorno psiquiátrico se encontraban entre un mínimo de 2 años y un máximo de 13, con una media grupal de 7,2 años. Todos los sujetos estaban con tratamiento neuroléptico. Todos vivían con sus familias de origen y su estado civil era de solteros. Las redes sociales de las cinco personas se limitaban a sus familiares más cercanos. Ninguno de los sujetos realizaba actividades ocupacionales de carácter comunitario. En la tabla nº 1 se describen las características generales de las personas que participaron en este tratamiento.

Tabla nº 1.- Características de los sujetos que participaron en el estudio

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Edad	20 años	28 años	27 años	33 años	33 años
Diagnóstico	Esquizof. Paranoide	Esquizof. Paranoide	Esquizof. Paranoide	Esquizof. Indiferenc.	Esquizof. Paranoide
Nº hospitalizaciones	10	1	2	0	0
Años de evolución	6	2	2	13	13
Medicación neurolép.	Si	Si	Si	Si	Si
Lugar de residencia	Familia de origen	Familia de origen	Familia de origen	Familia de origen	Familia de origen
Estado civil	Soltera	Soltero	Soltera	Soltero	Soltero
Red de apoyo Social	Familia	Familia	Familia	Familia	Familia
Ocupacion	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Evaluación

Las cinco personas que participaron en el presente estudio fueron evaluadas siguiendo el procedimiento habitual en nuestro dispositivo: una fase inicial en la que se explora el funcionamiento del sujeto en las distintas áreas de su vida (social, familiar, ocupacional, autonomía personal, esparcimiento y psicopatología) detectándose posibles déficits o dificultades; y una segunda fase de evaluación más específica y exhaustiva en la que se lleva a cabo el análisis funcional de las conductas-problema detectadas (Cuevas y Perona, 1992).

En las evaluaciones individuales llevadas a cabo con cada uno de los sujetos, se identificó que una de las variables significativas relacionadas con dificultades y disfuncionalidad en sus interacciones con el contexto inmediato, era su comportamiento conversacional. Un comportamiento conversacional no competente y deficitario a la hora de obtener gratificación del medio, de satisfacer necesidades personales y sociales, y de resolver autónomamente problemas de la vida cotidiana.

Hipotetizamos que una mejora en la topografía y funcionalidad de la conducta conversacional significaría una mayor competencia social. Así, nos propusimos un primer objetivo, la mejora de la conducta conversacional de los sujetos a través de su entrenamiento en un contexto grupal. Un segundo objetivo, fue la valoración del nivel de generalización de dichos comportamientos a contextos distintos al entrenado. Por último, el tercer objetivo consistió en facilitar junto a otras intervenciones (hay que tener presente que se trataba de personas en proceso de rehabilitación psicosocial), la integración socio-comunitaria de los sujetos.

La evaluación de las habilidades conversacionales se llevó a cabo mediante observaciones del comportamiento conversacional de cada sujeto en las siguientes situaciones (las observaciones las realizaban dos profesionales entrenados):

- *Situaciones de conversación grupal*, en las que participaban los cinco sujetos y eran de 6 minutos de duración cada una de ellas.
- *Situaciones de conversación en contextos distintos a la situación de entrenamiento*, con otra persona, consistían en conversaciones de 3 minutos de duración; distinguiéndose de tres tipos: con otros iguales (otros pacientes), con profesionales del mismo sexo y con profesionales de distinto sexo.

En todas ellas se indicaba a los sujetos que podían hablar de cualquier tema que fuese ajeno a la enfermedad.

Las primeras se llevaron a cabo antes del entrenamiento, después del entrenamiento, a los dos meses de seguimiento, y a los 10 meses de segui-

miento. Las segundas se llevaron a cabo antes, después del entrenamiento y a los 10 meses de finalizado éste. Sólo hubo una excepción, antes del entrenamiento no se pudieron tomar datos de las conversaciones de pareja con otros iguales.

En todos los sujetos tomamos dos tipos de medidas: 1) medidas directas del comportamiento conversacional, obtenidas a través de observaciones sistemáticas y de escalas ordinales y, 2) otras medidas, obtenidas a través de entrevistas, registros e informes de otros.

Medidas Directas del Comportamiento Conversacional.

Las medidas efectuadas durante estas observaciones fueron las siguientes (Cuevas, Hernández, Perona y García, 1991):

- **Número de Preguntas Cerradas**, definidas como aquellas que solicitan información muy precisa o puntual, o que sólo pueden ser contestadas de una manera muy concreta; son ejemplo de ellas: "¿cuál es tu edad?"... "¿qué hora es?"... "¿te gusta la mermelada de albaricoque?"...
- **Número de Preguntas Abiertas**, definidas como aquellas que solicitan información más general y que al no referirse a aspectos muy concretos, posibilitan que el interlocutor se extienda indefinidamente al contestarlas; son ejemplo de ellas: "¿por qué prefieres ir al cine?"... "¿qué hiciste ayer?"... "¿qué opinas de la sequía?"...
- **Número de Comentarios Espontáneos**, definidos como ofrecer información sobre aspectos personales (opiniones, creencias, intereses, experiencias) o sobre aspectos generales (conocimientos culturales, noticias, etc), en ausencia de preguntas por parte de los otros interlocutores.
- **Contenido Conversacional**, valoración a través de una escala ordinal de cuatro puntos, de la presencia/ausencia de aspectos relativos a la enfermedad como tema de conversación. Donde se valoró con 1 los contenidos fundamentalmente ligados a la enfermedad; con 2 los contenidos parcialmente ligados a la enfermedad; con 3 los contenidos escasamente ligados a la enfermedad; y con 4 los contenidos ajenos a la enfermedad.
- **Componentes No Verbales**, valoración a través de una escala ordinal de cuatro puntos (1= muy deficitario; 2= deficitario; 3= parcialmente adecuado; 4= adecuado), del volumen de la voz, contacto ocular, expresión facial y fluidez conversacional.
- **Competencia Conversacional**, juicio global de la competencia conversacional de cada sujeto, evaluado a través de una escala ordinal de cinco puntos (1= muy deficitaria; 2= deficitaria; 3= parcialmente adecuada; 4= adecuada; 5= excelente).

Otras Medidas

También obtuvimos datos sobre otros parámetros que sin estar determinados por la habilidad conversacional de un sujeto, pueden ser interesantes al analizar dicha habilidad como elemento facilitador de un funcionamiento psicosocial en el ámbito comunitario, más normalizado. Así pues, se tomaron datos sobre:

- participación en actividades ocupacionales socio-comunitarias,
- horas de permanencia en casa y,
- relaciones interpersonales.

Estas medidas se realizaron "antes del entrenamiento", "después del entrenamiento" y "a los 10 meses de seguimiento".

Procedimiento

Los cinco sujetos participaron en un formato grupal de entrenamiento en habilidades conversacionales, dirigido por el primero de los autores (psicólogo clínico) y auxiliado por otro profesional (un psicólogo residente). Las sesiones duraban 60 minutos y tenían lugar una vez a la semana en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío". El total de sesiones del programa fue de cuarenta, incluyendo tanto a las sesiones valorativas como a las de intervención. Los porcentajes de asistencia de los sujetos oscilaron entre un 77,00% y un 92,50%, con una media grupal del 87,40% (ver tabla nº 2).

Tabla 2.- Porcentajes de asistencia al programa de cada uno de los sujetos

Sujeto 1	92.50
Sujeto 2	95.00
Sujeto 3	77.00
Sujeto 4	87.50
Sujeto 5	85.00

Fases del Programa.

Pre-línea Base.

Durante las primeras siete sesiones no se realizó ningún tipo de intervención, ni de observaciones sistemáticas. Los objetivos perseguidos duran-

te este período tenían que ver con: 1) disminución de la posible reactividad a la nueva situación y, 2) favorecer la habituación a la misma (lugar, personas). Los sujetos estaban informados de que hasta pasado un largo período no iba a comenzar la fase de entrenamiento y que mientras tanto queríamos observar y conocer su comportamiento conversacional. Durante estas sesiones los psicólogos les invitábamos a que llevaran a cabo conversaciones pero no participábamos en ellas y no ofrecíamos retroalimentación sobre sus actuaciones. Se les informaba que podían hablar de cualquier tema que no estuviera relacionado con la enfermedad. Al final de cada sesión les agradecíamos su asistencia.

Línea Base

Durante esta fase, ocho sesiones, efectuamos observaciones sistemáticas del grupo en situación de conversación. Cada observación tenía una duración de 6 minutos y en ellas se cuantificaba el número de preguntas cerradas, de preguntas abiertas y de comentarios espontáneos que cada uno de los sujetos emitía; también valorábamos cualitativamente el contenido conversacional, el volumen de la voz, el contacto ocular, la expresión facial, la fluidez conversacional y la competencia conversacional. Por lo demás mantuvimos la misma tónica. A los sujetos se les invitaba a iniciar y mantener conversaciones espontáneas en las que no participábamos los psicólogos. No se llevó a cabo intervención alguna ni se dio retroalimentación tras las conversaciones. Al finalizar las sesiones les agradecíamos su asistencia al grupo.

Sesión de Pre-Intervención

Previo al inicio de la fase de entrenamiento dedicamos una sesión para explicar al grupo los resultados de las observaciones que durante la Línea Base habíamos efectuado. Ello permitió señalar los aspectos positivos y deficitarios que habíamos detectado en cada uno de los sujetos, así como justificar los componentes conversacionales que íbamos a tratar para mejorar su habilidad conversacional.

Intervención

El período de intervención constó de tres fases de entrenamiento (preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios espontáneos) seguidas cada una de ellas de sesiones en las que se invitaba a los sujetos a mantener conversaciones grupales abiertas, tras ellas se realizaba un análisis de su ejecución, se ofrecía retroalimentación, se reforzaban los aspectos posi-

tivos, se sugerían modificaciones y se pedía feedback al grupo sobre la propia actuación y sobre la de sus compañeros.

Cada una de las tres fases de entrenamiento (preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios) se llevó a cabo a través de la siguiente metodología:

1) Conceptualización.

En ella se explicaba al grupo en qué consistía el componente a trabajar y se abría una discusión grupal sobre su potencial utilidad, justificando el por qué de su entrenamiento.

2) Ejercitación del componente.

Concretamente en el caso del entrenamiento de preguntas cerradas y de preguntas abiertas se llevaron a cabo los siguientes tipos de ejercicios, siempre iniciados por los psicólogos quienes también participaban:

- Ruedas de preguntas "al aire", en las que los miembros del grupo, sucesivamente, verbalizaban preguntas.
- Ruedas de preguntas a un miembro del grupo, en las que cada sujeto recibía sucesivamente una pregunta procedente del resto de los integrantes.
- Ruedas de preguntas al resto del grupo, en las que cada vez un sujeto efectuaba una pregunta a todos y cada uno de los integrantes del grupo.
- Escribir un listado de unas quince preguntas y utilizarlo en una posterior conversación grupal.

En el caso del entrenamiento de comentarios espontáneos, los ejercicios se llevaron a cabo desde el punto de vista de la técnica de resolución de problemas, mediante discusiones grupales dirigidas por los profesionales sobre cómo mejorar este componente y mediante qué estrategias, de este modo se realizaron los siguientes ejercicios:

- Hablar de temas personales (actividades, proyectos de futuro, opiniones personales, etc).
- Hablar de temas detectados como de interés para los interlocutores.
- Hablar de temas de actualidad conocidos a través de los medios de comunicación.

3) Ofrecimiento de información sobre los ejercicios realizados.

Tras la realización de los diferentes tipos de ejercicios, los profesionales señalaban y elogiaban a cada sujeto los aspectos positivos de su ejecución. En caso de dificultad, uno de los psicólogos u otro de los integrantes del

grupo realizaba modelado antes de que el sujeto repitiera el ejercicio.

4) Conversaciones grupales y posterior retroalimentación.

Como señalábamos más arriba una vez completadas, cada una de las fases de entrenamiento (preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios) era seguida de una serie de sesiones en las que ya no se realizaban ejercicios, y en las que nuevamente, se invitaba a los sujetos a iniciar y mantener conversaciones. En ellas tenían la oportunidad de utilizar los componentes recién entrenados. Las conversaciones se prolongaban durante períodos de seis minutos, al término de los cuáles los terapeutas abrían una discusión grupal sobre la misma y ofrecían información a cada sujeto sobre su actuación, reforzando los aspectos positivos y analizando y sugiriendo alternativas ante posibles dificultades. No se realizaba ninguna intervención sobre los componentes que aún no habían sido entrenados.

La duración y sucesión de las fases de entrenamiento de componentes y de las fases de conversaciones grupales posteriores se describen a continuación:

1° entrenamiento en preguntas cerradas: cinco sesiones de ejercicios y tres sesiones de conversaciones grupales en las que se llevaron a cabo un total de ocho observaciones sistemáticas.

2° entrenamiento en preguntas abiertas: cuatro sesiones de ejercicios y tres sesiones de conversaciones grupales en las que se efectuaron siete observaciones sistemáticas.

3° entrenamiento en comentarios espontáneos: tres sesiones de ejercicios y seis sesiones de conversaciones grupales en las que se realizaron siete observaciones sistemáticas.

RESULTADOS

Valoraciones cuantitativas de los componentes conversacionales entrenados en la situación grupal.

En las figuras 1 a 5 se muestran las líneas bases múltiples a través de respuestas para los cinco sujetos que participaron en este estudio. Los valores numéricos que aparecen en cada fase son las medias de respuestas en cada condición. La fiabilidad entre observadores estuvo en un rango entre 0.80 a 1.00 en el pretest y 0.77 a 1.00 en el postest.

Entrenamiento en preguntas cerradas:

Durante los períodos de línea base los sujetos 1, 3 y 4 exhibieron tasas de

preguntas bajas y relativamente estables, cuyos valores medios fueron 0.5, 0 y 0.25 respectivamente. Los sujetos 2 y 5 mostraron una línea base con una tasa más alta y variable, oscilando sus valores medios entre 2.8 y 1.6 respectivamente.

Durante el entrenamiento en preguntas cerradas se observó un claro efecto del tratamiento en los sujetos 1, 2 y 4, apreciándose en un incremento gradual en el patrón de respuestas durante el entrenamiento, alcanzando en el último tercio de esta fase unos valores medios de 6.2, 5.4 y 2 preguntas cerradas respectivamente. Sin embargo, en los sujetos 3 y 5, se observó un leve incremento respecto a la línea base, siendo el efecto menor que en los otros sujetos.

Los resultados obtenidos en el seguimiento realizado a los dos y diez meses de finalizado el tratamiento, mostraron en general que las diferencias respecto a la fase de línea base se mantenían. Sin embargo, los resultados obtenidos respecto al tratamiento variaban en función de los sujetos. En el sujeto 1 la media de preguntas cerradas prácticamente era la misma que en el último tercio de la fase de tratamiento (media de 6.6), pero a los diez meses descendió a un promedio de 4 preguntas. Los sujetos 2 y 3 mantuvieron valores promedios muy cercanos a los obtenidos durante el tratamiento. Por último, los sujetos 4 y 5 incrementaron, a los dos y diez meses de finalizado el tratamiento, el promedio de preguntas cerradas.

Entrenamiento en preguntas abiertas:

Durante la línea base todos los sujetos exhibieron un promedio de cero preguntas abiertas. Durante el entrenamiento en este tipo de preguntas, los sujetos 1 y 2 mostraron un mayor incremento que el resto (1.15 y 1.3 respectivamente), siendo de todas formas más débil que el obtenido con las preguntas cerradas. En los sujetos 3, 4 y 5 no se apreció ningún efecto del tratamiento.

Durante el seguimiento a los dos meses, el sujeto 1 incrementó su tasa de preguntas abiertas hasta 2.33, descendiendo a un promedio de 1 a los diez meses. El sujeto 2 mostró un claro mantenimiento de los logros obtenidos durante el tratamiento, estabilizándose en un promedio de preguntas abiertas entre 1.6 y 1.5 en el seguimiento a los dos y diez meses. Sin embargo, en los sujetos 3 y 5, en los que no se observó ningún efecto del tratamiento, en el seguimiento se apreció un incremento en la frecuencia de respuesta comparable a los obtenidos por los sujetos 1 y 2 durante el tratamiento, destacando las tres preguntas promedio obtenidas por el sujeto número 5 a los diez meses de finalizado el tratamiento.

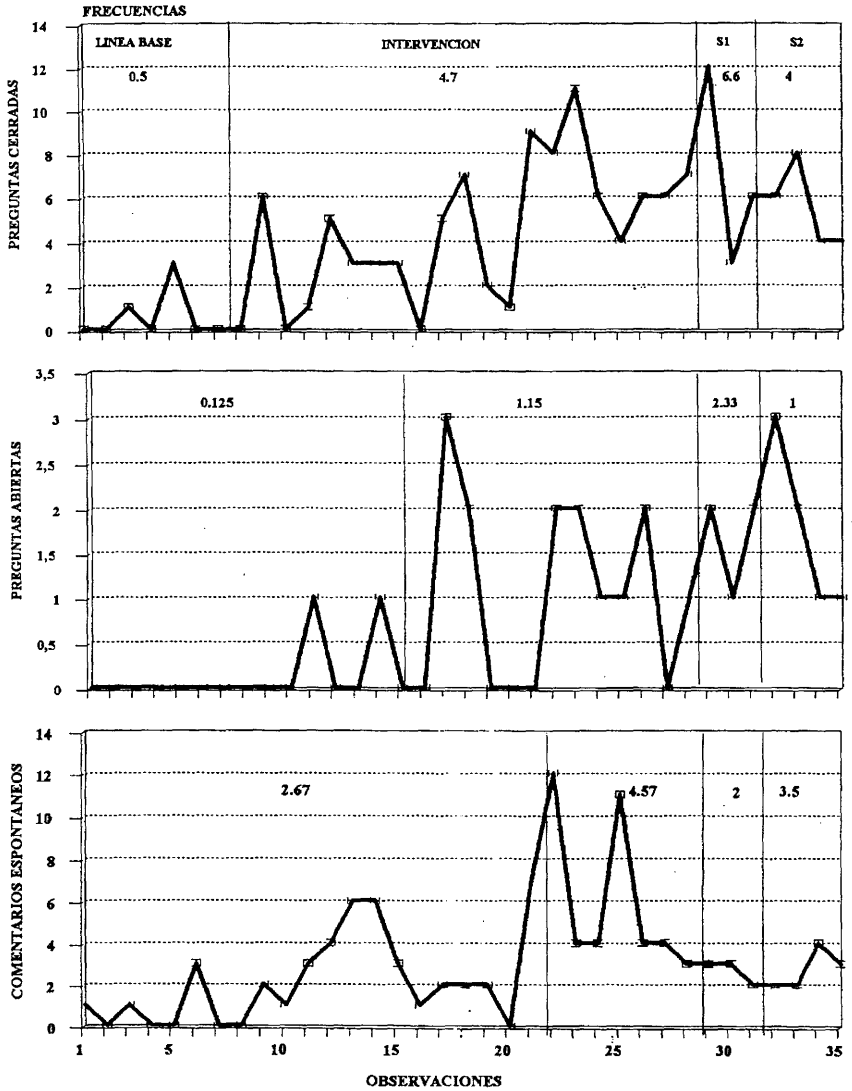
Entrenamiento en comentarios espontáneos:

Las líneas bases obtenidas para este componente de las habilidades conversacionales, fue muy variable e inestable entre los distintos sujetos. Mientras que los sujetos 2 y 5 obtenían durante este período una alta tasa de comentarios (un promedio de 4.64 y 3.7 respectivamente), los sujetos 1, 3 y 4 manifestaron un menor número de comentarios espontáneos durante la línea base (2.67, 1.23 y 1 respectivamente).

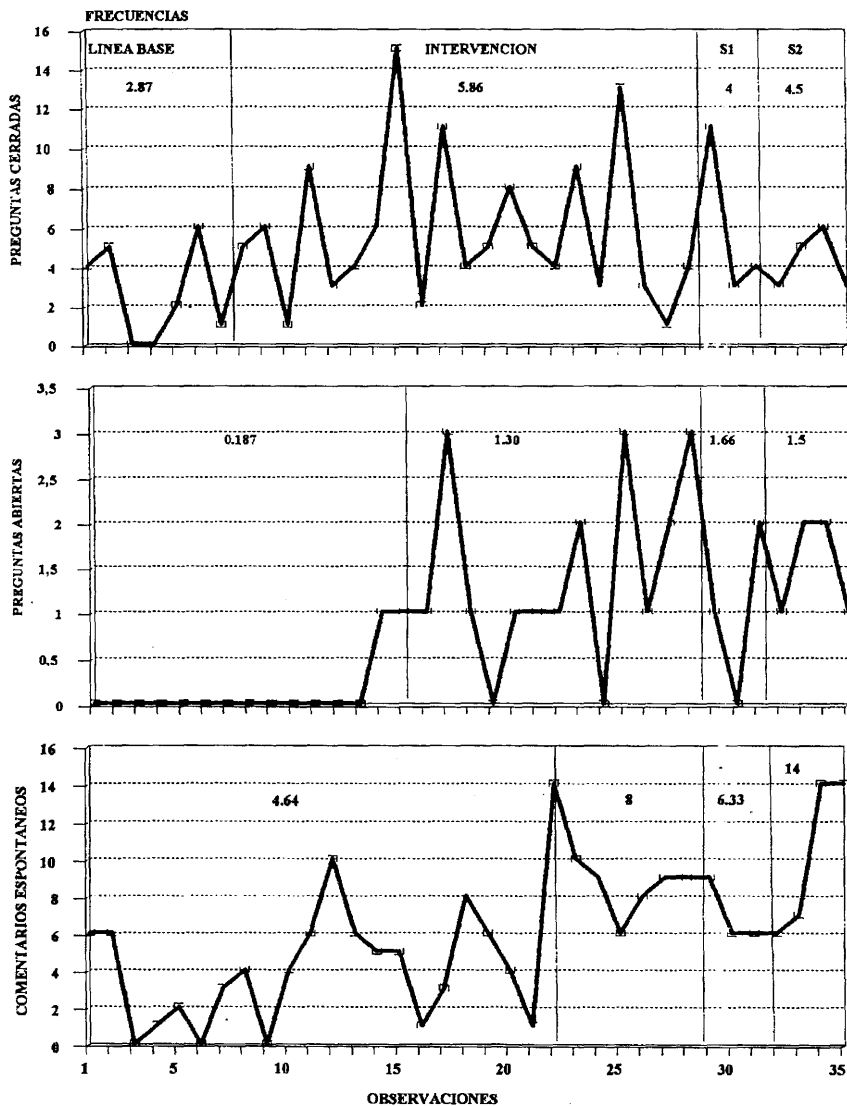
Todos los sujetos experimentaron un incremento de las tasas de comentarios antes de la aparición del tratamiento, coincidiendo con el entrenamiento en preguntas cerradas y abiertas, no apreciándose, por tanto, ningún efecto de la fase de entrenamiento en la emisión de comentarios espontáneos.

En el seguimiento, los sujetos 2, 3, 4 y 5 incrementaron sustancialmente las medias de comentarios espontáneos respecto al período de línea base y al de tratamiento. El sujeto 1, si bien mantuvo una mayor tasa respecto a la línea base, descendió la tasa respecto al tratamiento.

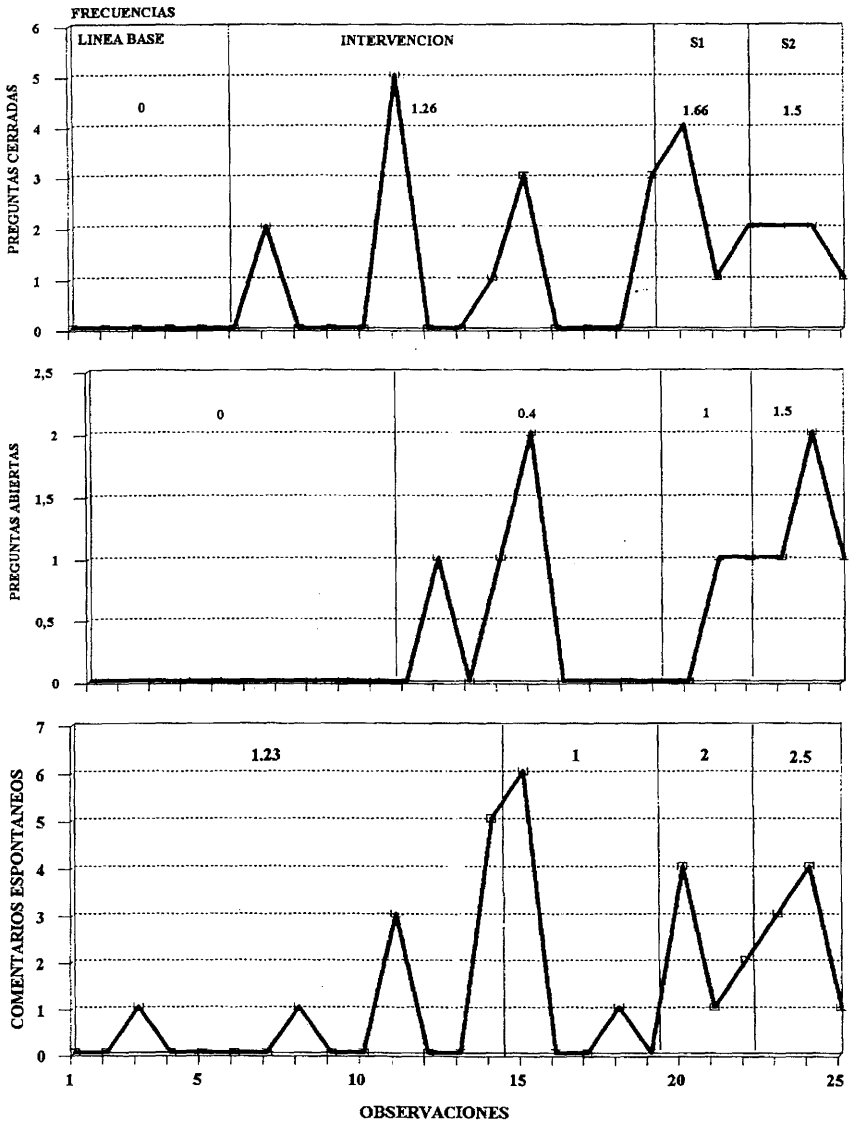
Sujeto 1



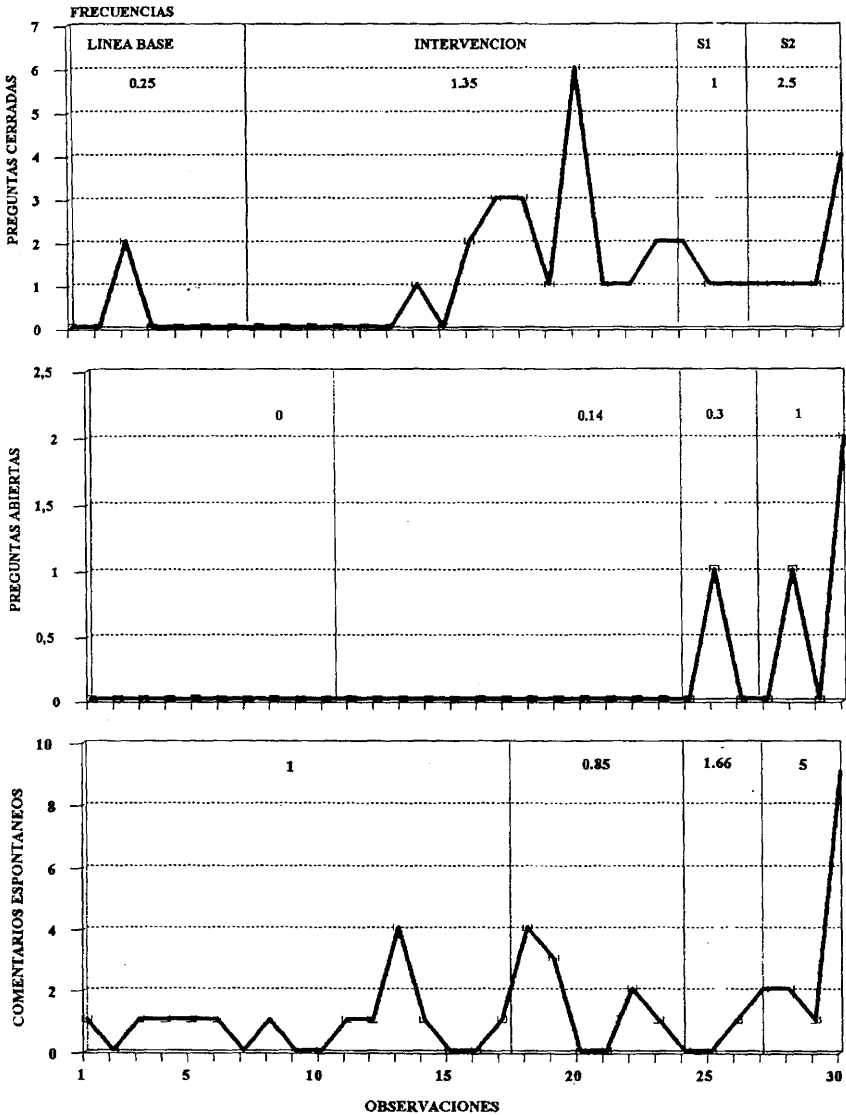
Sujeto 2



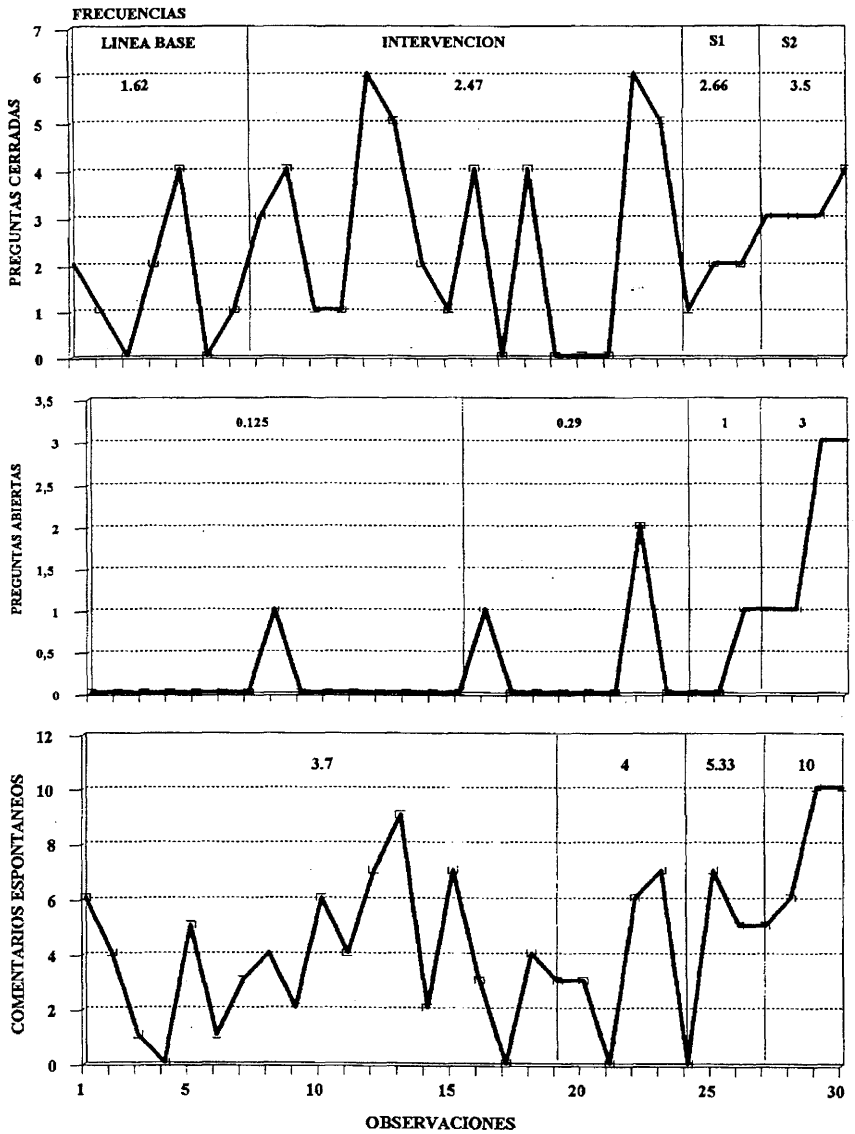
Sujeto 3



Sujeto 4



Sujeto 5



Valoraciones cuantitativas de los componentes conversacionales en contextos distintos a la situación de entrenamiento (generalización):

Para estudiar la generalización de los efectos del tratamiento fuera del contexto de entrenamiento, se observó las habilidades conversacionales de cada uno de los sujetos en tres situaciones distintas: en una conversación con un profesional de nuestra unidad de distinto sexo que el sujeto valorado; en una conversación con un profesional del mismo sexo que el sujeto valorado; y en una conversación con otro paciente de la unidad.

Previo a la aplicación del tratamiento todos los sujetos fueron evaluados en sus habilidades conversacionales en dos de esos contextos, excepto con "otros iguales", es decir, con otros pacientes que asistían a las actividades de nuestro dispositivo. Los resultados de los pretest mostraron que no había diferencias significativas entre las conversaciones con profesionales del mismo y distinto sexo para cada uno de los componentes conversacionales (preguntas cerradas: $t(4) = 0.21$, $p < 0.05$; preguntas abiertas: $t(4) = 1.50$, $p < 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4) = 1.93$, $p < 0.05$). Es decir, la ejecución de cada uno de los sujetos antes del tratamiento era muy baja y muy similares entre situaciones (ver tabla 3).

Tabla 3.- Comparación entre las puntuaciones medias obtenidas en conversaciones realizadas con profesionales de distinto e igual sexo antes del tratamiento.

Conductas	Distinto sexo	Igual sexo
Preguntas Cerradas	0.86	0.91
Preguntas Abiertas	0.05	0.08
Comentarios Espontáneos	2.11	3.05

Al final de la intervención y diez meses después, se volvieron a evaluar a los sujetos en esos contextos, añadiéndole la evaluación de la conversación con "sus iguales", para comprobar el grado de generalización del entrenamiento. Con respecto a las conversaciones con profesionales del mismo sexo, se observó que "después" del entrenamiento, las medias obtenidas por los sujetos en cada uno de los componentes conversacionales mejoraron significativamente respecto al pretest (preguntas cerradas: $t(4) = 3.09$, $p < 0.05$; preguntas abiertas: $t(4) = 2.87$, $p < 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4) = 2.50$, $p < 0.05$). A los diez meses, la generalización a este contexto se mantuvo respecto a las preguntas cerradas ($t(4) = 4.17$, $p < 0.05$) y abiertas ($t(4) = 9.6$, $p < 0.05$), pero no respecto a los comentarios espontáneos (ver tabla nº 4).

Tabla 4.- Puntuaciones medias obtenidas en conversaciones con un profesional del mismo sexo.

Conductas	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Preguntas cerradas	0.91	4.40*	3.5*
Preguntas abiertas	0.28	1.40*	2.2*
Comentarios espontaneos	3.05	6.80*	5.5

* Contraste de medias pre y postest significativo $p < 0.005$

En las conversaciones con un profesional de distinto sexo, "después" de finalizado el entrenamiento se obtuvieron resultados muy similares a los anteriormente comentados. Las medias obtenidas para cada uno de los componentes conversacionales mejoraron significativamente respecto al pretest (preguntas cerradas: $t(4) = 3.33$, $p < 0.05$; preguntas abiertas: $t(4) = 2.17$, $p < 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4) = 4.90$, $p < 0.05$). A los diez meses, los resultados seguían siendo significativos respecto al pretest, incluido también los comentarios espontáneos (preguntas cerradas: $t(4) = 2.4$, $p < 0.05$; preguntas abiertas: $t(4) = 6.42$, $p < 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4) = 4.05$, $p < 0.05$) (ver tabla nº 5).

Tabla 5.- Puntuaciones medias obtenidas en conversaciones con un profesional de distinto sexo.

Conductas	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Preguntas cerradas	0.86	5.20*	2.4*
Preguntas abiertas	0.05	2.20*	1.4*
Comentarios espontaneos	2.11	8.40*	6.9*

* Contraste de medias pre y postest significativo $p < 0.005$

Como hemos mencionado anteriormente, en la evaluación de las habilidades conversacionales de nuestros sujetos con otros pacientes de la unidad, no se pudo obtener una evaluación en el pretest y solo se realizó el postest a los dos meses de finalizado el tratamiento. Al carecer de pretest y habiendo comprobado que todas las medidas previas al tratamiento no eran diferentes estadísticamente, se comparó las medias obtenidas para cada uno de los componentes conversacionales en el pretest de las conversaciones con un profesional de distinto sexo, con las obtenidas con sus igua-

les. También en este contraste de medias se obtuvo diferencias significativas respecto al pretest en cada uno de los componentes (preguntas cerradas: $t(4) = 3.81$, $p < 0.05$; preguntas abiertas: $t(4) = 3.96$, $p < 0.05$; comentarios espontáneos: $t(4) = 3.31$, $p < 0.05$) (ver tabla n° 6).

Tabla 6.- Puntuaciones medias obtenidas en conversaciones con sus iguales después del tratamiento comparadas con puntuaciones medias obtenidas en conversación con un profesional de distinto sexo antes del tratamiento.

Conductas	Antes	Seguimiento a los 2 meses
Preguntas cerradas	0.86	4.30*
Preguntas abiertas	0.05	2.40*
Comentarios espontaneos	2.11	6.40*

* Contraste de medias pre y postest significativo $p < 0.005$

Valoraciones cualitativas de otros componentes conversacionales en la situación de entrenamiento grupal y en contextos distintos a la situación de entrenamiento (generalización):

Valoración del contenido conversacional.

El contenido conversacional es un aspecto muy importante en los entrenamientos en habilidades conversacionales dirigidos a facilitar la integración sociocomunitaria de los pacientes psicóticos. Frecuentemente, en pacientes con dificultades a nivel de funcionamiento social, se observa que su escasa tasa de comportamientos verbales se centra fundamentalmente en aspectos relacionados "con la enfermedad"; esto es, su discurso se centra en la realización de verbalizaciones sobre síntomas, miedos, medicación, hospitales, etc. Esta circunstancia puede relacionarse con las lógicas preocupaciones que el trastorno suscita en los sujetos; con el hábito de relacionarse verbalmente con familiares y profesionales de salud en base a estos temas; con el escaso refuerzo de contenidos conversacionales alternativos; y con la ausencia de realización de actividades y relaciones sociales en contextos comunitarios; pero en cualquier caso, este déficit en el manejo de contenidos conversacionales, puede constituir una importante dificultad para el establecimiento de relaciones sociales en el ámbito comunitario.

La tabla n° 7 muestra cómo "antes del entrenamiento", todos los sujetos presentaban importantes déficits en su capacidad para iniciar o mantener conversaciones sobre temas alternativos a la enfermedad. Los resultados

contrastan significativamente con los obtenidos "después del entrenamiento" y "a los 10 meses de seguimiento", momentos en los que todos los sujetos conversaban sobre temas de actualidad, actividades personales, creencias y opiniones personales, etc.

Tabla 7.- Evolución del contenido conversacional de cada sujeto antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	1	4	4
Sujeto 2	1	4	4
Sujeto 3	2	4	4
Sujeto 4	2	4	4
Sujeto 5	1	4	4

1= contenido fundamentalmente ligado a la enfermedad; 2= contenido parcialmente ligado a la enfermedad; 3= contenidos escasamente ligados a la enfermedad; 4= contenidos ajenos a la enfermedad.

Valoración de los componentes no verbales.

En la tabla nº 8 se describen los resultados de cuatro componentes no verbales, valorados todos ellos a través de una escala ordinal aplicada después de las conversaciones observadas.

El volumen de la voz fue adecuado en todo momento para todos los sujetos.

El contacto visual "antes del tratamiento" era muy deficitario en el sujeto 3 y deficitario en los sujetos 1, 4 y 5. "Después del entrenamiento" estos últimos normalizaron dicho componente, no así el sujeto 3 que siguió con un contacto visual deficitario a los 10 meses de seguimiento.

En cuanto a la expresión facial "antes del entrenamiento", en los cinco sujetos era valorada como parcialmente adecuada. En posteriores valoraciones en cuatro de los sujetos ya era adecuada, mientras que el sujeto 3 continuaba con la valoración de parcialmente adecuada.

La fluidez verbal, esto es, la ausencia de bloqueos e interrupciones durante las intervenciones, era deficitaria para todos los sujetos "antes del entrenamiento". "Después del entrenamiento" y en el "seguimiento a los 10 meses" era adecuada en cuatro sujetos. La fluidez verbal del sujeto 3 era calificada en estas dos ocasiones como parcialmente deficitaria.

Tabla 8.- Valoración de componentes no verbales antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Sujeto 1			Sujeto 2			Sujeto 3			Sujeto 4			Sujeto 5		
	A	D	S	A	D	S	A	D	S	A	D	S	A	D	S
Volumen de la voz	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Contacto visual	2	4	4	4	4	4	1	2	2	2	4	4	2	4	4
Expresión facial	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4
Fluidez conversacion	2	4	4	2	4	4	2	3	3	2	4	4	2	4	4

A= antes; D= después; S= seguimiento a los diez meses; 1= muy deficitario; 2= deficitario; 3= parcialmente adecuado; 4= adecuado.

Valoración social de la "competencia conversacional".

Se trata de un juicio cualitativo, de una valoración global de la competencia conversacional de cada uno de los sujetos, antes, después y a los 10 meses de seguimiento, utilizando una escala ordinal de cinco puntos. La competencia conversacional de un sujeto supone una manifestación, mantenimiento y combinación de componentes verbales y no verbales, que sean pertinentes a una situación conversacional dada. Las valoraciones se realizaban tras las conversaciones grupales y tras las conversaciones de pareja.

En la tabla nº 9 se describen los resultados de la valoración global de la competencia conversacional de cada sujeto. "Antes del entrenamiento" la competencia conversacional de tres de los sujetos fue valorada como muy deficitaria, y la de los otros dos se valoró como deficitaria. "Después del entrenamiento" hubo cambios notables, la competencia de tres sujetos fue calificada como adecuada, y la de los otros dos como parcialmente adecuada. En el "seguimiento a los diez meses", tres de los sujetos volvieron a recibir la valoración de adecuada. De los otros dos, uno volvió a obtener la calificación de parcialmente adecuada (sujeto 3), y el otro (sujeto 4) progresó a la valoración de adecuada.

Tabla 9.- Valoración social de la competencia conversacional antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	1	4	4
Sujeto 2	2	4	4
Sujeto 3	1	3	3
Sujeto 4	1	3	4
Sujeto 5	2	4	4

(1= muy deficitaria; 2= deficitaria; 3= parcialmente adecuada; 4= adecuada; 5= excelente)

Otras medidas:

Participación en actividades ocupacionales socio-comunitarias.

Si bien esta variable no evalúa directamente la influencia del entrenamiento en habilidades conversacionales, sí que tiene que ver con otra posible consecuencia del mismo, esto es, la facilitación de la integración del sujeto en la vida comunitaria evaluada a través de su participación en actividades ocupacionales.

En la tabla nº 10 se observa cómo "antes del entrenamiento" ninguno de los cinco sujetos tenía actividades socio-ocupacionales en la comunidad. "Después del entrenamiento" en habilidades conversacionales tres de ellos (los sujetos 1, 3 y 4) se encontraban participando en actividades ocupacionales de carácter formativo (tapicería, cerámica). En el "seguimiento a los diez meses", estas tres personas mantenían sus ocupaciones; a ellas se sumó un cuarto sujeto, el número 2, que desde hacía algunos meses participaba en otro proyecto formativo (jardinería). El sujeto 5 continuaba sin actividades, pero se trataba de una persona que siempre había manifestado no desear realizar este tipo de ocupaciones.

Tabla 10.- Participación en actividades ocupacionales socio-comunitarias antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Después	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	No	Si	Si
Sujeto 2	No	No	Si
Sujeto 3	No	Si	Si
Sujeto 4	No	Si	Si
Sujeto 5	No	No	No

Tiempo de permanencia en casa.

Esta variable tampoco evalúa directamente la influencia del entrenamiento en habilidades conversacionales, pero puede tener que ver con otra de sus posibles consecuencias, la facilitación de la reducción del aislamiento social del sujeto, medido a través del número de horas promedio que el sujeto permanece en su casa a lo largo del día.

En la tabla nº 11 se observa una notable reducción del tiempo de permanencia en casa en cuatro de los sujetos. Esta variable se relaciona directamente con la realización de actividades ocupacionales en la comunidad y

con el desarrollo de relaciones sociales. El sujeto 5, el único que no mantenía actividades regladas, muestra en los tres momentos valorados, prácticamente el mismo tiempo de permanencia en casa.

Tabla 11.- Número de horas al día que permanecían en casa cada uno de los sujetos antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Despues	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	21	18	14
Sujeto 2	22	19	15
Sujeto 3	20	17	17
Sujeto 4	22	20	19
Sujeto 5	20	19	19

Relaciones interpersonales.

Con frecuencia se observa que las relaciones interpersonales de los pacientes psicóticos están muy restringidas a sus familiares y a los profesionales de salud mental que les asisten, siendo escasa la existencia de relaciones de amistad. El entrenamiento en habilidades conversacionales no determina el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales de amistad, pero junto a otras variables, como por ejemplo la accesibilidad a contextos sociales, puede facilitarlas.

La tabla nº 12 muestra, cómo "antes del entrenamiento" los cinco sujetos carecían de relaciones interpersonales de carácter extrafamiliar o extraprofesional. "Después del entrenamiento" cuatro de los cinco sujetos que estaban asistiendo a contextos sociales (clubes sociales, grupos de actividades sociales, etc), establecieron relaciones de amistad. En el "seguimiento a los diez meses", todos los sujetos mostraban relaciones interpersonales de amistad o las habían incrementado todavía más, menos el sujeto 1. Dicho sujeto tras haber aumentado significativamente de cero a cinco (antes y después del entrenamiento) el número de amigos, "sufrió" una reducción (en el seguimiento a los 10 meses), contabilizando a una sola persona; no obstante es preciso matizar que con esta persona había desarrollado una relación de noviazgo, eventualidad que permitía comprender la disminución del número de personas con quienes establecía citas.

Esta tabla no incluye las relaciones sociales de tipo familiar, ni los contactos con profesionales de salud, ni las relaciones con compañeros y superiores en contextos ocupacionales.

Tabla 12.- Número de personas con las que mantienen relaciones sociales antes, después y a los 10 meses de seguimiento

	Antes	Después	Seguimiento a los 10 meses
Sujeto 1	0	5	1
Sujeto 2	0	3	6
Sujeto 3	0	0	1
Sujeto 4	0	1	2
Sujeto 5	0	1	3

DISCUSIÓN

De los resultados descritos anteriormente podemos extraer las siguientes conclusiones:

1- En el contexto de entrenamiento todos los sujetos experimentaron incrementos en la manifestación de preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios espontáneos, si bien en los sujetos 1, 2 y 3 fue más destacado.

2- Aunque se apreció un cambio en los tres componentes entrenados, por los datos obtenidos en las líneas bases múltiples, se puede observar dos efectos diferentes de la intervención: uno es un efecto directo en el que se aprecia una contiguidad entre el comienzo de cada período de entrenamiento y el incremento de las frecuencias de preguntas abiertas y cerradas,; y el otro es un efecto indirecto del entrenamiento sobre las comentarios espontáneos. En las figuras 1 a 5 se aprecia que el incremento de las frecuencias de los comentarios no se produce precisamente al comienzo del entrenamiento en comentarios espontáneos, sino que se produce cuando se introducen las primeras sesiones de entrenamiento en preguntas cerradas. Esto nos muestra por tanto, que estas conductas están interrelacionadas. Si este efecto fuese replicado en futuros trabajos, nos sugeriría que para el entrenamiento de las habilidades conversacionales, quizá con el entrenamiento en preguntas fuera suficiente para producir un incremento de los comentarios espontáneos, y por tanto, no sería necesario su entrenamiento específico.

3- A los dos y diez meses de finalizado el entrenamiento, los resultados obtenidos con los sujetos 1, 2 y 3, no solo se mantienen en unos promedios similares a los del entrenamiento, sino que en algunos componentes se

incrementan (como es el caso por ejemplo de las preguntas abiertas en el sujeto 1 y 2 y las preguntas cerradas en el sujeto 3, 4 y 5). En los sujetos 4 y 5, en los que el efecto del tratamiento sobre preguntas abiertas fue débil, en los períodos de seguimiento emiten un mayor número de preguntas. Fenómeno difícilmente explicable desde una perspectiva de entrenamiento directo de cada componente.

4- Los componentes entrenados se generalizaron a otros contexto distintos al de entrenamiento. Ello fue evidente en todos los sujetos tanto después del tratamiento como en el seguimiento realizado a los 10 meses.

5- Respecto al contenido conversacional resultó interesante ofrecer a los sujetos desde un inicio la siguiente consigna: "procurar no hablar de temas relacionados con la enfermedad". Fue un buen punto de partida para desarrollar contenidos alternativos a los existentes en sus pobres repertorios iniciales. Así, se observó una progresiva evolución desde contenidos muy vinculados con el trastorno psiquiátrico que padecían, a contenidos caracterizados por ser socialmente más funcionales. Esta modificación fue muy importante al valorar la supuesta adecuación del comportamiento conversacional de los sujetos. No hay que olvidar que independientemente de lo mucho o poco que los sujetos hablaran durante la fase de línea base, su discurso se refería muy frecuentemente a síntomas, tratamiento, internamientos hospitalarios, etc.

6- En cuanto a los componentes no verbales siguientes: volumen de la voz, contacto ocular, expresión facial y fluidez conversacional, es de destacar que en el presente estudio no fueron objeto de entrenamiento específico. Si bien el volumen de la voz no fue deficiente en ningún momento para ninguno de los sujetos, si es cierto que en la evaluación previa a la intervención, se detectaron déficits en los otros tres componentes (contacto ocular, expresión facial y fluidez verbal). No obstante en cuatro de los sujetos dichos componentes se normalizaron a la par que fruto de la intervención, mejoraban los componentes entrenados y la funcionalidad de los comportamientos conversacionales. Por tanto, no fue precisa la intervención específica sobre estos aspectos como sí recomendarían enfoques basados eminentemente en lo molecular. El único sujeto, el número 3, que no alcanzó la valoración social de "adecuado" en estos componentes, tampoco la alcanzaría en la valoración social sobre su competencia conversacional, aunque su contenido conversacional se había normalizado y la manifestación de preguntas y comentarios se había incrementado. Todo ello sugiere la importancia de una conceptualización molar del comportamiento conversacional.

7- En el presente estudio la valoración de la competencia conversacional de los sujetos, efectuada por parte de observadores entrenados constituye un criterio importante en la determinación de la funcionalidad y adecuación del comportamiento de los sujetos. Es significativo cómo de una situación de partida en la que la competencia conversacional de tres sujetos era valorada como "muy deficiente" y en los otros dos como "deficiente", se pasó después del tratamiento a que la competencia de tres de los sujetos ya fuera valorada como "adecuada" y en los otros dos como "parcialmente adecuada". De éstos dos últimos, uno de ellos en el seguimiento a los diez meses también progresaría a la calificación de "adecuada", mientras que el sujeto 3 quedó en la valoración de "parcialmente adecuada" que en cualquier caso superaba a la que había obtenido en la línea base ("muy deficiente").

8- Otro aspecto es el referente a "otras medidas" tales como tiempo de permanencia en casa, número de amistades y actividades ocupacionales socio-comunitarias. Si bien el objetivo de un entrenamiento en habilidades conversacionales no es mejorar dichas medidas, pues no las determina, si es cierto que unas habilidades conversacionales competentes pueden facilitar su desarrollo. Pero siempre junto a otras intervenciones incluidas en planes integrales de rehabilitación psicosocial. En el presente estudio, se produjeron mejoras en la reinserción social de sobre todo cuatro de los sujetos, los cuales establecieron relaciones interpersonales de amistad, se implicaron en actividades ocupacionales y disminuyeron notablemente el tiempo de permanencia en casa, situación distinta a la de partida, en la que manifestaban un estilo de vida caracterizado por el aislamiento social y la inactividad. Incluso el sujeto 5, el único que no deseaba participar en actividades ocupacionales, incrementó sus relaciones interpersonales. Hay que precisar que en este estudio, al hablar de relaciones interpersonales nos referimos a las de amistad, pero lógicamente los sujetos participantes en actividades formativas tuvieron que desarrollar relaciones sociales con sus compañeros y superiores en dichos contextos. Así mismo, es de destacar que a los diez meses de seguimiento ninguno había sufrido recaídas psicopatológicas, manteniéndose satisfactoriamente en su entorno.

Es importante destacar que al igual que cualquier otro tratamiento, el entrenamiento en habilidades conversacionales no debe constituir una técnica de intervención estandarizada que se aplique por igual a cualquier sujeto. El diseño de entrenamiento en habilidades conversacionales debe de responder al nivel de funcionamiento y necesidades personales de cada uno de los integrantes del grupo. Así mismo, hay que señalar que la inclu-

sión de una persona en un entrenamiento de este tipo no debe de obedecer necesariamente a circunstancias tales como que el sujeto esté aislado, que carezca de amistades o que sea poseedor de una determinada etiqueta diagnóstica, sino que debe ser consecuencia derivada del análisis funcional y evaluación conductual de las dificultades que pueda tener en sus interacciones con el medio ambiente.

Es preciso resaltar que el objetivo de la evaluación e intervención es la interacción *sujeto-medio*, en tanto el comportamiento no ocurre en el vacío, sino que tiene lugar en un contexto determinado y caracterizado por unas micro y macro variables físico-sociales. Así, la evaluación y el diseño del tratamiento conversacional deberá dirigirse a la consecución de objetivos relevantes para la vida actual del sujeto, para mejorar el desempeño de sus roles, *su funcionamiento*. Esto significa que si bien es preciso garantizar que los sujetos sean, potencialmente, capaces de manifestar los distintos componentes conversacionales (verbales y no verbales), ello no constituye el objetivo último de un entrenamiento en habilidades sociales. El objetivo no es únicamente conseguir modificaciones en la topografía de respuesta, es decir, incrementar los componentes deficitarios o reducir los que resultan excesivos, sino conseguir modificaciones en la *funcionalidad de dichas respuestas conversacionales en interacción con el medio*. Así por ejemplo, en una hipotética situación, en principio no resultará tan relevante determinar si se realizan más o menos comentarios espontáneos (cuestión, por otra parte de complicada definición apriorística), sino si éstos son adecuados a la situación y facilitan la obtención de gratificación o la resolución de dificultades. Desde esta posición se resalta la importancia de no buscar cambios solamente a nivel cuantitativo, sino también a nivel cualitativo, como lo puede constituir la valoración social sobre la competencia conversacional de un sujeto. Así por ejemplo, en una conversación una persona podría recibir una valoración social de competencia conversacional adecuada, sin que quizás hubiera llegado a formular ninguna pregunta; o a la inversa, durante una interacción social convencional, un sujeto podría realizar un sin fin de preguntas cerradas y recibir una valoración social de competencia conversacional deficiente "...parecía un interrogatorio...". La valoración de una habilidad conversacional competente no viene definida por aspectos de tipo molecular, esto es, la presencia de sus distintos componentes en un sentido sumativo, ni tampoco porque cada uno de esos componentes se manifieste con una determinada tasa de frecuencia. La valoración de comportamiento conversacional competente, como evento interactivo y funcional, está muy ligada a las valoraciones sociales sobre su molaridad proce-

dentes del contexto en que tiene lugar. Por tanto, toda evaluación previa y posterior a intervenciones sobre el comportamiento de sujetos, debería de complementar medidas *cuantitativas* junto a valoraciones sociales *cualitativas*; circunstancia que también debería aplicarse al valorar la eficacia de los tratamientos, tanto en las situaciones de entrenamiento como en otros contextos (generalización).

En el presente estudio es de destacar como las *valoraciones sociales de carácter más moral* sobre el comportamiento conversacional de los sujetos (valoración de la competencia conversacional y del contenido conversacional), complementaron las *valoraciones moleculares cuantitativas* (número de preguntas y comentarios) realizadas tanto en el contexto grupal de entrenamiento, como en otros contextos diferentes al entrenado (en nuestro estudio las conversaciones de pareja). Y ello, tanto en momentos previos como posteriores al entrenamiento. Así mismo, la evolución en general positiva de dichas valoraciones cualitativas se constituyó en un interesante elemento para interpretar clínica y socialmente la eficacia del entrenamiento.

Otra cuestión es la referente a las observaciones de la conducta a partir de las cuales llegar a determinar el nivel basal del comportamiento de un sujeto. En nuestro estudio dimos gran importancia a este aspecto, de modo que antes de tomar medidas sistemáticas y con la intención de obtener una muestra comportamental lo más representativa posible, y de minimizar el posible efecto de la reactividad, llevamos a cabo varias sesiones, hasta siete, que significaron casi dos meses de duración y constituyeron el período pre-línea base. Posteriormente y ya en una línea base de ocho sesiones efectuamos las medidas. Si bien, es frecuente plantearse el tema de la reactividad en situaciones de entrenamiento y esperar a que en la línea base se produzca una cierta estabilización, no parece que se proceda de igual manera en las observaciones habitualmente llevadas a cabo en las llamadas fases de seguimiento. Opinamos que en futuros estudios, al valorar el posible mantenimiento de los resultados atribuidos al entrenamiento, sería conveniente contemplar fases de seguimiento similares a las llevadas a cabo durante la fase de línea base, en cuanto a número de sesiones y número de observaciones.

Por último, habría que destacar la distinción de dos momentos durante la intervención. Primero había sesiones dónde se entrenaban y ejercitaban topográficamente los componentes verbales de preguntas cerradas, preguntas abiertas y comentarios espontáneos. Y segundo, se producían las posteriores conversaciones grupales donde se procuraba alcanzar la fun-

cionalidad de las conductas conversacionales del sujeto en el grupo. Posteriormente se observaron resultados sugerentes de generalización a contextos y situaciones distintos de los entrenados, valoración efectuada concretamente en las conversaciones a nivel de pareja.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D.C. (3ª ed. Revisada), 1987.

Birchwood M y Tarrier N. *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1995.

Cuevas Yust C, Hernández Esteban F, Perona Garcelán S y García Aguado A. *Programa de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío"*. Documento no publicado, 1991.

Cuevas Yust C y Perona Garcelán S. Entrenamiento en habilidades sociales en una unidad de rehabilitación psicosocial. En: F Gil, JMª León y L Jarana, (cds). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema Universidad, 1992.

Halford WK y Haynes R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clin Psychol Rev*, 1991, 11: 24-44.

Liberman RP. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1988.

Watts FN y Bennett DH. *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. México, D.F.: Limusa, 1990. (Orig. 1983).

Wong SE, Martínez-Díaz JA, Keith Massel H, Edelstein BA, Wiegand W, Bowen L y Liberman RP. Conversational skills training with schizophrenic inpatients: a study of generalization across settings and conversants. *Behav Ther*, 1993, 24: 285-304.

Zubin J y Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 1977, 86(2): 103-126.

Nota:

Agradecemos al profesor D. José María León Rubio las sugerencias aportadas a este trabajo.

LIBROS REVISADOS

EVITAR LOS MALOS TRATOS ES PREVENIR PROBLEMAS DE SALUD.

Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J.

Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento.

Madrid: Pirámide. 1994.

Los malos tratos constituyen un problema de salud en la infancia y adolescencia. Los datos disponibles en nuestro país revelan que entre el 0'2% y el 1'4% de la población menor de 18 años sufre malos tratos. El abandono físico es el tipo más frecuente, o sea, cuando las necesidades básicas del niño, como alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, condiciones de seguridad, etc., no se satisfacen adecuadamente. El abuso físico, incluido el sexual, ocurre aproximadamente entre dos y tres casos de malos tratos de cada diez. Estas agresiones físicas de los adultos cuidadores producen lesiones como magulladuras, quemaduras, fracturas, etc., o conllevan grave riesgo de padecerlas. Así pues, bien por omisión de cuidados elementales que puede ocasionar enfermedades o accidentes, bien por comisión de acciones intencionadas que puede causar daño físico, los malos tratos suelen requerir la intervención de los profesionales que trabajan en el campo de la salud.

Como oportunamente reconoce en el prólogo, Miguel Costa, Jefe del Área de Investigación del Centro de Estudios del Menor, del Ministerio de Asuntos Sociales, sólo recientemente se ha resuelto la indefensión de los menores ante los adultos responsables de su cuidado. En 1874 se emitió la primera sentencia condenatoria contra una madre por infligir malos tratos a su hija. La anécdota de este juicio estriba en que la querrela la interpuso la Sociedad Protectora de Animales, ya que no existía ninguna ley de protección del menor; la demanda se basó en que la niña pertenecía al reino animal y, por tanto, tenía al menos los mismos derechos que un perro.

Hoy día en el estado español los menores gozan de cobertura legal frente a las arbitrariedades de los adultos responsables. Lamentablemente este

amparo no impide que se cometan malos tratos. Por ello resulta muy conveniente la monografía *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*, de gran ayuda para prevenir las lesiones y enfermedades resultantes de malos tratos en la infancia. Otro valor añadido de esta obra es la especialización en el tema de sus autores, M^a. Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, ambos de la Universidad del País Vasco, quienes desde hace años investigan esta problemática (De Paúl, Achúcarro, Arruabarrena, Rivero y Torres, 1993; De Paúl, Alzate, Ortiz, Echebarría y Arruabarrena, 1988; De Paúl y Rivero, 1992; Martínez-Roig y De Paúl, 1993; etc.)

El primer capítulo versa sobre la historia, definición, clasificación e incidencia de los malos tratos. La cuestión más compleja que se plantea es delimitar las pautas de crianza que son peligrosas o perjudiciales para el niño, puesto que en este terreno no existe consenso social. Así, la conducta de ignorar de los padres, ¿cuándo es extinción y cuándo negligencia?; el aislamiento realizado por un maestro, ¿cuándo es un castigo apropiado y cuándo interfiere el ajuste social?

El capítulo segundo recoge las explicaciones teóricas propuestas, desde las hipótesis iniciales que se limitaban a un factor, como la psicopatología de los padres o la pobreza familiar, hasta los modelos actuales que integran numerosas variables, como déficit educativos de los padres, vulnerabilidad del niño, falta de apoyo social, etc.

El capítulo tercero se dedica a la evaluación de los malos tratos, indicando el procedimiento para: a) verificar que el maltrato se ha producido, ya que los adultos maltratantes tienden a ocultarlo; b) analizar el maltrato y estimar el daño real o potencial para el niño, para decidir sobre las medidas de protección a adoptar, incluyendo la posible separación de los adultos maltratantes; c) recoger información sobre las variables que originan y mantienen los malos tratos, con el fin de diseñar y aplicar el tratamiento.

El capítulo cuarto es el más extenso y útil. Revisa los diversos tratamientos del maltrato en el contexto familiar, destacando como componente central el entramado a padres en habilidades de relación con los niños (comunicación, control disciplinar, etc.), de autocontrol de la ira (relajación, autoinstrucciones, etc.), y de manejo del hogar (seguridad e higiene, economía doméstica, etc.) Existen variaciones en la implementación del tratamiento, dependiendo de si se llevan a cabo en el hogar o fuera de él, por profesionales o voluntarios, en grupo o individualmente, sólo a los padres maltratantes o a ellos y al hijo maltratado, etc. En cualquier caso, conviene que los programas sean de amplio espectro y estén coordinados por un

equipo interdisciplinar.

El último capítulo se refiere al proceso de valoración de los resultados de los programas de tratamiento. Finalmente se recomienda la lectura complementaria de otras obras en castellano.

Si las sociedades avanzadas se caracterizan por el cuidado y respeto a sus miembros (ancianos, niños, etc.) y a su medio ambiente (animales, plantas, etc.), este libro contribuye sin duda a alcanzar esta meta.

De Paúl J, Achúcarro C, Arruabarrena MI, Rivero A y Torres B (1993). *La intervención familiar en protección infantil: Instrumentos de evaluación*. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor, Ministerio de Asuntos Sociales.

De Paúl J, Alzate R, Ortiz MJ, Echebarría A y Arruabarrena MI (1988). *Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

De Paúl J y Rivero A (1992). Versión española del inventario Child Abuse Potential: Validez convergente y apoyo social. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 49-55.

Martínez-Roig A y De Paúl J (1993). *Los malos tratos a la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

F. Xavier Méndez

APRENDIENDO A CONVIVIR.

Cáceres, J. y Escudero, V.

*Relación de Pareja en jóvenes y embarazos no deseados.
Madrid: Pirámide. 1994.*

Howard J. Markman, catedrático de psicología de la Universidad de Denver y director del Centro de Estudios Maritales y Familiares, hace referencia en el prólogo de esta obra al granjero que cierra la puerta del establo después que el caballo se ha escapado, para denunciar el error de esperar a tratar hasta que un problema ha alcanzado cierta gravedad en vez de anticiparse a su aparición preveniéndolo.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en 1990 en España se contabilizaron 19.284 nacimientos de mujeres menores de veinte años. Si se compara las madres adolescentes con sus homólogas adultas, aquéllas corren mayor riesgo de sufrir anemia, eclampsia y complicaciones durante el parto, incluyendo la muerte de la propia parturienta; el embarazo precoz se relaciona también con cáncer cervical y complicaciones uterinas. La mortalidad de los bebés de madres adolescentes es el doble de la tasa de los de madres adultas. Así mismo es mayor la probabilidad de nacer con bajo peso y de padecer malformaciones congénitas, epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental y ceguera en los hijos de madres adolescentes.

Datos del Consejo General del Poder Judicial indican que en 1989 en nuestro país se produjeron más de veinticuatro mil divorcios. Diversos estudios revelan que la estabilidad del matrimonio es un buen predictor de la duración de la vida, mientras que separaciones y divorcios correlacionan significativamente con accidentes de tráfico, enfermedades e incluso con problemas de salud de los hijos. Por tanto, la cifras de embarazos adolescentes y de rupturas de parejas, y su repercusión negativa en la salud de padres e hijos justifican sobradamente la prevención en este campo.

Los capítulos más útiles del libro son el cuatro y el cinco, que presentan sendos programas de prevención de embarazos no deseados en la adolescencia y de problemas de pareja. El primero de ellos se dirige a grupos de adolescentes de 13 a 19 años, mixtos, homogéneos y no mayores de quince sujetos. Consta de nueve sesiones, de duración aproximada de hora y media, con periodicidad entre siete y diez días. Sus componentes básicos son: a) educación sexual, con ayuda de medios audiovisuales y de materiales impresos se informa sobre sexualidad, reproducción y contracepción; b)

entrenamiento en habilidades, de comunicación, de toma de decisiones y de aserción; c) práctica guiada de las habilidades entrenadas en situaciones especialmente difíciles.

En el capítulo cinco se expone el programa de prevención de problemas de pareja: sujetos-diana; personal, momento y lugar de aplicación; metodología, contenido y ejercicios. Igual que en el programa anterior la comunicación de la pareja constituye un elemento central, razón por la que los autores dedican específicamente el capítulo tres al tema de la comunicación, lo que en mi opinión es un acierto.

Los restantes capítulos del libro abordan la problemática de los embarazos en la adolescencia y los conflictos de pareja (capítulo uno), las explicaciones propuestas para ambos fenómenos (capítulo dos) y pautas para la valoración de programas (capítulo seis). El final es muy aprovechable, ya que comprende cuatro anexos: cuestionario demográfico, prueba de conocimiento sobre la reproducción, prueba de representación de papeles, registro de observación del juego de roles, y cinco monografías en castellano cuya lectura se recomienda.

José Cáceres, profesor de la Universidad de Deusto, y Valentín Escudero, profesor de la Universidad de La Coruña, autores de la monografía *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*, son expertos en evaluación y terapia sexual y de pareja (Cáceres, 1986, 1990, 1993; Escudero y Gutiérrez, 1988; etc.) Si a su especialización unimos su estilo claro y ágil, el resultado es una guía rigurosa, amena y práctica.

Cáceres J (1986). *Reaprender a vivir en pareja* (2ª. ed.) Valencia: Promolibro.

Cáceres J (1990). *Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana*. Barcelona: Martínez Roca.

Cáceres J (1993). *Problemas de pareja: Diagnóstico, prevención, tratamiento*. Madrid: Eudema.

Escudero J y Gutiérrez E (1988). Sistemas de codificación de la interacción marital y familiar: Una revisión descriptiva. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 17-57.

F. Xavier Méndez

CUANDO ADELGAZAR ESTA DE MODA.**Raich, R.M.***Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios.**Madrid: Pirámide. 1994.*

Josep Toro, reconocido especialista en trastornos alimentarios, llama la atención en el prólogo de esta obra sobre el incremento de la prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosas y el correspondiente aumento de demanda de recursos terapéuticos. La bibliografía existente en este campo es relativamente escasa comparada con la de otros problemas de salud. Por esta razón hay que dar la bienvenida a la monografía *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*, de Rosa M^a. Raich, profesora de terapia y modificación de conducta de la Universidad Autónoma de Barcelona, y experta en alteraciones de la conducta alimentaria (Mora y Raich, 1993; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991; Raich et al., 1992; etc.)

Como ocurre con otros ejemplares de la colección "Ojos Solares", puede considerarse dividido este libro en dos partes: una primera más descriptiva sobre psicopatología y otra segunda más aplicada sobre evaluación y tratamiento. El capítulo uno se dedica a los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia y la bulimia nerviosas. Ofrece la definición, criterios diagnósticos, clasificación, prevalencia y repercusiones negativas en la salud de estas dos alteraciones. Es de destacar la actualización de ambos conceptos incluyendo los criterios y tipos del DSM-IV.

La anorexia y la bulimia son patrones de respuestas complejos, por lo que en el capítulo dos se expone los pensamientos, acciones y sentimientos característicos de estos trastornos. El capítulo tres considera las variables de su génesis y mantenimiento, destacando los factores socioculturales que refuerzan la esbeltez y castigan la obesidad en los países desarrollados. Los modelos explicativos que presenta son el de Striegel-More y el de Levine y Smolack. Así mismo la autora realiza una propuesta de modelo integrador.

El capítulo cuatro trata sobre el examen médico y la evaluación psicológica. Analiza, en primer lugar, las variables a evaluar, esto es, peso, conducta alimentaria, imagen corporal, problemas psicológicos asociados y alteraciones psicofisiológicas del ciclo menstrual, del ritmo cardíaco, etc. En segundo lugar, detalla los procedimientos de evaluación: entrevistas para recoger información sobre los trastornos alimentarios y otros problemas psicológicos asociados, autoinformes para evaluar actitudes y síntomas

de estas alteraciones y de la imagen corporal, observación y autoobservación. Un mérito de este capítulo es el esfuerzo de la autora por facilitar instrumentos de evaluación utilizados con muestras españolas.

En el último capítulo se desarrolla el tratamiento cognitivo-conductual en tres fases. El objetivo principal de la primera es modificar el comportamiento alimentario. Se proporciona indicadores para decidir si la terapia ha de efectuarse en régimen ambulatorio u hospitalario. En la segunda fase se añade la modificación de las cogniciones desadaptativas, como la inadecuada imagen corporal. La tercera fase se centra en la prevención de recaídas. Además se ilustra la aplicación de las técnicas y se ofrece sugerencias para intervenir con los padres.

Finalmente se recomienda tres lecturas en castellano, de las que destacamos la excelente obra *Trastornos del comportamiento alimentario*, de Carmina Saldaña, catedrática de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos de la Universidad de Barcelona, publicada recientemente.

Un aspecto muy positivo del libro de "Ojos Solares" es el estilo didáctico de Rosa M^a. Raich. La inclusión al inicio de casos clínicos, las abundantes figuras y tablas, los gráficos títulos de los apartados como "yo era una niña rellenita" o "quiero ser como la top model", las numerosas ejemplificaciones de los mecanismos psicológicos, así, el pensamiento dicotómico en la anorexia y bulimia nerviosas se rotula la bella o la bestia, es decir, "o soy atractiva (bella) o soy fea (bestia)", etc., son una excelente estrategia para convertir su lectura en una tarea agradable.

Mora M y Raich RM (1993). Diferentes formulaciones de la relación entre bulimia nerviosa y trastornos afectivos. *Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology*, 5(1), 93-121.

Raich RM, Deus J, Muñoz MJ, Pérez O y Requena A (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1, 305-315.

Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O, Requena A y Gross J (1992). Eating disorders symptoms among adolescents in United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.

Saldaña C (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

F. Xavier Méndez

J. ORLEY Y W. KUYKEN (EDITORS).

Quality of Life Assessment: International Perspectives.
Belín: Springer-Verlag. 1994. 200 pgs.

Después de unas décadas de desarrollo de una plétora de cuestionarios de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes de muy diversas enfermedades, la investigación actual se centra fundamentalmente en la validación de muchas de estos instrumentos. Pero además, los esfuerzos de validación de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud no se han limitado a los escenarios nacionales, sino que se han dirigido al desarrollo de instrumentos interculturales.

En esa línea, la Organización Mundial de la Salud y la Fundación IPSEN organizaron un congreso internacional sobre la evaluación de la calidad de vida en Julio de 1993. El libro que comentamos incluye los trabajos de este Congreso. Está dividido en cuatro partes:

La primera se dedica al desarrollo de instrumentos de evaluación de calidad de vida interculturales. Incluye, en primer lugar, una revisión de Sartorius y Kuyken de las diferentes perspectivas de traducción de esos instrumentos, describiendo los pasos necesarios para conseguir traducciones equivalentes. Patrick et al. dan un paso más y nos describen los ejercicios de validación necesarios para la aplicación internacional de las medidas de calidad de vida. Ponene como ejemplo el desarrollo de un instrumento específico, para evaluar la calidad de vida asociada al padecimiento del herpes genital, que fue diseñado en diferentes lenguas a la vez. En tercer lugar, Bullinger describe criterios para determinar el grado de equivalencia entre versiones en diferentes lenguas de un mismo cuestionario de calidad de vida. Pone como ejemplo la traducción del cuestionario norteamericano SF-36 en alemán, que se realizó en el proyecto "International Quality of Life Assessment". Finalmente, el grupo WHOQOL cierra este apartado, con un trabajo sobre el desarrollo de un instrumento genérico, multilingual, de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Su instrumento se está desarrollando a la vez en una amplia gama de lenguas y culturas a través del mundo para ser usado en muchos tipos de sujetos. Los autores describen los pasos que se han dado para desarrollar el cuestionario y proporcionan los datos referidos a una versión piloto ya probada.

La segunda parte del libro incluye dos perspectivas diferentes de la calidad de vida. La primera se debe a Fox-Rushby y describe una perspectiva mixta de economía de la salud y de calidad de vida, planteando cuestiones como la asignación óptima de recursos escasos, y proporcionando una visión general de las cuestiones básicas de este área de investigación (por ejemplo, los análisis de costos-beneficios). La segunda se debe a Bech que se centra en la percepción subjetiva del bienestar, y que ha diseñado su modelo desde una perspectiva de salud mental.

La tercera parte se dedica por entero a la evaluación de la calidad de vida en oncología y contiene tres capítulos. El primero, escrito por Moinpour, describe la perspectiva del Southwest Oncology Group que valora la calidad de vida en el contexto de los ensayos clínicos. La autora presenta un proyecto de investigación sobre la traducción y validación del Cuestionario SWOG QL en español para posibilitar la participación de hispano americanos en estudios sobre la calidad de vida en ensayos clínicos. Saxena describe el concepto de calidad de vida desde una perspectiva india y discute las implicaciones para la evaluación, subrayando las diferencias existentes con la perspectiva occidental en la operacionalización de la calidad de vida. El capítulo concluye con un breve resumen de un estudio piloto entre pacientes con leucemia aguda que acuden a un hospital en Nueva Delhi, utilizando traducciones al indio de diferentes cuestionarios como el "Functional Living Index-Cancer". Sus resultados iluminan las dificultades que se producen cuando tales cuestionarios se usan en una cultura completamente diferente. Para terminar, Fallowfield actualiza su revisión de la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama con mastectomía o con cirugía conservadora de la mama.

La última parte del libro se centra en la calidad de vida de poblaciones específicas, a lo largo de cinco capítulos. Herrman y sus colegas presentan un estudio longitudinal realizado con población australiana sobre los problemas de los no-profesionales que cuidan de parientes enfermos o discapacitados. Esbozan un programa de investigación comprensivo para valorar el impacto sobre la calidad de vida de los cuidadores, utilizando un grupo de comparación de no cuidadores. Skevington revisa diferentes instrumentos de medida diseñadas específicamente para su uso con pacientes con artritis. La autora argumenta que estas medidas no incluyen aspectos positivos de la calidad de vida y tampoco incluyen el dolor, que es uno de los síntomas más importantes para los pacientes que sufren de artritis. Señala, también, los problemas que plantearán estos instrumentos cuando hayan de ser adaptados para su uso intercultural. De Vries y Van Heck pro-

porcionan una visión comprensiva e informativa de los problemas físicos y psicológicos que los refugiados han de sufrir, y subrayan los problemas prácticos y metodológicos de la evaluación de la calidad de vida en esta población. Amir, Bar-On y Cristal presentan las características de una medida subjetiva para evaluar dominios de la calidad de vida que tienen una importancia específica para los sujetos, y los resultados de un ensayo clínico realizado en Israel con pacientes con hipertensión. Finalmente, Dazord, Gerin y Boissel concluyen el libro presentando su Perfil de Calidad de Vida Subjetiva. En este cuestionario se pide a los pacientes no sólo que indiquen su grado de satisfacción con varios aspectos de su vida cotidiana, sino también la importancia que les otorgan.

Se trata de un libro fundamentalmente informativo y útil para todos aquellos lectores interesados en la evaluación de la calidad de vida, que puede proporcionar una buena fundamentación para la producción de cuestionarios válidos en diferentes escenarios culturales.

Jesús Rodríguez-Marín

ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD.

Tomás Blasco.

Barcelona: Martínez Roca. 1994. 187 pgs.

Como el Prof. Jaume Cruz señala en su prólogo a este libro, éste se centra en una línea de investigación que estudia los efectos saludables de la práctica de la actividad física y deportiva en la mejora de la autoestima, la reducción de la ansiedad y el estrés, la mejora del estado de ánimo y la reducción de los síntomas depresivos, así como en la prevención y rehabilitación de los trastornos cardiovasculares y de los problemas de obesidad. Jaume Cruz subraya que el libro de Tomás Blasco resume y sistematiza, por primera vez en castellano, los estudios sobre los efectos de la actividad física y deportiva en la salud.

El libro se compone de ocho capítulos dedicados respectivamente al "Ejercicio, estilos de vida y Psicología de la Salud", "El ejercicio físico como elemento de salud" I, II y III, "Riesgo del ejercicio", "Análisis psicológico de la realización de pautas de ejercicio", "Aspectos metodológicos", para terminar con una "Reflexión en torno al ejercicio como elemento de salud", y unas extensas "Referencias Bibliográficas."

El primer capítulo es introductorio y tiene como objetivo describir la problemática de la labor de la Psicología de la Salud en la erradicación de los estilos de vida sedentarios, y subrayar sus aspectos relevantes que permiten sentar las bases para comprender el propósito del libro y facilitar su lectura. Los tres capítulos siguientes estudian el papel del ejercicio como elemento de salud. El primero de ellos señala que los resultados de las investigaciones arrojan una información convergente a favor del papel beneficioso del ejercicio en diferentes problemas de salud, como la obesidad, o la disminución de los procesos degenerativos en la vejez. Señala igualmente, que no es raro que tenga efectos beneficiosos en temas tales como los trastornos menstruales, el sueño, el sistema inmunitario o la prevención de ciertos tipos de cáncer, aunque subraya que es, en estos casos, en los que hay un número de estudios menor. El segundo de estos tres capítulos analiza las relaciones entre el ejercicio y un conjunto de aspectos de la salud que se pueden calificar como "trastornos psicológicos", referidos básicamente a estados de ánimo, y que incluyen problemas como la ansiedad, el estrés y la depresión. El tercero de los capítulos dedicados al papel del ejercicio como elemento de salud describe los posibles beneficios del ejercicio

sobre aspectos respecto de los que habitualmente consideramos que no es necesario ningún tratamiento, aunque la introducción de ciertos cambios puede producir beneficios. A este respecto se incluye el análisis de las investigaciones que han estudiado los efectos del ejercicio sobre los aspectos cognitivos en el mantenimiento de las capacidades cognitivas y psicomotoras en viejos, sobre las sensaciones de bienestar, y sobre las dimensiones de personalidad que se relacionan con insatisfacción en el individuo, como la falta de confianza en uno mismo o la baja autoestima.

El capítulo quinto analiza los riesgos que conlleva la realización de la actividad física. Según Blasco, dichos riesgos se derivan de dos fuentes potenciales: una, la que surge del propio marco en el que se desarrolla el ejercicio (incluyendo los objetos que se utilizan y el medio ambiente en el que tiene lugar); otra, el "mal uso" del ejercicio, con dos perspectivas: el uso inadecuado y el abuso. El capítulo sexto plantea la interesante pregunta de por qué las personas no desarrollan y mantienen estilos de vida activos a pesar de que obtendrán claros efectos positivos para su salud y bienestar, que se plantea como la traducción en el ámbito de la temática del libro, de la importante pregunta de la Psicología de la salud: ¿Por qué las personas llevan a cabo determinadas conductas perjudiciales para su salud y dejan de hacer otras beneficiosas o incluso imprescindibles para la misma? El capítulo describe los diferentes factores implicados en la realización de pautas de ejercicio, susceptibles de abordarse desde un enfoque psicológico y comenta algunos modelos teóricos que orientan la comprensión del fenómeno.

El capítulo séptimo está dedicado al análisis de los aspectos metodológicos implicados en el estudio de la "psicología del ejercicio físico y la salud". El autor repasa en él las estrategias de medición y los problemas que plantean, y los diferentes tipos de investigación utilizados, para concluir la dificultad de la medición de la actividad física, la existencia de problemas de diseño y metodología en muchas de las investigaciones realizadas en este ámbito, y que todos los estudios, a pesar de sus dificultades y heterogeneidad, arrojan resultados convergentes.

El libro concluye con una reflexión sobre el ejercicio como elemento de salud, ofreciendo un marco de referencia que permite cerrar la información transmitida en el libro para que el lector sepa a quién, cómo y cuándo aplicar estos conocimientos; proponer una guía sociopsicológica para entender y valorar el concepto e implicaciones de la salud; y provocar una reflexión crítica constructiva.

Una revisión excelente y recomendable para todos los estudiosos de la

actividad física y deportiva, pero también de todos aquellos que "gestionan" su práctica, como entrenadores, monitores y educadores.

Jesús Rodríguez-Marín

BOLETIN DE SUSCRIPCION

ROGAMOS CUMPLIMENTAR A MAQUINA O EN MAYUSCULAS

Dirección de envío:
 Nombre: Apellidos:
 Dirección: n.º: Piso: Pta:
 Población: D.P.: Prov.: País:
 Datos profesionales:
 Titulación académica: Especialidad:
 Centro trabajo: Cargo:
 Actividades profesionales privadas:
 Suscribame a la REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD
 durante el/los años:
 que pagaré
 Con cargo a mi cuenta corriente (rellénes cupón adjunto)
 Mediante talón adjunto
 Transferencia bancaria a la Cta. Cte. n.º 3100.100000008.5 de la
 Universidad de Alicante. Suscripción Revista de Psicología de la
 Salud. Cuenta en la Caja de Ahorros del Mediterráneo.
 Importe suscripción anual (2 números): 1700 ptas.; extranjero, 3300 ptas.;
 números sueltos, 1100 ptas.




CUPON DE DOMICILIACION BANCARIA

Nombre: Apellidos:
 Calle/Plaza D.P.:
 Ciudad: Prov.:
 Banco o Caja de Ahorros Suc. n.º
 Cuenta/Libreta n.º:

Banco	Oficina	Control	Cuenta

Calle/Plaza D.P.:
 Ciudad: Prov.:

Muy Sres míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan
 cargar a mi Cuenta corriente n.º el
Libreta de Ahorro
 importe de la suscripción anual a la REVISTA DE
 PSICOLOGIA DE LA SALUD.

			
		<p>REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD</p> <p>Dpto. Psicología de la Salud Facultad de medicina Universidad de Alicante ALICANTE</p>	

----- DOBLAR -----

NORMAS PARA LA ACEPTACION DE TRABAJOS

1. La Revista de Psicología de la Salud publica trabajos de carácter empírico que estén realizados con rigor metodológico y que supongan una contribución al progreso de cualquier ámbito de la psicología de la salud. También se aceptan trabajos de naturaleza teórica o de revisión que tengan que ver con los objetivos generales de la Revista.
2. Los trabajos habrán de ser inéditos, no admitiéndose aquéllos que ya hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que están en proceso de publicación o hayan sido presentados a otras revistas para su valoración. Se admitirán trabajos escritos en Español, Inglés o Francés.
3. Los trabajos deberán estar mecanografiados en folios o DIN-A4 a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cms. y numeración en la parte inferior derecha. En hoja aparte se incluirá el título y un resumen en castellano y en inglés, entre 100 y 150 palabras, así como un apartado de palabras clave (no más de seis) en ambos idiomas. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo como deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
4. Los autores deberán remitir a la revista, junto a la copia impresa del trabajo, un disquete de formato MS-DOS con él o los archivos originales. La revista aceptará tanto disquetes de 3,5" como de 5,1/4" en doble o alta densidad. En cualquier caso se indicará el procesador de texto utilizado, siendo preferible la utilización de "WordPerfect" 5.0 o superior. También se admitirá el formato ASCII. El texto deberá componerse sin sangrados, justificación ni palabras partidas.
5. Todos los manuscritos serán revisados anonimamente. Los autores se esforzarán en que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen. De no existir otra indicación, la correspondencia se mantendrá con el primer autor. Es recomendable la disposición de un teléfono de contacto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica: a) Título, autores e institución a la que pertenece; b) Resúmenes en castellano e inglés; c) Texto organizado en (1) Introducción, (2) Método, (3) Resultados, (4) Discusión, y (5) Referencias bibliográficas.
7. Se utilizará un máximo de 6 palabras clave, que sean términos del Index Medicus o del Thesaurus del Psychological Abstracts.
8. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación del International Committee of Medical Journal Editors, (normas de Vancouver).
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista de Psicología de la Salud no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la Revista.
10. Los trabajos serán enviados por correo y por triplicado a la siguiente dirección:
Revista de Psicología de la Salud.
Dpto. de Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad de Alicante.
Campus de San Juan.
Apdo. correos 374. 03080 Alicante.
11. Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos, en un plazo aproximado de 3 meses, aquellos trabajos no aceptados. Eventualmente, la aceptación definitiva podría hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.

REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD / JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY

Edita: Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

Imprime: Gráficas Hernández, S.L.

Dep. Legal: A-1052-1988.

ISSN 0214-6118

**Este número ha sido subvencionado por la
Universidad Autónoma de Madrid.**



UNIVERSIDAD
de ALICANTE
