



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

“LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE 16 A 17 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA”.

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

AUTORA

Gianella Marisol Rivas Rodríguez

DIRECTORA

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

**Loja – Ecuador
2017**

CERTIFICACIÓN

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución del proyecto de tesis titulado **“LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE 16 A 17 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA”**, de la egresada de la Carrera de Psicología Clínica Señorita Gianella Marisol Rivas Rodríguez, revisando oportunamente los avances de la investigación y devolviéndolos a la aspirante con las observaciones y sugerencias necesarias cumplieron con lo establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico. Por lo tanto, se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma para la graduación.

Loja, 26 de enero de 2017

Atentamente


Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

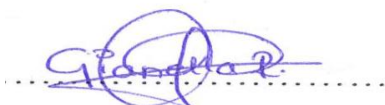
AUTORÍA

Yo, GIANELLA MARISOL RIVAS RODRIGUEZ, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional De Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Gianella Marisol Rivas Rodríguez

Firma:



Cedula: 1900627876

Fecha: 26 de Enero de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, GIANELLA MARISOL RIVAS RODRIGEZ , declaro ser la autora de la tesis titulada **“LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE 16 A 17 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA”**, como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital, institucional (RDI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional De Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintiséis días del mes de enero del dos mil diecisiete.

Firma:



Autora: Gianella Marisol Rivas Rodríguez

Cédula: 1900627876

Dirección: Loja- Tebaida Baja

Teléfono: 0999604406

Correo electrónico: gianellar82@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc

Tribunal de grado:

Psic.Clin. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc

Dra. Maria Susana Gonzales Garcia, Mg. Sc.

Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre Juan Rivas, por ser una persona llena de valores, un ejemplo de superación, que a pesar de las diversas dificultades me ha apoyado en la iniciación y culminación de mis estudios.

A mis hermanos, por sus consejos y apoyo incondicional, pero de manera especial a mi hermana Alexandra.

A mis dos luces del cielo, a ti Madre hermosa y a ti Scheznarda, siempre las tendré en mi corazón.

Y a todos mis amigos y las personas que contribuyeron en formación académica, por todos esos buenos y malos momentos compartidos.

GIANELLA

AGRADECIMIENTO

De una manera muy sincera agradezco al Alma Mater de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Psicología Clínica, a todos docentes, quienes han contribuido en mi formación académica a través de sus enseñanzas y conocimientos.

Así mismo agradezco de manera especial a la Dra. Anabel Larriva por ser mi guía durante este proceso, al Lic. Diego Andrade y Psic. Cli. Luis Fernando Sarmiento quienes han aportado desinteresadamente sus conocimientos para la elaboración de este estudio.

A las autoridades del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, en especial a la Psic. Cli. Zully Diaz y a los estudiantes que formaron parte de la investigación, quienes dieron la facilidad y apertura suficiente para la realización de este trabajo investigativo.

Y toda mi gratitud a todos quienes de forma directa e indirecta, aportaron con su granito de arena en culminación del presente trabajo.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
1. PERSONALIDAD	7
1.1 Definición	7
1.2 Teorías de la personalidad	7
1.3 Tipos de personalidad	12
2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	17
2.1 Definición	17
2.2 Teorías de los trastornos de la conducta alimentaria	18
2.3 Clasificación según el DSM-V	20
2.4 Psicopatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria	27
e. MATERIALES Y MÉTODOS	30
f. RESULTADOS	35
g. DISCUSIÓN	42
h. CONCLUSIONES	46
i. RECOMENDACIONES	47
j. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA	48
k. BIBLIOGRAFÍA	88
l. ANEXOS	92
ANEXO 2. INSTRUMENTOS	98
ANEXO 2.1 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, EDI 2	98
ANEXO 2.3 Cuestionario de evaluación IPDE - DSM-IV	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Rasgos de Personalidad IPDE-DSM IV</i>	35
Tabla 2 <i>Frecuencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria</i>	37
Tabla 3 <i>Frecuencia por subescalas EDI-2</i>	38
Tabla 4 <i>Influencia de los rasgos de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria</i>	40

a. TÍTULO

“LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE 16 A 17 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA”.

b. RESUMEN

En esta investigación se planteó dos variables de estudio: personalidad y trastornos de la conducta alimentaria; los objetivos propuestos fueron: determinar la influencia de los rasgos de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria, identificar los rasgos de personalidad, detectar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en los/las adolescentes del colegio de bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”. Para la elaboración de la investigación se empleó diferentes enfoques de tipo cuanti-cualitativo, transversal y descriptivo; la muestra fue de 211 estudiantes de segundo de bachillerato de edades comprendidas entre 16 y 17 años, luego de considerar los criterios de inclusión, exclusión y salida. Se aplicaron los siguientes reactivos psicológicos: Cuestionario de personalidad (IPDE-DSM-IV) y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Los resultados de la investigación revelaron que un 18% de los adolescentes presentan rasgos de personalidad narcisista, un 17% rasgos de personalidad límite y el 1% rasgos de personalidad dependiente; además, del 100% de la población estudiada un 29% presentó trastornos de conducta alimentaria; finalmente los rasgos de personalidad que influyeron en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria fueron: los rasgos de personalidad límite con un 9%, y los de personalidad obsesiva-compulsiva e histriónica con un 8%. Frente a estos resultados se planteó la elaboración de un Plan Terapéutico orientado a prevenir el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, cuyo objetivo es prevenir los trastornos de la conducta alimentaria mediante el estudio de las causas de los mismo, y las acciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la nutrición y alimentación, la imagen corporal, el autoconcepto y autoestima, la asertividad y las habilidades sociales de los jóvenes.

Palabras Claves: rasgos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia

SUMMARY

In the current research two study variables were proposed: personality and eating disorders; the proposed objectives were: to determine the influence of personality traits in eating disorders, to identify the personality traits, to detect the frequency of eating disorders in the teenagers of the “Beatriz Cueva de Ayora” high-school. Different quali-quantitative, cross-sectional and descriptive approaches were used for the development of the research; the sample was composed by 211 students of the second year of high-school ranging in age from 16 to 17 years old, after considering the inclusion, exclusion and exit criteria. The following psychological reagents were applied: Personality questionnaire (IPDE-DSM-IV) and the Eating Disorder Inventory (EDI-2). The results of the research showed that 18% of the teenagers present narcissistic personality traits, 17% limit personality traits and 1% dependent personality traits; additionally from the 100% of the studied population the 29% presented eating disorders; finally the personality traits that influenced into the development of eating disorders were: the limit personality traits with a 9%, and the obsessive-compulsive histrionic personality traits with a 8%. In view of these results the elaboration of a therapeutic plan was proposed, aimed at preventing the development of eating disorders, which objective is to prevent eating disorders through the study of its causes, and the actions that can be carried out to improve the nutrition, the body image, the self-concept and self-esteem, the assertiveness and the social skills of the teenagers.

Keywords: personality traits, eating disorders, adolescence.

c. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal (Vargas Baldares, 2013). La influencia sociocultural acerca de la “figura ideal”, donde se glorifica el ser delgado, ha llevado a la sociedad, especialmente a los adolescentes, a modificar sus hábitos de alimentación, incluyendo prácticas de control de peso no saludables, la restricción excesiva de calorías, el uso de laxantes, el provocarse el vómito; son conductas alimentarias que ponen en riesgo el estado de salud física y mental, y predisponen al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

La mayor parte de los casos de anorexia ocurren en edades comprendidas entre los 13 y los 18 años, en cambio la bulimia se observa más en adolescentes que van entrando a la adultez temprana, a partir de los 17 años y hasta los 23 años. En Ecuador se estima que de cada 5 personas tres tienen bulimia y anorexia. (Amezcuca, 2014).

Según (Gonzalez , Unikel, & Cruz, 2003) en su artículo denominado personalidad y trastornos de la conducta alimentaria, resaltan la importancia de la personalidad en el inicio y expresión sintomática de los desórdenes de la conducta alimentaria, determinando que los desórdenes más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; y los menos comunes los trastornos de la conducta alimentaria no especificados entre ellos el trastorno por atracón, la ortorexia (la obsesión por la comida sana) y la vigorexia (la obsesión por el ejercicio físico), todas estas patologías están latentes en la población adolescente y pueden repercutir con la misma intensidad en las distintas áreas personal, familiar y social.

En la anorexia el rasgo de personalidad que más predomina es el borderline o límite debido a que estos individuos tienen un autoestima relativamente bajo y gran dificultad para mantener relaciones interpersonales estables, su prevalencia varía entre un 2 y 75%; y en la bulimia

nerviosa predomina el rasgo de personalidad histriónica, la tasa de prevalencia varía entre un 25% a un 35%. El rasgo de personalidad evitativa se halla presente en un 30 a un 35% de los casos y aparece con mayor frecuencia en grupos con anorexia.

Los rasgos de personalidad representan un factor influyente en la presencia de síntomas y desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, explicado por la dificultad de regular adecuadamente los impulsos y la tendencia a la autodestrucción, que se traduce en conductas de purga frecuentes acompañadas por distorsiones en la percepción de la figura y un temor mórbido por la obesidad; situación que contribuye al mantenimiento de distorsiones cognitivas y percepción errónea de la figura.

Tomando como base lo manifestado anteriormente, se llevó a cabo la realización de esta investigación denominada “LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE 16 A 17 AÑOS DEL COLEGIO DE BACHILLERATO BEATRIZ CUEVA DE AYORA”, en donde se planteó los siguientes objetivos: determinar la influencia de los rasgos de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria; identificar los rasgos de personalidad; detectar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en los/las adolescentes.

Dentro de la revisión literaria se abordaron dos variables de estudio: personalidad, en la cual se enfatizó en definición, teorías y tipos de personalidad; como segunda variable se estudió los trastornos de la conducta alimentaria donde se afrontó la definición, teorías, clasificación y psicopatología de los mismos.

Para identificar los rasgos de personalidad se tomó como base el fundamento teórico Seelbach (2013), quien clasificó a la personalidad en tres clúster o grupos: en el grupo A, caracterizados por ser raros y excéntricos, tenemos los rasgos de personalidad paranoide,

esquizoide y esquizotípico; en el grupo B, caracterizados por ser dramáticos, emotivos o inestables, se encuentran los rasgos de personalidad límite, narcisista, histriónico y antisocial y finalmente tenemos el grupo C, caracterizados por ser ansioso y temerosos, tenemos a los rasgos de personalidad dependiente, evitativa y obsesiva compulsiva; y para identificar los trastornos de la conducta alimentaria se consideró los criterios diagnósticos del DSM-V; además de la aplicación de reactivos psicológicos tales como: Cuestionario de personalidad (IPDE-DSM-IV) y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).

La investigación fue de tipo descriptiva, de corte transversal, con un enfoque mixto cuantitativo, que manejó métodos científicos como el inductivo-deductivo, y analítico sintético; se apoyó en el uso de técnicas e instrumentos que sirvieron para la indagación del problema planteado, se contó con la participación de 211 estudiantes comprendidos entre 16 y 17 años de edad de ambos sexos con características socioculturales similares.

Frente a los resultados hallados se estableció la elaboración de un Plan Terapéutico orientado a prevenir el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, cuyo objetivo es prevenir los trastornos de la conducta alimentaria mediante el estudio de las causas y las acciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la nutrición y alimentación, la imagen corporal, el autoconcepto y autoestima, la asertividad y las habilidades sociales de los jóvenes.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. PERSONALIDAD

1.1 Definición

El concepto de personalidad es un término que deriva del griego (pròsopon) y del latín (personare-persona), que significa resonar, sonar con fuerza. Por ende, Polaino Lorente (2003), en su libro fundamentos de la personalidad cita a Allport al definirla como “la organización dinámica, interna al individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan un ajuste único a la situación”

Desde otra perspectiva se puede definir a la personalidad como “la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales”. (Seelbach Gonzales , 2013)

Entonces, podríamos definir a la personalidad como la expresión visible de los elementos comportamentales y cognitivos que un individuo desarrolla a través del tiempo, determinado por las influencias genéticas, biológicas y socio-culturales en las que se desenvuelve; éstos mismos elementos sean utilizados de manera adaptativa en su cotidianidad.

1.2 Teorías de la personalidad

Debido a la gran relevancia que se le ha otorgado al estudio de la personalidad en relación a sus conceptualizaciones, se han desarrollado diferentes teorías que intentan explicar cómo se constituye la personalidad humana. Por ende, los diferentes exponentes de las teorías que se detallaran a continuación se basan en algún modelo psicológico; por lo tanto, sus ideas acerca de la personalidad están de acuerdo con las leyes y principios generales de sus postulados. (Palacios Cruz, Gantiva, & Montaña Sinisterra, 2009)

1.2.1 Teoría psicodinámica.

En su concepción original, Freud dividió la personalidad en tres niveles: el consciente, el preconscious y el inconsciente. El consciente incluye todas aquellas sensaciones y experiencias de las cuales tenemos conciencia en un momento dado; lo consideraba que el consciente era un aspecto limitado de la personalidad porque, en un momento dado, sólo estamos conscientes de una pequeña parte de los pensamientos, las sensaciones y los recuerdos. Por otro lado, el inconsciente contiene la principal fuerza motora de todas las conductas y es el depósito de fuerzas que no podemos ver ni controlar. Mientras tanto el preconscious se encuentra entre estos dos niveles; es el almacén de los recuerdos, las percepciones y los pensamientos de los cuales no estamos conscientes en el momento, pero que podemos traer fácilmente a la conciencia. (Schultz & Schultz, 2010)

Lo que más le interesaba a Freud era la gran cantidad de pasiones y pensamientos inaceptables que creía que reprimen o bloquean forzosamente desde la conciencia porque resultaba demasiado penoso conocerlos. Freud pensaba que, si bien no se es del todo consciente de ellos, las ideas y los sentimientos conflictivos influyen poderosamente. En su opinión, los impulsos reprimidos se exteriorizan en diversas formas: en el trabajo elegido, en las creencias, hábitos diarios, en los síntomas perturbadores. Para Freud la personalidad humana, incluyendo las emociones y tensiones, surgen partir de un conflicto entre los impulsos y las restricciones, entre los impulsos biológicos agresivos y tendientes al placer y los límites sociales internalizados que se les oponen. (Myers, 2011)

1.2.2 Teoría del desarrollo Psicosocial de Erikson.

Erikson dividió el desarrollo de la personalidad en ocho etapas psicosociales. Las cuatro primeras se parecen a las de Freud: oral, anal, fálica y latencia. La principal diferencia entre los dos radica en que Erikson ponía énfasis en los correlatos psicosociales, mientras que Freud

se concentraba en los factores biológicos (Schultz & Schultz, 2010). Las mismas que se caracterizan en la búsqueda y adaptación del ser humano al ambiente, y que en cada una de ellas existen fuerzas antagónicas que se encuentran en conflicto y tienen como objetivo que el ser humano obtenga un logro al finalizar la etapa (Seelbach Gonzales , 2013).

Para Erikson, en cada una de las etapas por las que pasa la vida, el ser humano desarrolla una serie de competencias determinadas; es decir, para el crecimiento emocional de los niños, éstos deben desarrollarse en un orden determinado, siendo fundamental la socialización de los niños para que estos puedan desarrollar su propia identidad personal de una manera sana (Feldman, 2006).

Si en esa etapa de la vida la persona ha adquirido la competencia que corresponde, esa persona sentirá una sensación de dominio que denominó como *fuera del ego*. Entonces, la persona que ha adquirido la competencia, saldrá con una sensación de suficiencia que le ayudará a resolver los retos que tendrá que superar en la siguiente etapa de su vida (Schultz & Schultz, 2010).

Los 8 estadios Psicosociales son:

1. Confianza Vs. Desconfianza
2. Autonomía Vs. Vergüenza Y Duda
3. Iniciativa Vs. Culpa
4. Laboriosidad Vs. Inferioridad
5. Búsqueda De Identidad Vs. Difusión De Identidad
6. Intimidad Vs. Aislamiento
7. Generatividad Vs. Estancamiento
8. Integridad Del Yo Vs. Desesperación

1.2.3 Teoría de los rasgos.

Los rasgos son formas de comportamiento observables de la personalidad, y son lo suficientemente característico, distintivo y que permanecen más o menos estables aun cuando el individuo se enfrenta a diversas situaciones. Un rasgo de personalidad queda definido por la constancia o repetición y por la estabilidad de las formas de comportamiento de un individuo. (Manya Azpilicueta, 2005).

1.2.3.1 Teoría de los Rasgos de Gordon Allport.

Allport define a los rasgos como “un sistema neuropsicológico generalizado, dotado de la capacidad de producir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas coherentes de comportamiento adaptativo y expresivo.” Y además los diferencia en rasgos cardinales, los rasgos centrales y las disposiciones secundarias, como rasgos en distintos niveles de significancia y generalidad (Cabanyes, 2003)

Los rasgos cardinales reflejan una disposición marcadamente destacada y generalizada en la vida de una persona, hasta el punto que esté presente en prácticamente todos los actos del sujeto. Esto implica un alto grado de organización e integración de la conducta que pone claramente de manifiesto la presencia de ese rasgo.

Los rasgos centrales son más limitados en el rango de situaciones que cubren pero no tienen un carácter nuclear en los comportamientos del individuo.

Y los rasgos secundarios representan disposiciones del individuo menos marcadas y más limitadas.

1.2.3.1 Teoría de los Rasgos de Cattell.

Para Cattell, rasgo es “una predisposición, patrón o regularidad de determinadas formas de conducta”. (Manya Azpilicueta, 2005).

Además, establece al rasgo como el elemento estructural básico de la personalidad, que implica tendencias reactivas generales y hace referencia a características relativamente permanentes y lo clasifica en tres grandes conjuntos de rasgos. (Del pozo, 2013)

En función de su contenido:

Rasgos aptitudinales son los relativos al patrón de recursos que dispone el sujeto para hacer frente a una situación y para solucionar los problemas que dicha situación le plantea. En definitiva, estos rasgos explican las diferencias individuales en cuanto a la adaptación de los medios a los fines.

Rasgos temperamentales son los que hacen referencia al estilo y modo particular de comportarse cada persona y dan información acerca de la rapidez, energía, y cualidad emotiva de las acciones.

Rasgos dinámicos hacen referencia a la motivación de la conducta e intentan explicar porque el individuo reacciona de una forma determinada. Es decir, tratan de estudiar el elemento que dirige la conducta hacia metas específicas, en función de los deseos y necesidades de la persona.

En función del grado de la comunalidad:

Rasgos comunes tienen en cuenta el grado en que cada uno de ellos se puede aplicar a la mayoría de la población.

Rasgos únicos solo pueden predicarse de un individuo determinado.

En función de su origen:

Rasgos constitucionales se asocian a condiciones existentes en el organismo.

Rasgos ambientales son aquellos que suelen estar más asociados a condiciones externas.

En función de su significación

Rasgos superficiales son aquellos que hacen referencia a la presencia de conductas que suelen aparecer juntas en diversas ocasiones, aunque no siempre covaríen.

Rasgos causales están definidos por los focos de covariación existentes entre las conductas constitutivas del rasgo superficial.

1.2.3.2 Teoría de los Rasgos de Eysenck.

Eysenck, en sus primeras investigaciones encontró dos dimensiones básicas a las que denominó Introversión- Extroversión y Neuroticismo, posteriormente añadió una tercera dimensión a la que llamó Psicoticismo (Schultz & Schultz, 2010).

Extroversión presenta un nivel base de activación cortical inferioro a los introvertidfo. Por lo mismo necesitan y buscan activamente la emoción y la estimulación.

Neuroticismo se hereda en gran medida, o sea, que es producto de la genética más que del aprendizaje o la experiencia. Se manifiesta en características biológicas y conductuales diferentes de las que muestran las personas que se encuentran en el extremo de la estabilidad emocional de esta dimensión.

En el psicoticismo las personas son agresivas, antisociales, inflexibles, frías y egocéntricas. Asimismo, se ha comprobado que son crueles, hostiles e insensibles a las necesidades y sentimientos de otros.

1.3 Tipos de personalidad

La personalidad es un factor determinante para el ser humano y su desarrollo, todas las características que lo conforman, desde las conductas y comportamientos, hasta los pensamientos y las emociones, individualizan a un ser humano y lo vuelven único. Por ende (Seelbach Gonzales , 2013), clasifica al ser humano en tres bloques, tipos o clúster de personalidad

1.3.1 Grupo A.

Este tipo de personalidades tienen un carácter excéntrico o extraño, es decir, son personas que se aíslan de su medio, prefieren la soledad; también poseen ideas, creencias y comportamientos extraños al común de la sociedad y emocionalmente son menos expresivos

1.3.1.1 Personalidad paranoide.

Caracterizada por ser personas son frías y distantes, con dificultad para generar vínculos con otras personas; tiene a desconfiar a menudo de su entorno, por lo tanto vigilan de manera constante las conductas de otros y desconfían de sus intenciones; utilizan el mecanismo de defensa de proyección sobre otros, es decir, adjudican sus defectos, incapacidades, inseguridades y miedos a los demás, haciéndoles creer que ellos, tienen la culpa o responsabilidad y no la persona misma.

1.3.1.2 Personalidad esquizoide.

Caracterizada por la timidez, el distanciamiento, la frialdad, y sobre todo la introversión; son personas que evitan tener algún tipo de contacto social, con vínculos interpersonales débiles e inestables, prefieren vivir en un mundo interno que involucrarse en la vida social.

1.3.1.3 Personalidad esquizotípica.

Comparte las mismas características que las dos anteriores; siendo personas frías, distantes y aisladas que prefieren tener poco vínculo con las personas, la diferencia es que poseen ideas o creencias muy particulares, ideas extrañas, fantasiosas o supersticiosas

1.3.2 Grupo B.

Son personalidades que se distinguen por ser erráticas, dramáticas y en ocasiones con comportamientos explosivos.

1.3.2.1 *Personalidad límite.*

Denominada también como personalidad borderline, se caracteriza por la inestabilidad emocional, por un comportamiento errático, explosivo y dramático, para este tipo de individuos no existen los “términos medios”, es decir, los quieren o no los quieren, están con ellos o los abandonan, confían o desconfían, lo cual influye sus relaciones interpersonales siendo estas inestables, erráticas o esporádicas; también poseen conductas extremas, como conducir a gran velocidad, se provocan daño a sí mismos. Este tipo de personalidad se encuentra en el límite de lo “normal” y la “locura”, pueden pasar de un extremo a otro indiscriminadamente y de manera intempestiva.

1.3.2.2 *Personalidad narcisista.*

Su característica principal es una idea exagerada de sí mismas, sentimientos de grandeza que sobrepasan lo común. El narcisismo es un tipo de personalidad que poseen los individuos cuando sobrevaloran capacidades o actitudes individuales, y que menosprecian a otros por percibirlos como inferiores; a nivel relacional, se vinculan con individuos que perciben como inferiores, para que otros los perciban como superiores, o se vinculan con personas que, según su percepción, son superiores y exitosos para sentirse de manera similar. No obstante, son personas sensibles a la crítica, a los juicios de valor y al fracaso.

1.3.2.3 *Personalidad histriónica.*

Personalidad histriónica: cuyos individuos son expresivos, locuaces, excéntricos y extrovertidos, les agrada ser el centro de atención. Este tipo de personas son exageradas en sus actitudes hacia los demás, utilizan su cuerpo y sus gestos de manera común para expresar su sentir. Son personas que tienen gran interés por su imagen y se preocupan por su aspecto.

1.3.2.4 *Personalidad antisocial.*

Personalidad antisocial: cuyos individuos evitan el contacto social, y no tienen ningún interés particular en relacionarse con otras personas; desvalorizan a los demás y tiene poco o ningún respeto por las normas sociales. Pueden lastimar física o emocionalmente a otras personas, o infringir las leyes o normas, porque carecen de culpa, es decir, no les importa las consecuencias de sus actos.

1.3.3 Grupo C.

Grupo C. Son personalidades que se rigen por la ansiedad y la inhibición; tienden a preocuparse por sus acciones y por lo que les pueda ocurrir en todo momento, son personas que tienen miedo constante por las consecuencias de sus actos.

1.3.3.1 *Personalidad dependiente.*

Caracterizada por la necesidad de aprobación o de la compañía de otras personas para poder realizar alguna acción, es decir, depende de otra persona, sienten que sin alguien más su vida se encuentra vacía; a su vez buscan que otros dependan de ellos, porque son individuos que creen sentirse incapaces de cuidarse y tienen poca confianza en sí mismos y en las actividades que desempeñan.

1.3.3.2 *Personalidad evitativa.*

Caracterizada por la sensibilidad a las críticas y al rechazo de los demás, esto provoca que eviten situaciones, lugares y personas que puedan provocarles esta sensación de rechazo.

1.3.3.3 *Personalidad obsesiva compulsiva.*

Su característica principal es la perfección de las actividades que realizan. Las personas con este tipo de personalidad son rígidas respecto a los cambios en sus rutinas y hábitos de vida. Son intolerantes al cambio o a perder el control sobre su vida, ante cualquier cambio de rutina experimentan gran ansiedad.

Es importante reconocer que estas clasificaciones son tipos de personalidad, no son trastornos, la diferencia es que todas las personas pertenecen o se caracterizan por tener algún tipo de personalidad, incluso les puede servir en las actividades que desempeñan; en cambio, un trastorno se origina cuando interfiere con el ritmo o estilo de vida de un individuo (Seelbach Gonzales , 2013).

2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1 Definición

Según el DSM-5, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los TCA son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los principales representantes de este grupo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón. (Vargas Baldares, 2013)

A la anorexia nerviosa (Vallejo Ruiloba, 2003), la concibe como “una enfermedad etiopatogénica, cuya sintomatología inicial está centrada en el deseo irrefrenable de delgadez y la consistente resistencia a comer o a retener lo ingerido”.

La presencia de episodios recurrentes de atracones en los que se ingieren grandes cantidades de alimentos durante un periodo corto de tiempo, son una característica principal de la bulimia nerviosa (Ortigosa, Quiles, & Mendez, 2003).

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) son habitualmente cuadros incompletos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, tanto porque se encuentran en su inicio o porque están en proceso de recuperación. Por lo tanto, encontramos síntomas similares de estas dos identidades clínicas, pero sin llegar a configurar un cuadro completo, no por ello menos grave (Mendez, Vasquez, & Gracia, 2008).

Partiendo de lo que se ha mencionado con anterioridad se podría definir a los trastornos de la conducta alimentaria como enfermedades graves en la ingesta de los alimentos, con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida; observadas principalmente en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo.

2.2 Teorías de los trastornos de la conducta alimentaria

2.2.1 Teorías psicológicas.

La Teoría Freudiana concibe a la anorexia nerviosa como el temor a la impregnación oral y un rechazo a la sexualidad. La escuela psicosomática la relaciona con el instinto de muerte donde el no comer sería un verdadero suicidio inconsciente (Behar & Figueroa, 2004). Por otro lado, Freud también la considero como una neurosis asociada a la melancolía e histeria, mientras que otros representantes de psicoanálisis como una reacción psicofisiológica (Murcia, Manual de Psicología. Trastornos de la conducta alimentaria , 2003).

Bruch hace hincapié en el desarrollo de un *self* superficial y falso. Como consecuencia de un vínculo relacional y conducta inadecuada por parte de la madre, la niña no aprende a responder adecuadamente a sus propios estímulos internos. Las pacientes anoréxicas generalmente pierden el sentido de autonomía y la autoconfianza, y tienden a reaccionar desmesuradamente a las separaciones. El auto-adelgazamiento llevado a cabo mediante una severa disciplina, puede representar un intento por obtener validez como persona única y especial (Behar & Figueroa, 2004).

El comportamiento bulímico en el modelo psicoanalítico es considerado como una contra parte de la anorexia nerviosa, en el cual la fantasía de embarazo se expresa a través del vomito. El rol de la conducta bulímica es disminuir la tensión reguladora del self y proporcionar intensa

estimulación, necesaria para disminuir la angustia y el vacío de trasfondo, consecutivas a una falla en la relación madre-hija en la etapa de individualización, que ocasiona en la persona la necesidad constante de establecer los límites de su Yo. Las pacientes bulímicas carecen del control del superyó y su descontrol impulsivo se manifiesta, además, a través del abuso y dependencia de drogas, relaciones sexuales autodestructivas y cleptomanía (Behar & Figueroa, 2004)

En el modelo del psicoanálisis los factores familiares son determinantes en el desarrollo de los TCA. La relación familiar, especialmente la de madre e hija, desarrolla una relación proteccionista, con consecuencias comportamentales complejas en la hija, de actitudes vinculantes con y el alimento (Montada, 2008).

2.2.2 Teorías socioculturales.

Se basan en la posible relación existente entre la anorexia nerviosa que emerge, por una parte, como una respuesta a la sobrevaloración que ha otorgado la sociedad contemporánea occidental a la delgadez, lo que representa una fuerte presión, particularmente a las mujeres jóvenes y en menor instancia a los varones jóvenes que intentan pertinazmente alcanzar este ideal esbelto cultural que se análoga positivamente con el éxito, inteligencia, belleza y atractivo sexual. Por otro lado, la inundación de alimentos cada vez más sofisticados en sabor y textura, contrapuesto al surgimiento de diversos sistemas tanto físicos como dietéticos para conservar la silueta, los cuales son mensajes socioculturales contrapuestos que influyen a la sociedad actual (Behar & Figueroa, 2004).

El logro por la delgadez ha sido altamente valorado, como se ha descrito previamente, sobre todo por el medio ambiente cultural occidental, que impulsa a la población joven a competir y demostrar que poseen el control. Al contrario, la ausencia de este control en la bulimia nerviosa,

implicaría discriminación social, aislamiento y detrimento en la autoestima (Behar & Figueroa, 2004).

2.2.3 Teorías biológicas.

Se han identificada una serie de manifestaciones neuroendocrinas en pacientes anoréxicas, provocando alteraciones a nivel de eje hipotálamo-hipofisario, de los órganos endocrinos, del sueño, inmunológicas, electroencefalografías y genéticas. Y en pacientes bulímicas existen anormalidades neurobioquímicas lo cual repercute a nivel serotoninérgico (Behar & Figueroa, 2004).

2.3 Clasificación según el DSM-V

2.3.1 Pica.

Criterios diagnósticos

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional

2.3.2 Trastorno de Rumiación.

Criterios diagnósticos

- A.** Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B.** La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C.** El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- D.** Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neuro-desarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional

2.3.3 Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos.

Criterios diagnósticos

- A.** Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej. falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 - 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 - 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o n], se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria; excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

2.3.4 Anorexia Nerviosa.

Criterios diagnósticos

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud- física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/c el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

2.3.5 Bulimia Nerviosa.

Criterios diagnósticos

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

2.3.6 Trastorno de atracones.

Criterios diagnósticos

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

2.3.7 Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

- Anorexia nerviosa atípica. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
- Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los

comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

- Trastorno por purgas. Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
- Síndrome de ingesta nocturna de alimentos. Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación

2.3.8 Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de

alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.4 Psicopatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria

Existen trastornos que preceden, coocurren, persisten, o incluso se desarrollan después del tratamiento de las patologías alimentarias, lo que les otorga una importancia de utilidad clínica y de aplicación terapéutica (Behar & Figueroa, 2004), entre las más principales encontramos:

2.4.1 Abuso/dependencia de sustancias.

Es común entre los pacientes con trastornos alimentarios el abuso y dependencia de sustancias ilegales, especialmente en la bulimia nerviosa y cuadros afines. Al principio, se da el uso de estimulantes (anfetaminas y cocaína) con la finalidad de reducir el apetito, después se vincula a los cuadros de bulimia nerviosa asociada a la impulsividad. Hasta el 40% de las personas diagnosticadas reconocen que abusan o dependen de alcohol o sustancias ilegales (Arrufat & et al., 2009). El abuso de alcohol oscila entre 31% a 42%, el abuso de sustancias parece ser menos común entre pacientes anorecticas restrictivas que aquellas que presentan comilonas y purgas. Los pacientes anorecticos tienen 6 veces más probabilidades de tener un pariente de primer o segundo grado alcohólico. (Behar & Figueroa, 2004)

2.4.2 Trastornos afectivos.

La depresión está también íntimamente relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria. Es difícil plantear la existencia de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa sin asociar un cuadro de depresión (Arrufat & et al., 2009). Por ende, la incidencia de cualquier de los trastornos afectivos en pacientes anorecticas fluctúa entre 52% y 98%. La comorbilidad para trastorno depresivo mayor oscila entre 35% y 81% y entre 9,7% hasta 56% para trastorno

bipolar II. Los familiares de primer grado de sujetos anorecticos deprimidos, presentan riesgo aumentado de desarrollar un trastorno afectivo (Behar & Figueroa, 2004).

En relación a la bulimia los trastornos afectivos constituyen la alteración psicopatológica más inespecífica, estudios han demostrado que el diagnostico de presión mayor es de gran relevancia, con tasas relativamente bajas encontramos a la distimia y en cifras muy bajas al trastorno bipolar (Vallejo Ruiloba , 2003).

2.4.3 Trastornos de ansiedad.

La ansiedad está tan presente en los trastornos de la conducta alimentaria que es difícil discernir si forma parte de la clínica específica de estos trastornos o si es una patología comórbida, son comunes los cuadros fóbicos específicos (fobia a ciertos alimentos, fobia social, etc.) y otros como la claustrofobia o las fobias simples no relacionadas (Arrufat & et al., 2009). En la anorexia nerviosa se ha constatado una incidencia de vida del 65% para cualquier trastorno de ansiedad, siendo los más relevantes la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo. La prevalencia de la fobia simple y social oscila entre 48% y 51% (Behar & Figueroa, 2004).

Alrededor del 36% a 58% de pacientes bulímicas presentan un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Varios estudios han demostrado altas tasas fobia social, trastorno obsesivo seguido y en menor grado el trastorno de pánico, fobias simples y agorafobia (Vallejo Ruiloba , 2003).

2.4.4 Rasgos y trastornos de personalidad.

Los rasgos y los trastornos de personalidad poseen un rol en la patología, tratamiento y pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria. Los individuos con anorexia nerviosa tienen a presentar cifras más altas de trastornos o rasgos de personalidad del clúster C (dependiente, evitación, obsesivo-compulsivo), ciertos aspectos de la personalidad pueden

cambiar o exacerbar el estado anoréctico, la comorbilidad varía entre el 20% a 80%, teniendo una mayor prevalencia de los rasgos o trastornos obsesivos-compulsivo y evitación (Behar & Figueroa, 2004).

En los individuos bulímicos se relacionan estrechamente con trastornos o rasgos de personalidad límite, histriónico, evitativa y dependiente. Existiendo una alta tasa de comorbilidad de 30% a 47%, la presencia de un trastorno o rasgo borderline o límite se asocia a una mayor alteración de las conductas alimentaria por la presencia de otros problemas como intentos suicidas u automutilación, respuesta pobre al tratamiento (Vallejo Ruiloba, 2003).

2.4.5 Trastornos del control de los impulsos.

Algunas de las conductas perturbadas de los trastornos de la conducta alimentaria suponen una pérdida del autocontrol (Arrufat & et al., 2009). Numerosos estudios han informado de altas cifras de cleptomanía entre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria lo cual varía entre un 65% a 67%. Se ha determinado que con las historias de robos se despliegan las comilonas, conductas purgativas y ejercicios, lo que contribuye a la severidad del desorden. (Behar & Figueroa, 2004)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo descriptiva, de corte transversal, con un enfoque mixto cuantitativo, que manejó métodos científicos como el inductivo-deductivo, y analítico sintético; y se apoyó en el uso de técnicas e instrumentos que sirvieron para la indagación del problema planteado.

MÉTODOS

Método Inductivo-Deductivo: Mediante este método y como lo refiere su nomenclatura se pudo inducir y deducir la investigación, partiendo de lo general a lo particular en el diseño y en cada una de las etapas planteadas para la consecución de los objetivos

Método Analítico-Sintético: Ambos son correlativos, es decir, uno presupone al otro. El análisis por su lado, permitió llegar a conocer las partes básicas del objeto y lo que compone su realidad. La síntesis consistió en la unión de dichas partes, pero como una totalidad que considera todas las relaciones implícitas entre esas partes.

POBLACIÓN

Área de estudio

El trabajo investigativo se realizó en el Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora” de la ciudad de Loja.

Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por 305 estudiantes correspondiente al segundo año de bachillerato, después de haber considerado los criterios de inclusión, exclusión y salida, se determinó que la muestra era no pobralística quedando en un total de 211 estudiantes

distribuidos en 12 paralelos: A1: 24 estudiantes, A2: 17 estudiantes, A3: 18 estudiantes, A4: 19 estudiantes, A5: 17 estudiantes, A6: 19 estudiantes, A7: 23 estudiantes, A8: 11 estudiantes, A9: 16 estudiantes A10: 23 estudiantes, A11: 6 estudiantes, A12: 18 estudiantes.

Criterios de inclusión

- Conformado por estudiantes que asisten de manera regular a clases y que se encuentran dentro de las edades establecidas.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron a los estudiantes cuyos docentes no permitieron o interrumpieron la aplicación de los reactivos.

Criterios de salida

- Conformado por los estudiantes que no entregaron el consentimiento informado firmado
- Estudiantes que no llenaron correctamente los reactivos aplicados

INSTRUMENTOS

Los test utilizados en la investigación fueron:

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria - EDI 2

Su autor es David M. Garner, Ph. D. (1998). Es un cuestionario que nos ayuda a evaluar aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; se lo puede aplicar desde los 11 años en adelante.

Ofrece puntuaciones en 11 subescalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria: tres que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal); cinco más generales referidas a constructor organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez); y tres adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social). Está dirigido especialmente a adolescentes y mujeres, aunque también se ha aplicado a hombres y ancianos.

Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre:

0 = Nunca

1 = Pocas veces

2 = A veces

3 = A menudo

4= Casi siempre

5= Siempre

Su calificación se la puede realizar de dos maneras:

Globalmente: La puntuación total se la obtiene sumando las puntuaciones parciales de cada subescala cuyo valor total es de 273, donde su punto de corte es de 80.

Individualmente: Las puntuaciones directas de las subescalas del EDI-2 se representan en el gráfico de perfil donde se reflejan los baremos obtenidos a partir de pacientes con trastornos

de la conducta alimentaria y de la muestra de tipificación de la población normal. En la hoja de perfil aparecen representadas gráficamente las medianas (centiles 50) correspondientes las muestras normativas clínica y normal (Garner, 1998).

Cuestionario de evaluación IPDE - DSM-IV

Es un breve cuestionario de autoinforme designado específicamente para evaluar los trastornos de la personalidad, consta de 77 ítems, que evalúan 10 escalas de personalidad validadas empíricamente: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónica, Antisocial, Límite, Obsesiva-Compulsiva, Dependiente, Evitativa; las preguntas tienen una secuencia natural, cómoda para el clínico. Están ordenadas bajo seis encabezamientos: Trabajo, Yo, Relaciones interpersonales, Afectos, Prueba de realidad y Control de impulsos.

Este cuestionario no se ha diseñado para sujetos menores de 18 años, aunque, con ligeras modificaciones, algunos investigadores han demostrado su utilidad en jóvenes a partir de 15 años. A pesar de que fue desarrollado para medir la personalidad patológica, algunas investigaciones han demostrado su utilizada para medir personalidad (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Para su calificación e interpretación, se pone un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es verdadero, poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es falsa.

En la tabla de resumen de la puntuación se marca el número del ítem cumplido, después se cuenta los ítems cumplidos en cada escala, en donde una puntuación de 2 es la mínima y 6 la máxima.

PROCEDIMIENTO

En primera instancia fue necesario dialogar con las autoridades del plantel, especialmente con la Rectora y la Psicóloga Clínica para determinar la factibilidad de la investigación y de solicitar el respectivo permiso para el desarrollo del proyecto de tesis, tomando como muestra el bachillerato.

Tras haber obtenido el permiso correspondiente, se procedió a la ejecución de la investigación durante dos semanas de trabajo de campo. En la primera semana, se entregó el consentimiento informado y días posteriores se aplicó el Cuestionario de personalidad IPDE-DSM-IV a los adolescentes para identificar sus rasgos de personalidad. En la segunda semana, se evaluó los patrones de conducta alimentaria mediante el Test de EDI-2.

Tras la obtención de los resultados se procedió a la tabulación de los mismos, en donde se usó tablas de frecuencia y análisis porcentual en hojas de cálculo del programa Excel 2013, una vez finalizada la tabulación, se procedió a realizar el análisis e interpretación de resultados basándose en los objetivos planteados en la investigación.

Para finalizar con los objetivos de la investigación se elaboró un Plan Terapéutico orientado a prevenir el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, cuyo objetivo es prevenir los trastornos de la conducta alimentación mediante el estudio de las causas y las acciones que se pueden llevar a cabo para la mejora de la nutrición y alimentación, la imagen corporal, el autoconcepto y autoestima, la asertividad y las habilidades sociales de los jóvenes

f. RESULTADOS

Primer objetivo: Identificar los rasgos de personalidad de las/los adolescentes de bachillerato de 16 a 17 años.

Tabla 1

Rasgos de Personalidad IPDE-DSM IV

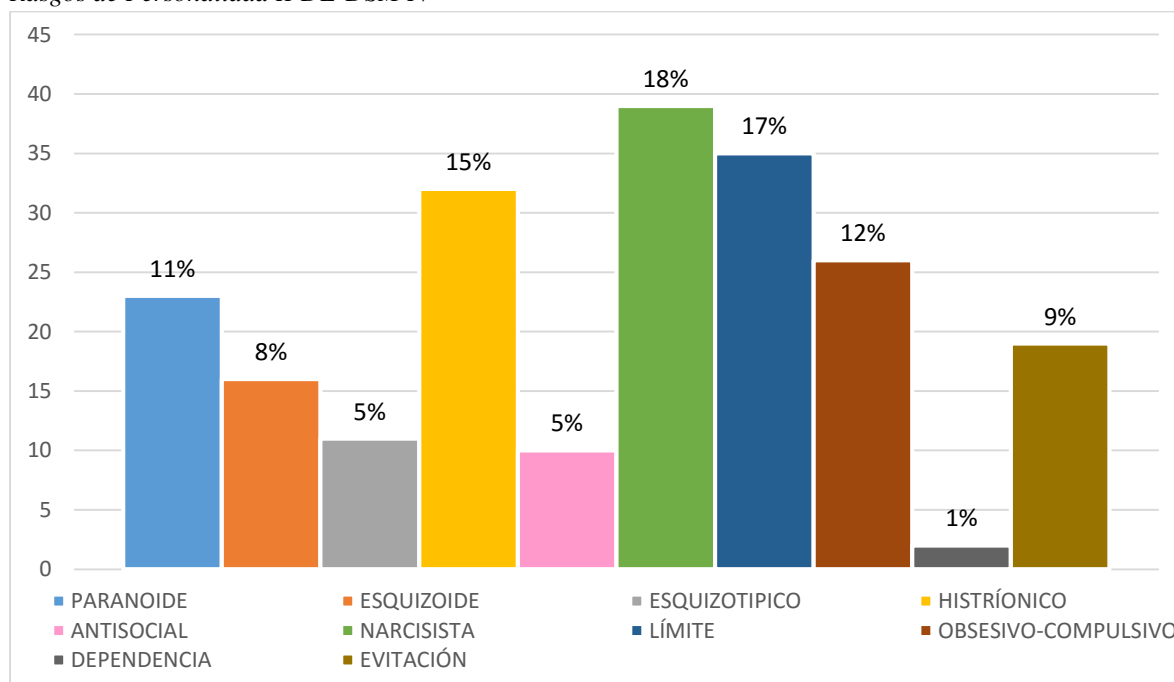
Rasgos de personalidad	F	%
Paranoide	23	11%
Esquizoide	16	8%
Esquizotípico	10	5%
Histriónico	32	15%
Antisocial	10	5%
Narcisista	39	18%
Límite	36	17%
Obsesivo-Compulsivo	22	11%
Dependencia	3	1%
Evitación	20	9%
Total	211	100%

Fuente: Cuestionario de personalidad IPDE-DSM-IV

Elaborado por: Gianella Marisol Rivas Rodríguez

Gráfico 1

Rasgos de Personalidad IPDE-DSM IV



Análisis e Interpretación:

Luego de la aplicación del cuestionario de personalidad IPDE-DSM IV, se pudo determinar, que los rasgos de personalidad más marcados en la población evaluada fueron, en primer lugar, los rasgos de personalidad narcisista con un 18% presente en 39 adolescentes; en segundo lugar se encontró los rasgos de personalidad límite, con una frecuencia de 36 adolescentes evaluados, equivalente al 17%; y finalmente la menor incidencia en la población de estudio, con una frecuencia de 3 adolescentes, equivalente al 1%, fue de los rasgos de personalidad dependiente.

Segundo objetivo: Detectar la frecuencia de los trastornos de conducta alimentaria en los/las adolescentes de bachillerato de 16 a 17 años

Tabla 2

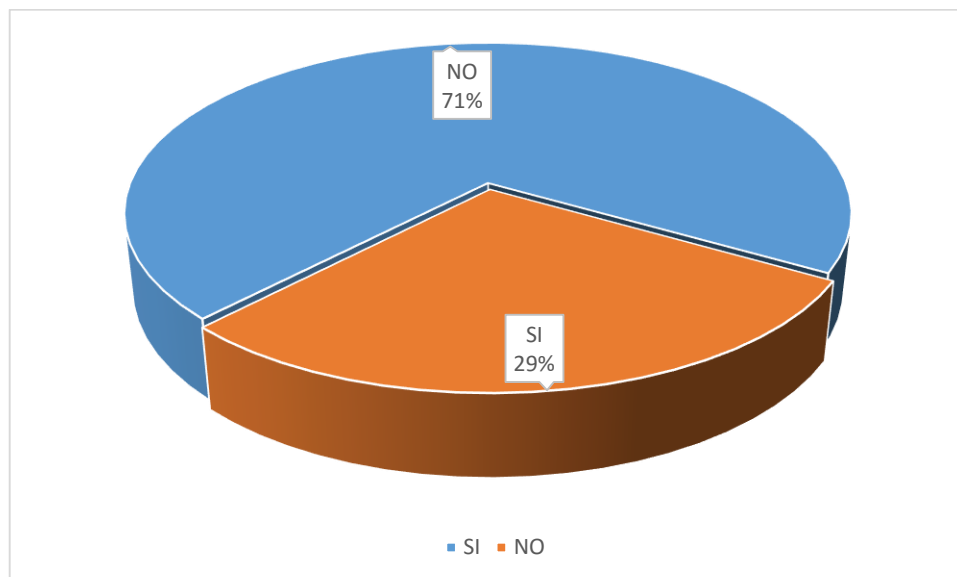
Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria

	F	%
No	150	71%
Si	61	29%
Total	211	100%

Fuente: Test EDI-2

Elaborado por: Gianella Marisol Rivas Rodríguez

Gráfico 2

Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria

Análisis e interpretación

Los resultados logrados tras la aplicación del Test EDI-2, indican que el 71% de la población, es decir 150 adolescentes, no manifestaron trastornos de la conducta alimentaria en las subescalas evaluadas; sin embargo, el 29% restante, equivalente a 61 estudiantes manifestaron sintomatología patológica al menos en tres de las once subescalas valoradas.

Frecuencia de alteración individual en las subescalas del EDI-2

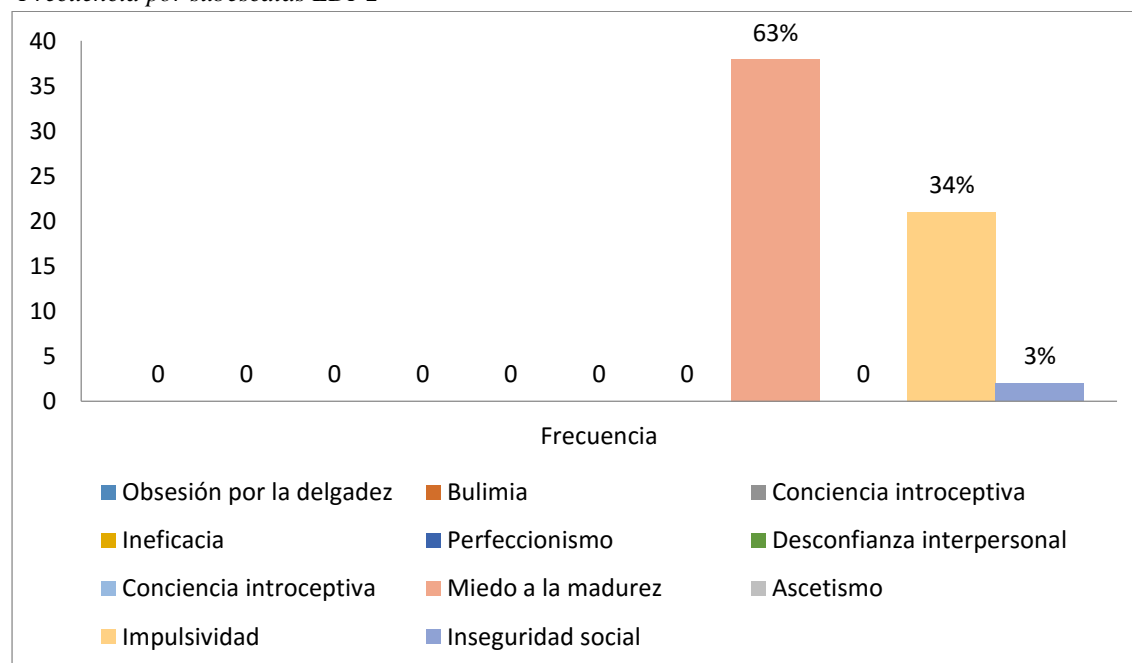
Tabla 3
Frecuencia por subescalas EDI-2

SUBESCALAS	F	%
Obsesión por la delgadez	-	-
Bulimia	-	-
Insatisfacción corporal	-	-
Ineficacia	-	-
Perfeccionismo	-	-
Desconfianza interpersonal	-	-
Conciencia interoceptiva	-	-
Miedo a la madurez	38	63%
Ascetismo	-	-
Impulsividad	21	34%
Inseguridad social	2	3%
Total	61	100%

Fuente: Test EDI-2

Elaborado por: Gianella Marisol Rivas Rodríguez

Gráfico 3
Frecuencia por subescalas EDI-2



Análisis e interpretación

Considerando las 11 escalas que evalúa el Test EDI-2, se determinó que las subescalas con mayor índice de patología fueron: miedo a la madurez con un 63% es decir 38 casos identificados; en segundo lugar estuvo la subescala impulsividad, con 21 adolescentes, es decir el 34%, en este caso los estudiantes; y finalmente, con 2 casos, que representaron el 3% de los casos.

Tercer objetivo: Establecer cómo influyen los rasgos de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria

Tabla 4

Influencia de los rasgos de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria

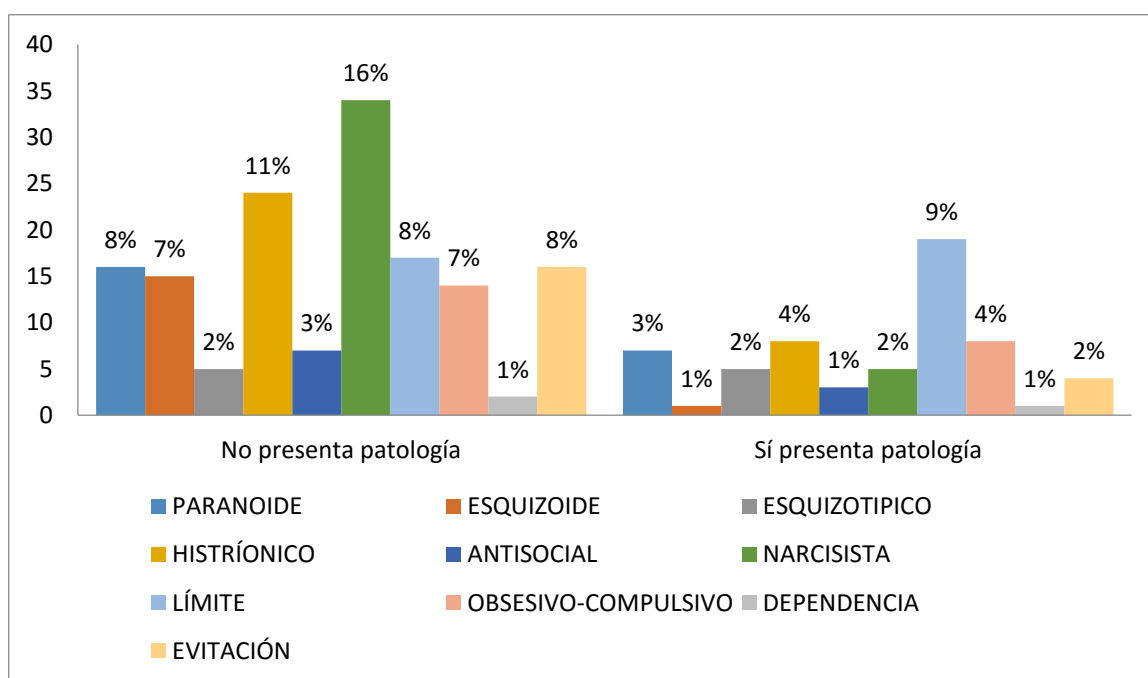
Rasgos de personalidad	No presentan patología		Sí presentan patología	
	F	%	F	%
Paranoide	16	8%	7	3%
Esquizoide	15	7%	1	1%
Esquizotípico	5	2%	5	2%
Histriónico	24	11%	8	4%
Antisocial	7	3%	3	1%
Narcisista	34	16%	5	2%
Límite	17	8%	19	9%
Obsesivo-compulsivo	14	7%	8	4%
Dependencia	2	1%	1	1%
Evitación	16	8%	4	2%
Total	150	71%	61	29%

Fuente: Cuestionario de personalidad IPDE-DSM-IV y Test EDI-2

Elaborado por: Gianella Marisol Rivas Rodríguez

Gráfico 4

Influencia de los rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria



Análisis e interpretación

Una vez obtenidos los resultados de los reactivos aplicados, se procedió a relacionar los mismos, cuyo resultado indicó que en la población que no presentó patología, los rasgos de personalidad más frecuentes fueron el rasgo narcisista, con 34 adolescentes, es decir el 16% del total; seguido por el rasgo histriónico con 24 estudiantes, que representaron el 11% de la población total; por otro lado en el grupo que sí presentó patología, se observó una relación directa con el rasgo límite con el 9%, es decir 19 adolescentes, explicado por la dificultad de regular adecuadamente los impulsos y la tendencia a la autodestrucción, que se traduce en conductas de purga frecuentes acompañados por distorsiones en la percepción de la figura y un temor mórbido por la obesidad; en segundo lugar el rasgo histriónico y el rasgo de personalidad obsesiva-compulsiva con 8 estudiantes, que representó el 4% de la población total, en donde la necesidad de ser el centro de atención y perfeccionismo de su silueta, refuerza una búsqueda intensa por la delgadez recurriendo a dietas extremas o purgas.

g. DISCUSIÓN

En los últimos tiempos la adolescencia se ha visto marcada por la influencia sociocultural de buscar una figura ideal, glorificando la delgadez, por ello consecuentemente se observa en mujeres y hombres hábitos inadecuados de alimentación, desencadenando en trastorno de conducta alimentaria, cuya aparición de síntomas varía en intensidad y frecuencia considerando los respectivos factores protectores y factores de riesgo, destacando en sí los rasgos de personalidad, bajo esta premisa, es significativo los resultados encontrados en el desarrollo de esta investigación, los mismos que describen en la población general la presencia significativa de ideas sobrevaloradas de sí mismos, de igual forma exageran sus capacidades a la vez que menosprecian las de los demás; además la población no patológica de esta investigación se identifica por tener un gran interés por su imagen y aspecto, regidos por la sociabilidad y por el constante interés de ser el centro de atención. Por ende, aparte de los rasgos narcisistas de esta población, nos encontramos con las manifestaciones que rigen a la población patológica, en donde, su principal dificultad es el manejo adecuado de los impulsos experimentados, que sumado a la preocupación por una figura ideal, contribuye a la adquisición de hábitos de alimentación inadecuados precipitantes para la aparición de un trastorno de conducta alimentaria.

En relación a los rasgos de personalidad dominantes en los adolescentes se enfatizará en la investigación de Bolaños & Molina (2014) quienes tomaron como muestra a 332 estudiantes tanto hombres como mujeres de octavo, noveno y décimo año de educación básica, utilizando como reactivo psicológico el cuestionario de personalidad de la SEAPSI, cuyos resultados determinan que los rasgos de personalidad predominantes son los rasgos paranoide con un 27,3%; seguidos de cerca por los rasgos ciclotímicos con un 26,7%; posteriormente con un 13,4% los rasgos anancásticos y finalmente los rasgos histriónicos con un 7,8%. El resto de

personalidades establecen un porcentaje menor al 10%. Por lo contrario en esta investigación los rasgos más significativos fueron , en primer lugar con 39 adolescentes, es decir el 18% los rasgos narcisistas, en segundo lugar se encontró los rasgos límites con un 17%, es decir 36 adolescentes evaluados, seguidamente se halló los rasgos de personalidad histriónicos con un 15% con una frecuencia de 32 estudiantes, y finalmente, con menor incidencia los rasgos de personalidad dependiente con el 1%, es decir 3 adolescentes, cuya característica esencial es la necesidad de aprobación o de compañía de otras personas, poseer bienes materiales, consumir sustancias o buscar determinadas situaciones para sentirse cómodas o seguras.

Para la correlación de los rasgos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria analizaremos los siguientes estudios.

Murcia & Cols. (2001), quienes se basaron en un diseño descriptivo, comparativo y transversal, en el que participaron 20 adolescentes, que fueron diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria, tomado como referencia los criterios diagnósticos DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4º Ed.), de las cuales 11 eran pacientes con anorexia nerviosa tipo restrictivo (con media de edad de 16-20 años) y 9 eran pacientes con bulimia nerviosa tipo purgativa (con media de edad de 15-22 años). Los resultados obtenidos fueron los siguientes, en grupo de anorexia nerviosa restrictiva los rasgos de personalidad del clúster A y C, son los que más denotaron con un 54% específicamente los rasgos esquizoides y evitativos, por otro lado en el grupo de bulimia nerviosa purgativa los rasgos predominantes con un 22.20% fueron los rasgos del clúster B, específicamente los rasgos histriónicos. Dichos resultados contradicen esta investigación, en donde el clúster predominante fue el B: específicamente el rasgo de personalidad límite con un 9% y el rasgo de personalidad histriónica con un 4%, de manera poco significativa tuvimos el clúster C en donde el rasgo de personalidad obsesiva-compulsiva representó un 4%.

Por otro lado tenemos a la investigación realizada por González & Cols. (2003), cuyo objetivo fue describir las características de la personalidad que pudieran condicionar la conducta alimentaria, determinó que la prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes bulímicas fluctúa entre 21 y 77%, siendo el límite y el histriónico los más comunes, además de poner de manifiesto la contundente relación entre la bulimia nerviosa y el trastorno de personalidad límite. Este ha mostrado ser más frecuente entre las pacientes bulímicas, así como en las pacientes con anorexia nerviosa con clínica mixta. Estos resultados respaldan los encontrados en esta investigación, destacando la permanente relación entre los rasgos de personalidad límite y presencia de hábitos alimenticios inadecuados que desencadenan en trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia, que posteriormente se transforman en una comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad límite.

El estudio de Camarillo Gutierrez (2015) realizado en adolescentes, brindó resultados en donde la impulsividad no planeada, impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad total, alcanzaban índices más altos en los adolescentes que presentaban síntomas manifiestos de bulimia nerviosa, siendo significativamente superior que en el grupo de anorexia nerviosa restrictiva o trastorno de atracón. También indicó que los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva tienden a tener un rasgo histriónico más bajo, frente al del grupo de control, siendo la impulsividad uno de los principales componentes de los rasgos de personalidad límite, estos resultados presentados permiten extrapolar los datos de esta investigación hacia contextos culturalmente distintos, reforzando el papel de la personalidad límite como un factor presente e influyente en la aparición de morbilidad alimenticia. Además, nos muestra que el rasgo límite obtiene su frecuencia más alta en el grupo de bulimia nerviosa y considera que el rasgo narcisista parecería ser un factor protector para las personas con trastornos de la conducta alimentaria. El rasgo límite de personalidad es el que se relaciona

claramente con todas las medidas de gravedad de los síntomas. Existen diferencias significativas en la medida de gravedad de los síntomas entre las pacientes que sí tienen este rasgo y las que no. En la mayoría de las escalas y subescalas los pacientes con rasgos límites superan en puntuación a los que no tienen esos rasgos. Afirmaciones que respaldan los resultados de esta investigación, donde los adolescentes que no manifiestan síntomas patológicos, presentan rasgos predominantes de personalidad narcisista.

En este sentido, Pando & Hurtado (2011) realizó su investigación utilizando los mismo instrumentos que en esta investigación, obteniendo resultados en donde el 40% de los casos que presentaron bulimia nerviosa se manifestaba un rasgo de personalidad límite, estos pacientes mostraban síntomas comportamentales y cognitivos como impulsividad, miedo a la madurez, insatisfacción corporal. Sintomatología muy similar a la descrita por la población evaluada en esta investigación, donde el 9% manifestó rasgos de personalidad límite, además de sintomatología patológica, promoviéndose de esta manera conductas alimenticias alteradas y restrictivas, acogidas a exigentes dietas.

Por lo descrito anteriormente se determinó la importancia de los rasgos de personalidad en el desarrollo y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, por lo cual se reitera la calidez científica de esta investigación, a la vez que se destaca la necesidad de emprender acciones a favor de prevenir la presencia de hábitos alimenticios inadecuados y restrictivos, también identificar rasgos de personalidad que signifiquen factores de riesgo para la presencia de trastornos de conducta alimentaria.

h. CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación de los reactivos psicológicos y en concordancia con los objetivos planteados, se concluyó que:

- Los rasgos de personalidad predominantes en los adolescentes evaluados, fueron los rasgos narcisistas, límites, e histriónicos, los mismos que se encuentran englobados en el clúster B de la personalidad, caracterizados por ser erráticos, dramáticos e inestables emocionalmente, cuyas características comportamentales son habituales en la adolescencia.
- Los trastornos de la conducta alimentaria son una problemática psicosocial latente en nuestro medio, que afecta principalmente a la población adolescente, poniendo en riesgo la salud y el adecuado desarrollo biopsicosocial.
- Los rasgos personalidad influyen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente los rasgos de personalidad límite, histriónico y obsesivo compulsivo, en donde la dificultad de regular adecuadamente los impulsos, la inestabilidad emocional, la necesidad de ser el centro de atención y el perfeccionismo de la silueta corporal, refuerzan la búsqueda intensa de la delgadez recurriendo a dietas extremas o purgas.

i. RECOMENDACIONES

- Proporcionar información actualizada y de calidad a los adolescentes sobre los trastornos de la conducta alimentaria en relación a sus causas, manifestaciones clínicas, consecuencias, además implementar habilidades y estrategias de afrontamiento, cuya finalidad es prevenir el desarrollo de dichas patologías.
- Integrar el rol familiar en el desarrollo de hábitos alimenticios saludables en los adolescentes, mediante la participación de actividades en contextos académico y familiar, que proporcione a los adolescentes fuentes de información útil, además de una red de apoyo que contribuya a la solución de posibles patologías.
- Se considera pertinente incorporar en el Departamento de Consejería Estudiantil evaluaciones periódicas, que permitan identificar factores de riesgo en la población, con la finalidad de prevenir una mayor incidencia de psicopatología.
- Elaborar un plan psicoterapéutico orientado a prevenir el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes, mediante la prevención primaria y estrategias y habilidades de afrontamiento.

j. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

TEMA:

PLAN TERAPÉUTICO ORIENTADO A PREVENIR EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

PRESENTACIÓN:

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal (Vargas Baldares, 2013). En los últimos años la influencia sociocultural acerca de la “figura ideal”, o vivir dentro de una cultura donde se glorifica el ser delgado, ha llevado a la sociedad, especialmente a los adolescentes tanto mujeres como varones, a tener hábitos desordenados en la alimentación, incluyendo prácticas de control de peso no saludables, la restricción excesiva de calorías, el usar laxantes, el provocarse el vómito, son conductas alimentaria que ponen en riesgo el estado de salud física y mental, y predisponen al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. A su vez ciertos rasgos de personalidad se encuentran inmersos en el desarrollo de estas patologías, donde la característica principal de estos rasgos es el poco control de impulsos e inestabilidad emocional, haciéndose referencia según los resultados de la investigación principalmente a los rasgos de personalidad límite, histriónica y obsesiva-compulsiva.

Por ende, este plan terapéutico tiene como finalidad prevenir el desarrollo de estas patologías en los adolescentes del Colegio de Bachillerato “Beatriz Cueva de Ayora”, a través de una prevención primaria.

JUSTIFICACIÓN:

La Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, cuya misión es de formar psicólogos clínicos con capacidad científico técnica y ética para la solución de los problemas de salud mental de la región del país mediante la oferta de servicios especializados como parte de la vinculación con la sociedad y dando cumplimiento a su perfil profesional, como futura psicóloga sostengo que es de suma importancia realizar:

A pesar que la Psicología Clínica en las últimas décadas ha obtenido avances y logros científicos en el tratamiento de las diversas patologías que afectan a la psique humana, no ha podido dar el despegue absoluto y recibir el reconocimiento que por derecho e historia merece. Al menos en la sociedad ecuatoriana no ocupa un sitio importante, ya que desvía su atención en gran parte a las dolencias físicas que las mentales, obviando y a su vez, desconociendo el significado de una buena salud mental en donde la Organización Mundial de la Salud manifiesta: como el estado de completo bienestar físico, mental.

Partiendo de lo mencionado con anterioridad, los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de los individuos que la padecen especialmente los adolescentes quienes son más propensos a desarrollar estas patologías, en donde los rasgos de personalidad están implicados desde un inicio, a la expresión sintomática y al mantenimiento de los desórdenes de la conducta alimentaria.

Por lo tanto, el presente PLAN TERAPÉUTICO ORIENTADO A PREVENIR EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, es de suma importancia debido a que el tema a tratar es de carácter biopsicosocial; enfocándose en los adolescentes propensos al desarrollo de estas patologías, y partiendo de la necesidad en primer

lugar de realizar prevención, promoción de la salud mental y la implementación de estrategias de afrontamiento.

Este trabajo a su vez se encamina a incluir a las familias dentro del proceso terapéutico, fortaleciendo los lazos afectivos y así obtener una mejor adherencia al mismo.

Además de prevenir el desarrollo de futuras patologías y la promoción y prevención de la salud mental, se pretende también la inclusión y el reconocimiento del rol que desempeñan los psicólogos clínicos en las distintas ramas de la salud en general.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Psicoeducar a la población adolescente sobre las repercusiones físicas y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria y de hábitos alimentarios inadecuados mediante la prevención primaria, estrategias y habilidades de afrontamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir el desarrollo de hábitos alimentarios inadecuados.
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan reducir el desarrollo de dichas patologías.
- Potenciar factores de protección a través del reforzamiento de la autoestima y habilidades sociales
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.

- Psicoeducar e incluir a las familias/padres a la prevención y detección de hábitos alimentarios inadecuados.

POBLACIÓN OBJETIVA:

Estudiantes de bachillerato de colegio de bachillerato Beatriz Cueva de Ayora

METODOLOGÍA:

Nos basaremos en prevención primaria, numerosas investigaciones reafirman que la prevención primaria es más eficaz si se aplica en poblaciones de riesgo, en sesiones interactivas con estrategias que emplean técnicas que refuercen la autoestima y habilidades sociales y ayuden a realizar crítica del modelo estético imperante y a la aceptación de la imagen corporal, principalmente ejecutada en personas jóvenes

Para el desarrollo del presente plan lo dividiremos en tres fases:

PRIMERA FASE: Psicoeducación, cuya información irá dirigida a:

Ayuda diagnóstica:

En la mayoría de los adolescentes existe una falta de conciencia total de la enfermedad. Es fundamental, en un primer momento, informarles de la sintomatología y características de la misma.

La información adecuada les ayudará a identificar sus conductas y a comenzar a tener conciencia de enfermedad.

Evolución y pronóstico de la enfermedad:

Se les informa de las consecuencias físicas y psicológicas de las dietas drásticas, de los atracones, vómitos y otros tipos de conductas purgativas. El paciente deberá tener información adecuada de los terribles riesgos que los trastornos de la conducta alimentaria conllevan para su salud, tanto física como mental.

Consejos nutricionales:

Es preciso, antes de nada, corregir las creencias erróneas nutricionales tan frecuentes en los adolescentes.

Posteriormente, se debe informar de las características de una dieta adecuada, tanto en calidad de alimentos integrantes como de cantidad de los mismos. Haciendo énfasis en la pirámide alimentaria para ver qué alimentos son los que más cantidad hay que comer y los que menos (en la base los alimentos ricos en hidratos de carbono, como el pan y cereales, y en el vértice las grasas, el alcohol, los dulces).

Se recuerda que hay que hacer cinco comidas al día, evitando los bocadillos entre horas, las golosinas, las calorías vacías; que el desayuno es importante porque aporta calorías cuando más las necesitamos para la actividad diaria; que el desayuno con el almuerzo es un 25% del volumen calórico total, la comida el 30%, la merienda el 15-20% y la cena el 25-30%.

Contrarrestar la presión social:

Hay que liberar, en la medida de lo posible, a los pacientes de los efectos perjudiciales de los medios de comunicación, y en particular, de la publicidad engañosa y sesgada a que se ven sometidas.

SEGUNDA FASE: Se emplearán estrategias que emplean técnicas que refuercen la autoestima y habilidades sociales y ayuden a realizar crítica del modelo estético imperante y a la aceptación de la imagen corporal, principalmente ejecutada en personas jóvenes.

TERCERA FASE: Guía familiar con la finalidad de psicoeducar e incluir a los padres en la prevención y detección de hábitos alimentarios inadecuados.

PRIMERA FASE

PSICOEDUCACIÓN

Duración: 90 minutos (1 hora y media).

Responsable: Psicóloga Clínica.

Objetivos:

- Sensibilizar y psicoeducar a los adolescentes bajo riesgo, sobre a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan reducir el desarrollo de dichas patologías.

Temáticas:

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Alimentación sana

Desarrollo:

TEMÁTICA N°1

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso, esta alteración ocasiona problemas físicos o del funcionamiento psicosocial. (Gómez del Barrio, y otros, 2008), los más comunes son:

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria en el que la persona muestra un deseo irrefrenable de estar delgada y pone en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguirlo, como una dieta restrictiva muy estricta y conductas purgativas (Gómez del Barrio, y otros, 2008). A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven gordas.

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de atracones, en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en un corto espacio de tiempo y generalmente en secreto (Gómez del Barrio, y otros, 2008). Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobre ingesta mediante vómitos autoinducidos y otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN?

Aún hoy día no se conoce la causa exacta de los trastornos de la conducta alimentaria. La mayoría de investigadores reconocen que para que dichas enfermedades aparezcan deben concurrir diversos factores.

Factores biológicos: Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.

Factores psicológicos: Las personas con trastornos alimentarios tienden tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectivos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

Factores familiares: Personas con familias sobre protectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.

Factores sociales: Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso.

¿CÓMO SE DETECTAN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS?

Dependiendo del tipo de trastorno de la conducta alimentaria, es posible que varíen los indicios y síntomas indicativos de los patrones de la alimentación desordenada (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004). A continuación, se enlistan algunos síntomas sinónimos de los trastornos de la alimentación:

- Pérdida de peso inexplicada.

- Ausencia o pérdida de menstruación en adolescentes (más de tres ciclos consecutivos).
- Ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Negarse a comer.
- Dietas o ayunos rígidos.
- Irritabilidad
- Estado de ánimo depresivo.

¿CÓMO AFECTAN A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS?

Debido a que los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser extremadamente perjudiciales para la salud física en general de una persona, no es raro que las personas que sufren de dichas enfermedades también presenten efectos de salud adversos (Gómez del Barrio, y otros, 2008). Es posible que ocurran los siguientes problemas de salud, tanto físicos como mentales, especialmente en aquellos que han luchado contra un trastorno de la alimentación durante un periodo de tiempo prolongado:

- Infertilidad.
- Ataques del corazón
- Osteoporosis
- Daños al sistema digestivo
- Ideas suicidas que conlleven a intentos suicidas

- Muerte

Además, hay otras áreas en la vida de una persona que pueden verse afectadas por la presencia de un trastorno de la alimentación. Las siguientes consecuencias son ejemplos de lo que podría ocurrir en la vida personal, académica o laboral de una persona:

- Disminución en la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales
- Dificultad para adaptarse a los cambios
- Desempeño académico deficiente
- Incapacidad para cumplir con las responsabilidades y/o los deberes

TEMÁTICA N°2

ALIMENTACIÓN SANA

¿QUÉ ES UNA ALIMENTACIÓN SANA?

Es aquella que incorpora los distintos nutrientes y grupos de alimentos, en las cantidades y frecuencias adecuadas de acuerdo con las necesidades de cada persona en los distintos momentos evolutivos. La primera clave para una alimentación sana y equilibrada es que los niños y niñas coman de todo (Díaz, 2010).

IMPORTANCIA DE CADA COMIDA

El desayuno: Antes de salir de casa el desayuno es una de las comidas más importante del día y debería cubrir, al menos, el 20 a 25% de las necesidades nutricionales. Se deben servir alimentos nutritivos como lácteos, frutas y panes que les gusten a las niñas y niños para facilitar que no dejen de comer el desayuno.

La Media Mañana o Media Tarde: (merienda) La merienda de la mañana o de la tarde es un tiempo de comida entre el desayuno y el almuerzo o entre el almuerzo y la cena. Tiene como objetivo principal hacer que se llegue con menos hambre al almuerzo o cena y además para que se pueda distribuir mejor durante el día el consumo de los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del cerebro y del cuerpo. Debe cubrir de 10 a 15% de las necesidades.

Almuerzo: Es el momento del día en que se come la comida más consistente y debe cubrir al menos 25 - 35% de las necesidades nutricionales diarias.

Cena: Debe ser consumida no muy tarde para evitar que la proximidad al momento de dormir impida dormir bien. Debe cubrir de 25 a 30% de las necesidades nutricionales (Serafín, 2012).

EL PLATO SALUDABLE

Llena la mitad de tu plato con frutas y verduras

Mientras más color y variedad en esta parte del plato, mejor. En el plato saludable las papas no cuentan como vegetales por su alto contenido de carbohidratos, estos tienen el mismo efecto de montaña rusa en los niveles de glucosa en la sangre que el pan blanco y los dulces: hacen que la sensación de hambre disminuya llevándote a comer en exceso, pero a largo plazo esto puede traducirse en aumento de peso y problemas de salud como la diabetes (Mangas, 2014).

Guarda un cuarto de tu plato para cereales integrales (no solo granos):

Los granos enteros como el trigo, el arroz integral y los alimentos elaborados a partir de ellos como la pasta integral, tienen un efecto más suave con la glucosa en la sangre que el pan blanco, el arroz blanco y los llamados “granos refinados.” Es por esto que el Plato Saludable nos aconseja elegir granos enteros (mientras menos procesados mejor) y reducir el consumo de los refinados.

Agrega una fuente saludable de proteína en el otro cuarto de tu plato:

Elige pescado, pollo, legumbres o nueces, estos contienen nutrientes que benefician tu salud como los ácidos grasos Omega 3 en el pescado y la fibra en las legumbres.

Consumir un huevo al día trae beneficios para la mayoría de las personas (si sufres de diabetes debes limitar el consumo de huevo a tres yemas a la semana, pero si es solo la clara no tienes ningún problema).

Reduce el consumo de carnes rojas como la de res y la de cerdo, y evita las carnes procesadas como el tocino y los embutidos (Mangas, 2014).

Usa aceites saludables

Utiliza aceites vegetales saludables -como el de oliva, canola, soya, maíz, girasol, maní y otros- en la cocina, en ensaladas y en la mesa. Reduce la cantidad de mantequilla y evita las poco saludables grasas de los aceites parcialmente hidrogenados.

Bebe agua, café o té

Completa tu comida con un vaso de agua o si lo prefieres, con un jugo natural, una taza de café o té (con la menor cantidad de azúcar posible).

Evita las bebidas con azúcar, ya que aportan gran cantidad de calorías y prácticamente ningún nutriente, además, con el tiempo beberlas regularmente puede provocar aumento de peso y mayor riesgo de enfermedades del corazón (Mangas, 2014).

MANTENTE ACTIVO

Es un recordatorio de que la actividad física es la mitad del secreto para estar saludable, la otra mitad es una alimentación sana y balanceada con porciones moderadas que satisfagan tus necesidades calóricas.

Un ejercicio físico moderado, es de vital importancia para un estado de salud adecuado. Por eso, es conveniente controlar el tiempo de las actividades sedentarias como sentarnos frente al ordenador, con los videojuegos o viendo la tele; ya que la actividad física proporciona claramente beneficios para la salud:

1. Ayuda a prevenir el sobrepeso.
2. Fortalece y flexibiliza los músculos y las articulaciones.
3. Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

4. Mejora la masa muscular.
5. Favorece la salud ósea reforzando el papel del calcio.
6. Ayuda a modificar hábitos como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.
7. Mejora el tránsito intestinal.
8. Mejora la capacidad psicomotora, incluida la capacidad de orientación, la de reacción y el control sobre el propio organismo.
9. Aumenta las defensas del organismo y mejora el sistema inmunológico.
10. Es una forma sencilla de contribuir a la regularización de las tasas de glucemia y de colesterol sanguíneo.
11. Un ejercicio físico adecuado nunca ha de ser extenuante ni doloroso (Torres Aured & Francés Pinilla, 2007).

ACTIVIDAD DE LA PRIMERA FASE

FALSOS MITOS

Duración: 30 minutos

Procedimiento:

Se divide a los presentes en grupos de 6 integrantes, se procede a repartir a cada grupo una hoja en donde estarán los 6 mitos siguientes:

1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.
2. Lo que más hay que comer son las proteínas.
3. El pan engorda.
4. Hay alimentos que engordan o adelgazan.
5. El agua en las comidas engorda.
6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas.

Deben escribir las razones a favor o en contra de los mismos, lo cual dará paso a un debate.

Posteriormente se explicará cada uno de los mitos.

1. ***Lo que más hay que comer son las vitaminas:*** las vitaminas, como los minerales, son sustancias nutrientes reguladoras. Hay que tomarlas de forma natural con los alimentos (hortalizas, verduras, frutas, frutos secos, cereales no refinados, huevo, lácteos no descremados, hígado, carnes) o en suplemento farmacológico, pero se requiere poca cantidad de las mismas. Sus carencias dan enfermedades, pero también su exceso puede ser perjudicial.

2. ***Lo que más hay que comer son las proteínas:*** las proteínas deben aportar sólo el 10-15% del volumen calórico total. Son los principios inmediatos que menos hay que comer. Luego los lípidos o grasa con un 30-35% y los hidratos de carbono los que más (un 50-55%).

3. ***El pan engorda:*** el contenido calórico de 100 gramos de pan blanco es de unas 250 Kilocalorías. El pan lleva en su composición un 33% de agua lo que le hace ser un alimento moderadamente calórico y además está muy bueno. Es un alimento del grupo de los cereales, una importante fuente de hidratos de carbono que son los principios inmediatos que más hay que comer (el 50-55% del volumen calórico total). Existe la creencia errónea que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 Kilocalorías por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías.

4. ***Hay alimentos que engordan o adelgazan:*** todos los alimentos excepto el agua aportan calorías salvo que se queden en el plato. Hay que comer de todo de forma equilibrada y en las proporciones adecuadas. “Debemos comer de mucho, poco”.

5. ***El agua en las comidas engorda:*** es sólo una de las ideas erróneas que acerca de las dietas de adelgazamiento circulan en la actualidad. El agua no tiene calorías y por tanto no engorda. Debe tomarse en cantidad abundante antes, durante y después de las comidas. Restringir el agua de bebida es algo censurable y peligroso. Las gaseosas (que tanto gustan a los/as niños/as y adolescentes) sí tienen calorías. Un vaso de refresco es como tomarse cuatro terrones de azúcar. Las bebidas alcohólicas también contribuyen al suministro de energía (así un botellín de tercio de cerveza

proporciona unas 130 kilocalorías). El alcohol junto con los aceites, grasas, sal y dulces está en la punta de la pirámide alimentaria (lo que menos hay que comer).

- 6. *Las dietas para adelgazar no son peligrosas:*** el hacer dieta es el predictor más importante para la aparición de nuevos trastornos alimentarios. Las dietas muy estrictas causan problemas de salud. Circulan muchas dietas absurdas, incompletas y desequilibradas que son un serio riesgo para la salud. Iniciar una dieta debe ser recomendado y controlado por un médico (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

SEGUNDA FASE

ESTRATEGIAS / TÉCNICAS

Duración: 15 a 60 minutos por cada técnica empleada

Responsable: Psicóloga Clínica.

Objetivos:

- Potenciar factores de protección frente a los trastornos de la conducta alimentaria, a través del reforzamiento de la autoestima y habilidades sociales
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.

Temáticas:

- Habilidades sociales - Asertividad
- Imagen Corporal – Sexualidad - Crítica del modelo estético
- Autoestima - Autoconcepto

HABILIDADES SOCIALES - ASERTIVIDAD

Objetivos:

- Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás.
- Desarrollar estrategias personales para favorecer la asertividad.
- Aprender a ser más asertivo frente a los mensajes exteriores de la sociedad, publicidad.
- Adquirir seguridad en sí mismo.

TÉCNICAS

TÉCNICA N°1: IMAGEN DE MI “YO”.

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Recursos materiales:

- Pizarra
- Marcadores
- Hoja de ilustraciones/imagen de mi yo

Desarrollo:

Se divide a los participantes en grupos de diez. Se introduce de manera breve la teoría sobre la asertividad, debe ser una manera clara y detallada.

Asertividad es la capacidad de hacer valer la propia opinión ante los demás, es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”. “Nos sirve para relacionarnos de forma eficaz y hábil con los demás”. “Hay tres estilos de diálogo, comportamiento: asertivo, pasivo y agresivo” (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

ESTILO AGRESIVO (PUEDE CONSEGUIR LO QUE QUIERE, PERO PUEDE ESTROPEAR LA RELACIÓN)			
LO QUE EXPRESA	MENSAJE VERBAL	MENSAJE NO VERBAL	EFFECTOS
Sólo yo soy importante	Lo digo yo y punto	Tono de voz elevada	Conflictos en relaciones
Sólo yo lo merezco	Lo que tienes que hacer es	Gestos agresivos	Pierde ocasiones
Lo tuyo no cuenta	Insultos, amenaza	Humillación	Discurso acelerado Soledad
ESTILO PASIVO (NO CONSIGUE DEFENDER SUS DERECHOS)			
LO QUE EXPRESA	MENSAJE VERBAL	MENSAJE NO VERBAL	EFFECTOS
Yo no cuento	Lo que tú digas	Voz baja	Infravaloración
Puedes aprovecharte de mí	Te importaría si...	Risa nerviosa	Servilismo
Tú eres superior	No sé qué decirte	Mirada huidiza	Ni se respeta ni le respetan
ESTILO ASERTIVO (CONSIGUE AFIRMAR SUS DERECHOS Y MANTENER LA RELACIÓN)			
LO QUE EXPRESA	MENSAJE VERBAL	MENSAJE NO VERBAL	EFFECTOS
Esto es lo que pienso	Cómo podemos resolverlo	Fluidez en el habla	Resuelve problemas
Esto es lo que siento	Este criterio parece correcto	Respeto espacio personal	Autosatisfacción
Así veo yo las cosas	Qué piensas de...	Armonía en los gestos	Buenas relaciones

Se lee en voz alta un ejemplo de asertividad:

Compraron ayer unos zapatos y hoy ya tienen la suela despegada. Y quieren cambiar los zapatos. Van a la tienda donde los compraron y le cuentan el problema al gerente. Este les dice que es muy fácil arreglarlo y que pueden hacerlo ustedes mismos/as en casa.

Ustedes le contestan:

1. Bueno, está bien, supongo. ¡Hasta luego!
2. Cámbiamelo ahora mismo. ¡Que se has creído que soy un zapatero! Y no vuelva a engañarme, ni lo intente.
3. Es posible, pero preferiría que me los cambie. Quisiera otro par de zapatos.

Después de haber dado lectura al ejemplo se les pregunta a los participantes, ¿Cuál sería la conducta agresiva, asertiva, pasiva y por qué?, se analizan las respuestas y se refuerza los estilos de diálogo.

Posteriormente se reparte a cada grupo una hoja de ilustración/imagen de mi yo. (ANEXO 1), con la finalidad que la observen detenidamente y determinen con que ilustración se identifican diciendo su número y por qué.

TÉCNICA N°2: COMPARTIR “PIROPOS”.

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Desarrollo:

Se coloca a los participantes por parejas uno enfrente del otro en una rueda de cinco personas.

Seguidamente se pide de manera voluntaria que un participante haga un cumplido o elogio sincero, verdadero y en segunda persona, de alguna conducta, apariencia o pertenencia, cualidad física, aspecto estético, su peinado, su ropa que les guste de la persona que tienen enfrente. Lo deben expresar en términos de sentimientos personales: Me gusta..., en vez de términos absolutos o hechos, eres...

Se explica que los elogios deben ser sinceros. Se contesta con un gracias y no es preciso contestar a un elogio con otro si no nos sale espontáneamente.

No hay nada peor que un falso cumplido. Basta con agradecerlo y así al dar las gracias, reforzaremos la conducta del que nos elogia y será más fácil que nos vuelva a adular. Es importante para mejorar nuestra afirmación, nuestra autoestima y la de los demás. Debemos acostumbrarnos a elogiar lo bueno de los que nos rodean (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

TÉCNICA N°3: EL TELÉFONO SIN PALABRAS

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Recursos materiales:

- Dos hojas de papel donde conste el mismo mensaje: “En un bar, un viejo cantaba con un micro mientras su guapa compañera tocaba con la guitarra bellas melodías”.

Desarrollo:

Se dividen a los participantes en dos grupos formando dos filas.

Seguidamente se le entrega al último de cada grupo la hoja donde está escrito el mensaje. Está prohibido mostrar el papel a los demás. Lo leerá en silencio y lo devolverá al coordinador de la actividad.

El último de cada grupo expresa gestualmente el mensaje al penúltimo, éste se lo transmite de forma no verbal al siguiente y así sucesivamente hasta llegar al primero, que lo deberá traducir a palabras.

Gana el grupo cuya traducción del mensaje se parezca más al original.

IMAGEN CORPORAL - CRÍTICA DEL MODELO ESTÉTICO

OBJETIVOS:

- Proporcionar un modelo estético corporal más adecuado frente al culto a la delgadez.
- Aprender a aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal, la figura.
- Vivir la experiencia de los prejuicios frente a la gordura y desarrollar la capacidad crítica frente a ellos.
- Concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad, las influencias socioculturales.
- Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

TÉCNICAS

TÉCNICA N°1: DIBUJO DE FIGURA HUMANA “IDEAL”

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Recursos materiales:

- Ilustraciones de los modelos corporales correctos

- Infocus
- Computador

Desarrollo:

Se reparte una hoja a cada participante para que dibujen la figura ideal para sí mismo de acuerdo a su sexo.

Después de que hayan terminado, se recogen los dibujos y se los reparte de forma aleatoria, con la intención de que les toque uno distinto al suyo a los participantes, quienes analizaran el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista.

El responsable de la actividad deberá intervenir y hacer reflexionar, sobre todo con los dibujos que muestren un modelo tubular (sin diferencia entre hombros, cadera y cintura), o andrógino (mujeres con hombros y caderas de varón).

Para ello se lanzarán preguntas: ¿Qué les parece este dibujo?, ¿Los hombros y las caderas tienen que estar a la misma altura?, ¿Sí le tapamos la cabeza se distingue si es hombre o mujer?

Posteriormente se les muestra las ilustraciones de los modelos corporales correctos (ANEXO 2) y se les indica que los hombres deben tener los hombros más anchos que la cintura y caderas. Serían como la punta de una lanza, con el tórax triangular. Las mujeres más caderas y los hombros estrechos con formas redondeadas, curvas, no rectas. Recordarían a un ánfora o jarrón” y se les explica que “Cada persona tiene su propia figura y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo ideal de delgadez tan irreal como poco saludable” (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

TÉCNICA N°2: JUEGO DE PAPELES O ROLES “EL GORDITO”

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Recursos materiales:

- Tarjeta 1. Pepe “el gordito”.
- Tarjeta 2. Juancho, el “futbolero”.
- Tarjeta 3. Mateo “el popular”:
- Tarjeta 4. Anita
- Tarjeta 5. Javi, su amigo

Desarrollo:

Se pide a los participantes que hagan 5 grupos, se le entrega a cada grupo una tarjeta (ANEXO 3).

Cada grupo deberán designar un coordinador, el mismo que representara al grupo.

Todos los intrigantes de cada grupo deberán ayudar al coordinador a prepararse, dándole ideas para que lo represente y se meta de verdad en el papel designado.

Se dan 5 minutos para preparar las escenas, después pasan los cinco coordinadores y representan la historia.

Para finalizar se realiza un debate sobre los motivos por los que se rechaza al protagonista.

Una estrategia interesante es preguntar a los actores cómo se han sentido, ya que siempre que se implica uno emocionalmente y se movilizan sentimientos personales, como ocurre en el juego de roles, es conveniente preguntar por sus sentimientos y hacer una labor de comprensión, apoyo y contención (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

NOTA: Una posible dificultad es encontrar en el grupo con un adolescente obeso. Sus sentimientos se moverán más y serán más fuertes pues la identificación será mayor con el caso planteado. Es preciso tenerlo en cuenta e insistir en que si alguien se encuentra mal, lo que es posible al emplear técnicas que son movilizadoras de emociones, lo diga. Dar la posibilidad, si lo prefieren, de hablar en privado. Resaltar los aspectos positivos de la tolerancia, la aceptación de la diversidad y lo superficial de los prejuicios por el físico. Recalcar que lo que importa son otros valores personales más allá de la apariencia. Si se explican las cosas, y se toman estas precauciones, este juego de roles puede resultar muy beneficioso, especialmente a los/as adolescentes obesos.

TÉCNICA N°3: IMÁGENES DE PUBLICIDAD CON CRÍTICA.

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Recursos materiales:

- Imágenes – ilustraciones
- Infocus
- Computador

Desarrollo:

Se muestran imágenes visuales sobre adelgazamiento, modelos excesivamente delgados (ANEXO 4), empleo del cuerpo con fines comerciales con crítica de la cultura del cuerpo que vive nuestra sociedad.

Esta técnica requiere una previa preparación. Se deben seguir los siguientes argumentos:

1. En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos.
2. Las mujeres o los hombres se ven tan delgados quedan la impresión de estar enfermos parecen enfermas
3. Se glorifican personas con piernas de alambre y cuerpos sin forma.

4. O como un tubo con brazos. ¿Cuántos somos así?
5. La publicidad nos impone cuerpos irreales de tan delgados. Sobre todo, en el caso de las mujeres.
6. Los/as “top models”, unos pocos con tallas pequeñas, entre millones de personas con tallas normales.
7. Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente no precisa hacerlas, esclavizarse por ellas.
8. Los kilos de más, el sobrepeso, no son un problema de salud, sino sólo de belleza, estética, de moda.
9. Cualquier persona puede ser guapa con cualquier figura o tipo.
10. Es sólo cuestión de modas y de épocas. Se trata de aceptarnos todos como somos (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

La finalidad de la técnica es crear un debate sobre el modelo actual de belleza que establece la sociedad

AUTOESTIMA - AUTOCONCEPTO

Objetivos:

- Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los estudiantes.
- Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás.
- Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.

TECNICAS

TÉCNICA N°1: ÁRBOL DE MI AUTOESTIMA

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Recursos materiales:

- Papel
- Lápiz
- Borrador

Desarrollo:

Se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les pedirá que hagan una lista de todos los valores positivos: por ejemplo, cualidades personales (valentía, organización...) sociales (saber escuchar...), físicas (fuerza, rapidez...), intelectuales (creatividad...).

Se puede utilizar esta frase para motivar a los participantes “Piensen en todos sus “talentos” con detenimiento, es importante que no se precipiten, que vayan despacio, con calma y que sobre todo que sean muy sinceros con ustedes mismos. ¡Adelante!”

Después se les pide que escriban una lista de todo aquello que han conseguido gracias sus capacidades, deben pensar en cosas que han salido bien y con las cuales se sientan contentos por pequeñas que sean (ayudar a alguien, aprobar un examen complicado, donar sangre, conseguir una meta que te habías propuesto, resolver un problema que tenías...)

Con ambas listas ya preparadas se procede a pedirles que dibujen un árbol con raíces, tronco y ramas.

Se les indica que en las raíces sitúen los valores, un árbol tendrá algunas raíces grandes, pero otras más pequeñas, en las raíces más largas y grandes se colocaran los valores más significativos.

En las ramas se a colocar todo aquello que han logrado, al igual que antes una rama grande se corresponderá con un éxito grande y una rama pequeña con algo más pequeño.

Posteriormente se colocan los dibujos en círculo, en una mesa o en el suelo. Todos los participantes pasan en círculo viendo los distintos dibujos que han hecho los compañeros.

De forma voluntaria cada uno comenta el árbol que ha dibujado y las cualidades o éxitos que descrito. En este momento cualquier miembro del grupo se podrá levantar y añadir, mientras lo explica, nuevas raíces, ramas.

Para finalizar con la técnica se pueden lanzar algunas preguntas: ¿Qué opinan de su árbol? ¿Ha sido difícil dibujarlo? ¿Qué cualidades o logros han olvidado? ¿Cómo han reaccionado los demás su mi árbol? ¿Cómo se sintieron con esta actividad? (Gómez del Barrio, y otros, 2008)

TÉCNICA N°2: ESPEJO MÁGICO

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Desarrollo:

Se hace un círculo con los participantes y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?

El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: “Lo que más me gusta de tí es...” y pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha.

Para finalizar con la técnica se puede preguntar: ¿Ha sido difícil hacerlo? ¿Cómo se sintieron con esta actividad? (Gómez del Barrio, y otros, 2008)

TÉCNICA 3: CARICIAS” INTERPERSONALES.

Duración: 30 minutos

Recursos humanos:

- Psicóloga Clínica
- Estudiantes

Desarrollo:

Se divide a los participantes en grupos de 6 en grupos, se les indicara que cada uno debe decir una cualidad física que les guste del compañero de la izquierda (me gustan sus ojos) y una psíquica del de la derecha (es simpático).

Se les explica que debemos acostumbrarnos a ver y decir a las cualidades positivas de los demás, en vez de observar sus aspectos negativos o errores.

Se enseña que todos tienen cualidades positivas y el hecho de recalcar esas cualidades reafirma la autoestima y ayuda a crecer como personas

Para finalizar esta actividad se pregunta a cada uno de los participantes como se han sentido (Gómez del Barrio, y otros, 2008).

TERCERA FASE

GUÍA FAMILIAR

EL ROL DE LOS PADRES EN LOS TCA

Introducción

La conducta alimentaria se instaura en la infancia, donde el entorno familiar contribuye al modo de alimentarse, siendo la madre la principal responsable en transmitir estas conductas a sus hijos, instaurándose las preferencias y rechazos a determinados alimentos, creándose en este periodo patrones de alimentación que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria durante la adolescencia.

La influencia de la madre

El ámbito familiar contribuye al modo de alimentarse, y a establecer las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, que sobre todo influyen en la persona durante la infancia, ya que es la etapa en la que se instauran la mayor parte de los hábitos alimentarios. En este periodo de la vida, la madre se convierte en la participante fundamental en la alimentación del niño, transmitiendo pautas alimentarias que pueden potenciar o no el riesgo de desarrollar un TCA en la adolescencia o edad adulta (Álvarez Amor, Aguaded Roldán, & Ezquerro Cabrera, 2014). Se ha comprobado que aquellos progenitores que han padecido o padecen algún tipo de trastorno alimentario tienen un mayor riesgo de inducir ese tipo de trastornos en sus hijos, principalmente por la realización de determinados comentarios relacionados con el peso y el tipo de dietas que realizan. Este hecho, los adolescentes lo asocian con que existe una preocupación por la pérdida de peso y si a esto añadimos que el joven presenta conductas de control de peso, depresión y falta de autoestima, seguramente desarrollará algún trastorno alimentario.

La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijos puede provenir de la importancia que éstas le dan a la apariencia física y a la persuasión que llevan a cabo para que sus hijos pierdan o controlen su peso, inculcando el miedo a la obesidad. Miedo causado por el propio trastorno de la madre o por la coacción social que presiona a la madre llegando al punto de en algunos casos, la madre obligue a sus hijos a hacer dietas muy restrictivas en alimentos concretos, omitiendo especialmente aquellos con un alto valor calórico, ricos en grasa, azúcar, y sal, destacando entre ellos los bocadillos (Tejeda Alonso & Jesús Neyra, 2015). La opresión sobre este tipo de alimentos promueve al adolescente a reaccionar con una sintomatología propia de un TCA mostrando periodos alternados de atracones y ayunos cuando se consumen estos alimentos, además de experimentar sentimientos negativos como es la vergüenza y la culpa después de comer los alimentos “prohibidos”. Por lo que, se puede concluir que las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante conductas propias de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o la obesidad.

A todo ello, añadimos la conducta sobreprotectora y el exceso de control por parte de los padres, lo que genera un ambiente negativo durante la comida, creándole al adolescente la sensación de dependencia por parte de los padres, utilizando como único recurso de autoridad el control sobre su propio cuerpo, agravándose cuando existe insatisfacción corporal tanto en hombres como mujeres.

Por ende, la familia desempeña un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los TCA.

El papel protector de los padres

Enseñar desde pequeños la importancia de seguir unos hábitos saludables: establecer horarios de comida regulares, repartir la comida en cuatro o cinco tomas al día, evitar saltarse las comidas y no picotear entre horas (BBC Mundo, 2015).

Comer en familia siempre que sea posible, convirtiendo la comida en un punto de encuentro y de reunión para comentar cómo ha ido el día y conversar tranquilamente.

Tener cuidado a la hora de hacer las compras: llevar a la casa alimentos sanos.

Fomentar la autoestima del hijo para que descubra sus capacidades y sus limitaciones, las acepte y aprenda a sentirse bien consigo mismo.

Reforzar su autonomía y estimularle para que tenga sus propias opiniones y resulte menos vulnerable a los mensajes de los medios de comunicación y la publicidad (Roldan, 2016).

Hablar sobre los mensajes que envían los medios, los programas de televisión, las películas, los sitios web y otros medios pueden enviar mensajes a tu hijo/a de que sólo un determinado tipo de cuerpo es aceptable. Anima a tu hijo a hablar y a cuestionar lo que ve y lo que escucha en estos medios sociales (Roldan, 2016). Establecer una buena comunicación dentro del ámbito familiar, para que el niño se sienta seguro y, de esta manera, sea capaz de buscar opinión y la ayuda de su propia familia cuando se enfrente a situaciones que le resulten difíciles o estresantes.

Explicar los peligros de las dietas y de la alimentación emocional, la diete puede hacer que peligre su buena nutrición, que tenga problemas de crecimiento y lo que es peor, que tenga problemas de salud. Es necesario que tu hijo/a sea consciente de que comer en exceso o demasiado poco, no es una forma saludable de hacer frente a las emociones. En su lugar, es

buena idea que animes a tu hijo para hablar con sus seres queridos, sus amigos o con algún consejero acerca de los problemas que puede estar enfrentándose (Roldan, 2016).

Adoptar y mantener unos hábitos saludables en otros aspectos como la constancia en la práctica de actividad física y en el número de horas de sueño.

Es muy importante que todos los pares recuerden que el ejemplo en casa es lo más importante. Si estás constantemente a dieta, mostrando tus inseguridades físicas o usando los alimentos para hacer frente a tus emociones, o quizá sólo hables de perder peso, es probable que los hijos tengan el mismo problema en el futuro o incluso que sientas dificultades para animar a tu hijo a comer una dieta sana o que se sienta satisfecho con su apariencia. Es por esto que deberás tomar decisiones conscientes sobre tu estilo de vida y estar feliz del cuerpo que la naturaleza te ha dado.

¿Qué hacer si sospecha que su hijo padece un trastorno de la conducta alimentaria?

Es importante que como padres intervenga y le ayude a fin de que lo puedan diagnosticar y tratar correctamente.

Los niños/adolescentes que presentan este tipo de trastornos suelen reaccionar a la defensiva y se suelen enfadar cuando se le habla sobre el tema por primera vez. A muchos les cuesta admitir, incluso ante sí mismos, que tienen un problema. A veces el hecho de tener un amigo o un familiar que haya recibido tratamiento por padecer un desorden alimenticio les anima a dejarse ayudar. El miedo a estar gordo o a tener sobrepeso es el problema central de toda persona afectada por un desorden alimenticio (New, 2011). Por eso es comprensible que un niño afectado por este tipo de problemas no quiera ingresar en una clínica "para engordar".

Intentar ayudar a alguien que cree que no necesita ayuda puede ser muy difícil. De todos modos, es fundamental que, por mucho que su hijo se resista, usted se encargue de

proporcionarle la ayuda profesional que necesita. Reclute a amigos y parientes a quienes sabe que su hijo aprecia y en quienes confía para que colaboren en el proceso.

Su hijo es posible que se muestre más receptivo y más abierto al diálogo si usted se centra en lo que le preocupa y utiliza frases en primera persona (yo) en vez de en segunda persona (tú) (Familydoctor.org, 2015). Por ejemplo, evite frases como "tienes un desorden alimenticio" o "estás demasiado delgado", que solo pueden provocar enfado y negación. En lugar de eso, pruebe con frases del tipo: "Me preocupa que hayas perdido tanto peso en tan poco tiempo". Cite cosas concretas que su hijo haya dicho o hecho que a usted le hayan preocupado y explíquele que usted necesita que lo vea un médico para tranquilizarse.

k. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Amor, L., Aguaded Roldán, M. J., & Ezquerra Cabrera, M. (2014). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *trastornos de la conducta alimentaria* , 2051-2069.
- Amezcu, V. (28 de julio de 2014). *Kualia Family*. Obtenido de Cifras de la anorexia y Bulimia en America Latina: <http://kualifamily.com/obesidad/consejos-obesidad/cifras-de-anorexia-y-bulimia-en-america-latina/>
- Arrufat, F. J., & et al. (2009). Guía de practica clinica sobre trastornos de la conducta alimentaria. *Guia de practica clinica en el SNS*, 30-31. Obtenido de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_resum_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_resum_(4_jun).pdf)
- Asociacion Americana de Psiquiatria . (2013). *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos menatales* (quinta ed.). España: Editorial medica panaamnerica.
- BBC Mundo. (5 de Febrero de 2015). *Cinco consejos para evitar los trastornos alimentarios desde la niñez*. Obtenido de BBC Mundo: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150204_salud_trastornos_alimentarios_consejos_il
- Behar, R., & Figueroa, G. (2004). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Bolaños, V., & Molina, J. (2014). Rasgos de personalidad y su relacion con el bullying en adolescentes de octavo, noveno y decimos años de educacion basica. *Pontificia universidad católica del ecuador. Facultad de medicina*. Quito, Ecuador.
- Cabanyes, J. (2003). Teria personalistica de Alport. En J. Cabanyes Trufino, A. Polaino Lorente , & A. Del pozo Armentia, *Fundamentos de psicologia de la personalidad* (págs. 195-197-198). Madrid: Graficas Anzos. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=d_rAkAg-6MEC&printsec=frontcover&dq=personalidad&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwirwe_tuZTLAhVMJJ0KHVL0AvQQ6AEIIDAB#v=onepage&q&f=false
- Camarillo Gutierrez, L. (2015). Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guia de trastornos alimenticios*. Mexico D.F: Salud.
- Del pozo, A. (2013). Estructura de personalidad y analisis factorial. En A. Polaino Lorente, J. Cabanyes Trufino, & A. Del pozo, *Fundamentos de psicologia de la personalidad* (págs. 227-227-236). Madrid: Graficos Anzos. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=d_rAkAg-

6MEC&printsec=frontcover&dq=personalidad&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwirwe_tuZTLAhVMJJ0KHVLOAvQQ6AEIIDAB#v=onepage&q&f=false

- Díaz, H. (10 de Diciembre de 2010). *Una alimentación sana y equilibrada*. Obtenido de Salud en familia.es: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=139>
- Familydoctor.org. (Marzo de 2015). *Para los padres: Trastornos alimenticios en adolescentes*. Obtenido de Familydoctor.org: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/teens/food-fitness/tips-for-parents-weight-and-eating-behavior-problems-in-teens.html>
- Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Garner, D. (1998). *EDI 2. Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Gómez del Barrio, J. A., Gaité Pindado, L., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrero Castanedo, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (2008). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobre peso*. España: Imprenta J. Martínez.
- Gonzalez Macias, L., Unikel, C., & Cruz, C. (2003). personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Artemisa*, 1-8.
- López, C., & López, J. (2003). Rasgo de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopstologia clinica legal y forese*, 3(2), 5-9.
- Mangas, V. P. (5 de Junio de 2014). *¿Que es eso del Plato Saludable?* Obtenido de nutricionline: <http://www.nutricionline.com/que-es-eso-del-plato-saludable/#post/0>
- Manya Azpilicueta, A. (2005). *Manual de Psicología de la personalidad*. Universidad San Martín de Porres.
- Mayfield-Blake, R. (Agosto de 2012). *Alimentación saludable*. Obtenido de Bupa Health Information Team: <http://www.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/alimentaci%C3%B3n-saludable>
- Mendez, J. P., Vasquez, V., & Gracia, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimataria. *Medigraphic*, 65, 583-585. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Montada, M. d. (2008). *Alimentacion y nutricion*. Colombia: Universidad del Atlantico. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf

- Murcia, M. (2003). *Manual de Psicología. Trastornos de la conducta alimentaria*. Granada-Alboran.
- Murcia, M., Motos, A., & Del Aguila, M. (2001). Personalidad y trastornos de la conducta alimetaria: Un estudio comprativo ccon el MCMI-II. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc.*, 1-7.
- Myers, D. G. (2011). *Psicología* (Novena ed.). España-Madrid: Editorial Medica Panaamerica.
- New, M. (Noviembre de 2011). *Desórdenes alimenticios*. Obtenido de KidsHealth: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TT_kf0edS8QJ:websrv02.kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/eating_disorders_esp.html+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidda*. Madrid: Meditor.
- Ortigosa, J. M., Quiles, M. J., & Mendez, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Ediciones piramide.
- Palacios Cruz, J., Gantiva, C., & Montaña Sinisterra, M. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 86-87. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>
- Pando, M., & Hurtado, M. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria*. La Paz, Bolivia: Universdiad Católica Boliviana.
- Polaino Lorente, A. (2003). Introducion al concepto de personalidad. En A. Polaino Lorente, J. Cabanyes Truffino, & A. Del pozo Armelina, *Fundamentos de psicología de la personalidad* (págs. 17-18). Madrid: Copyright.
- Roldan, M. J. (1 de Agosto de 2016). *Prevención de los trastornos alimenticios en adolescentes*. Obtenido de Madreshoy: <http://madreshoy.com/prevencion-de-los-trastornos-de-la-alimentacion-en-adolescentes/>
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2010). *Teorias de la personalidad* (Novena ed.). Mexico, DF: Cengage Learning.
- Seelbach Gonzales , G. A. (2013). *Terias de la personalidad* (Primera ed.). Mexico: Red Tercer Milenio. Obtenido de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf
- Seelbach, G. (2013). Terias psicodinamicas. En G. Seelbach, *Teorias de la personalidad* (Novena ed., págs. 26-32). Mexico: Red Tercer Milenio. Obtenido de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf

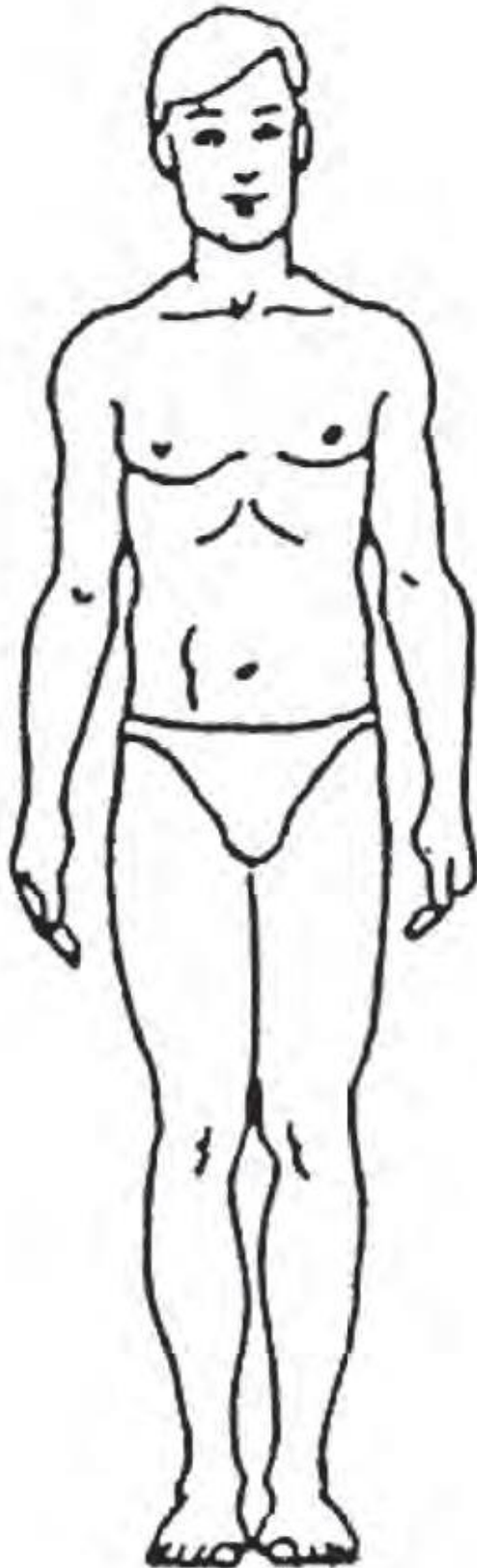
- Serafín, P. (2012). *Manual de la Alimentación Escolar Saludable*. Caazapá: Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Tejeda Alonso, R., & Jesús Neyra, M. (2015). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimientos de los trastornos de la conducta alimentaria. *trastornos de la conducta alimentaria*, 2352-2381.
- Torres Aured, M. L., & Francés Pinilla, M. (2007). *La dieta equilibrada. Guía para enfermeras de atención primaria*. Zaragoza: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación.
- Vallejo Ruiloba, J. (2003). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (Quinta ed.). Barcelona-Madrid: Masson S.A.
- Vargas Baldares, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 475-482.

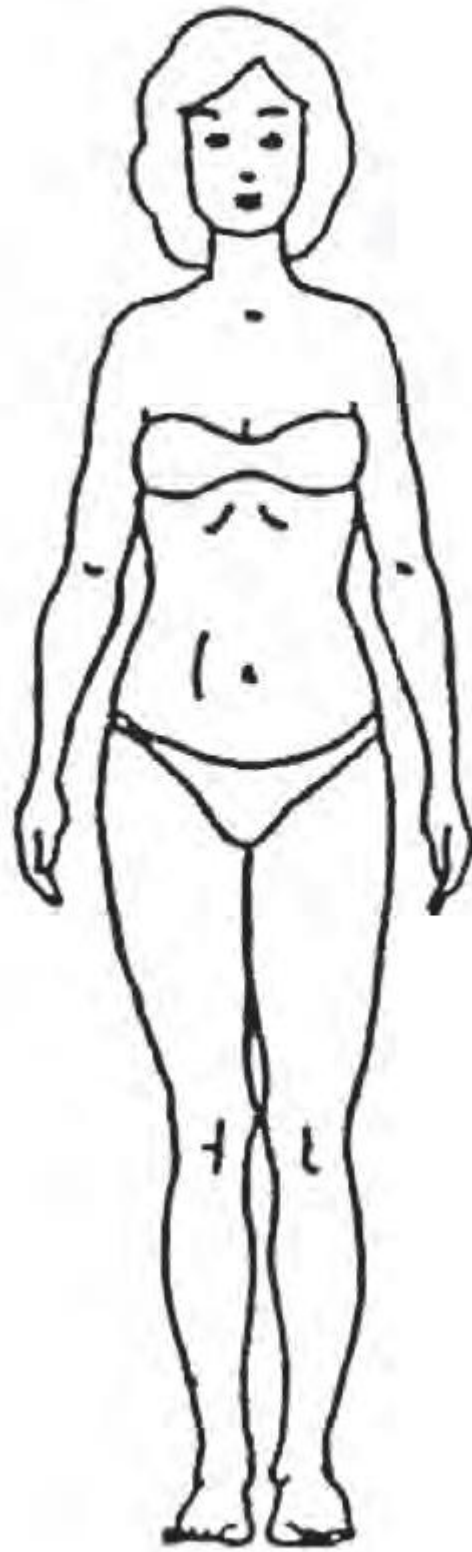
1. ANEXOS

ANEXO 1.1



ANEXO 1.2





ANEXO 1.3

Tarjeta 1. Pepe “el gordito”: le sobran kilos, pero es un chico normal, simpático, que no saca malas notas y al que le gusta divertirse.
 Le propone a Juancho jugar en su equipo de fútbol, pero este le rechaza.
 Le dice a Mateo que si van al cine, pero este no quiere que le vean con un gordo que puede perder popularidad.
 Anita, la chica que le gusta, le dice que no cuando le propone quedar para salir a dar una vuelta por que no es su tipo.
 Javi su amigo le propone jugar al baloncesto y se van al cine juntos.

Tarjeta 2. Juancho, el “futebolero”: es un amante del deporte. Demasiado competitivo, no disfruta si no gana. No quiere a Pepe “El gordito” en su equipo de fútbol porque Pepe es lento corriendo y así no se puede ganar partidos.

Tarjeta 3. Mateo “el popular”: no quiere ir con Pepe “El gordito”. No quiere que le vean con un gordo porque cree que puede perder popularidad.

Tarjeta 4. Anita: le gusta a Pepe “El gordito” que le pide salir. Ella le dice que no cuando le propone quedar para salir a dar una vuelta por que no es su tipo.

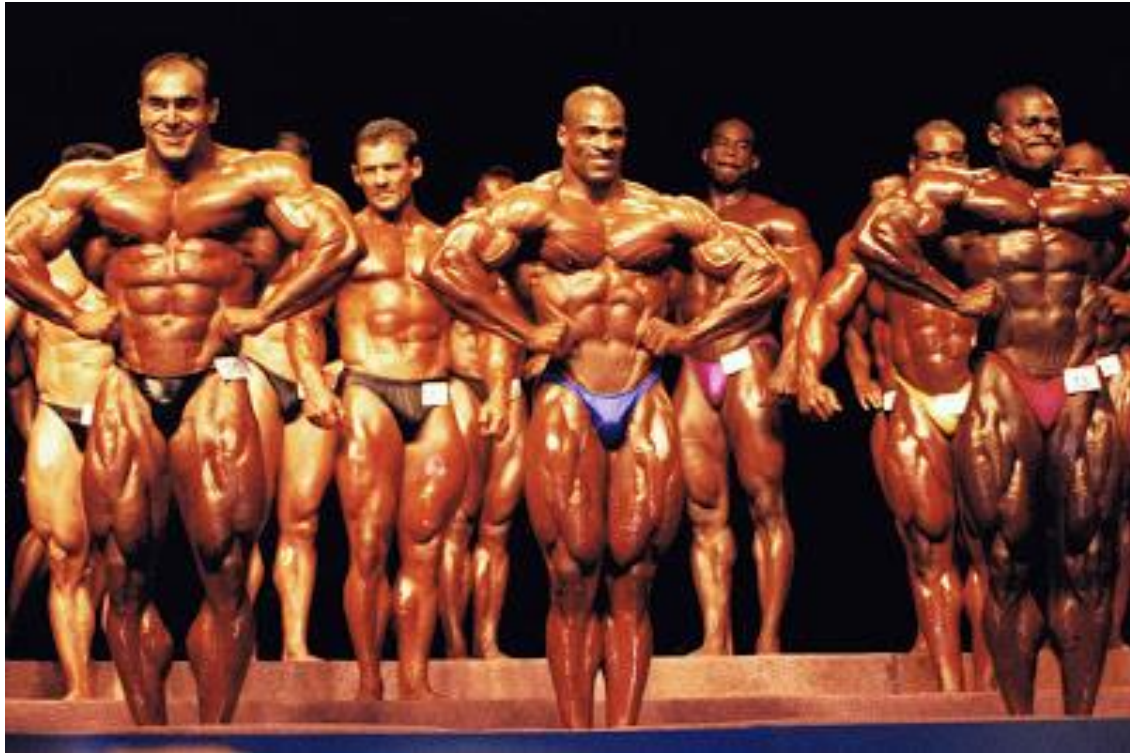
Tarjeta 5. Javi, su amigo: le propone a Pepe “El gordito” jugar con su equipo de baloncesto para aprovechar su fuerza. Se va al cine con Pepe el día del espectador, aunque Mateo no venga, porque se lo pasan muy bien juntos. Una vez allí le dice que a Susana le gusta Pepe.

ANEXO 1.4

Fuente: <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2015/03/23/741592/Francia-debate-estandares-de-peso-para-las-modelos.html>



Fuente: <http://www.tendencias.com/modelos/9-fotos-que-te-haran-repensarte-si-quieres-ser-modelo-incluso-de-victoria-s-secret>



Fuente: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/8526061/Enfermedad-tipica-en-verano->



Fuente: <http://dmodaenvzla.com/moda/modelos-anorexicos-masculinos-tambien-desfilan>

ANEXO 2. INSTRUMENTOS

ANEXO 2.1 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, EDI 2

EDI-2. CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. La respuesta debes enmarcarla en la Hoja de respuesta que se te ha entregado aparte.

0: Nunca 1: Pocas veces 2: A veces 3: A menudo 4: Casi siempre 5: Siempre

- | | |
|---|---|
| 1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc..) sin preocuparme | 14. La infancia es la época más feliz de la vida |
| 2. Pienso que mi estómago es demasiado grande | 15. Soy capaz de expresar mis sentimientos |
| 3. Me gustaría volver ser niño para sentirme seguro | 16. Me aterroriza la idea de engordar |
| 4. Suelo comer cuando estoy alterado | 17. Confío en los demás |
| 5. Suelo hartarme de comida | 18. Me siento sola en el mundo. |
| 6. Me gustaría ser más joven | 19. Me siento satisfecha/o con mi figura |
| 7. Pienso en ponerme a dieta | 20. Creo que generalmente controlo las cosas que pasan en la vida |
| 8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes | 21. Suelo estar confuso sobre mis emociones |
| 9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos | 22. Preferiría ser adulto a ser niño |
| 10. Me considero una persona poco eficaz | 23. Me resulta fácil comunicarme con los demás |
| 11. Me siento muy culpable cuando como en exceso | 24. Me gustaría ser otra persona |
| 12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado | 25. Exagero o doy demasiada importancia del peso |
| 13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes | 26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento |
| | 27. Me siento incapaz |

CONTINÚA.....

28. He ido a comelonas en las que sentí que no puedo parar de comer
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos
31. Me gusta la forma de mi pompis
32. Estoy preocupada porque quería ser una persona más delgada
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas
36. Me fastidia no ser el mejor en todo
37. Me siento seguro de mí mismo
38. Suelo pensar en darme un atracón de comida
39. Me alegra haber dejado de ser niño
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no
41. Tengo mala opinión de mí
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos
43. Mis padres esperaban de mí, resultados sobresalientes
44. Temo no poder controlar mis sentimientos
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas
46. Como con moderación con los demás, pero me doy un atracón cuando se van
47. Me siento como hinchado después de una comida normal
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños
49. Si engordo 1 kilo me preocupa que pueda seguir ganando peso
50. Me considero una persona valiosa
51. Cuando estoy disgustado, no sé si estoy triste, asustado o enfadado
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas
53. Pienso en vomitar para perder peso
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente, me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto
59. Creo que mi pompis es demasiado grande
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo
61. Como o bebo a escondidas
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado

63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer
65. La gente que me gusta de verdad suele terminar defraudándome
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente
76. La gente comprende mis verdaderos problemas
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza
78. Comer por placer es signo de debilidad moral
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal
85. Tengo cambios de humor bruscos
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor
89. Sé que la gente me aprecia
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás, a mí mismo
91. Creo que realmente sé quién soy

Fin

Gracias por tu colaboración

EDI-2. Hoja de respuesta

0: Nunca 1: Pocas veces 2: A veces 3: A menudo 4: Casi siempre 5: Siempre

1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5
24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5
29	0	1	2	3	4	5
30	0	1	2	3	4	5
31	0	1	2	3	4	5

32	0	1	2	3	4	5
33	0	1	2	3	4	5
34	0	1	2	3	4	5
35	0	1	2	3	4	5
36	0	1	2	3	4	5
37	0	1	2	3	4	5
38	0	1	2	3	4	5
39	0	1	2	3	4	5
40	0	1	2	3	4	5
41	0	1	2	3	4	5
42	0	1	2	3	4	5
43	0	1	2	3	4	5
44	0	1	2	3	4	5
45	0	1	2	3	4	5
46	0	1	2	3	4	5
47	0	1	2	3	4	5
48	0	1	2	3	4	5
49	0	1	2	3	4	5
50	0	1	2	3	4	5
51	0	1	2	3	4	5
52	0	1	2	3	4	5
53	0	1	2	3	4	5
54	0	1	2	3	4	5
55	0	1	2	3	4	5
56	0	1	2	3	4	5
57	0	1	2	3	4	5
58	0	1	2	3	4	5
59	0	1	2	3	4	5
60	0	1	2	3	4	5
61	0	1	2	3	4	5
62	0	1	2	3	4	5

63	0	1	2	3	4	5
64	0	1	2	3	4	5
65	0	1	2	3	4	5
66	0	1	2	3	4	5
67	0	1	2	3	4	5
68	0	1	2	3	4	5
69	0	1	2	3	4	5
70	0	1	2	3	4	5
71	0	1	2	3	4	5
72	0	1	2	3	4	5
73	0	1	2	3	4	5
74	0	1	2	3	4	5
75	0	1	2	3	4	5
76	0	1	2	3	4	5
77	0	1	2	3	4	5
78	0	1	2	3	4	5
79	0	1	2	3	4	5
80	0	1	2	3	4	5
81	0	1	2	3	4	5
82	0	1	2	3	4	5
83	0	1	2	3	4	5
84	0	1	2	3	4	5
85	0	1	2	3	4	5
86	0	1	2	3	4	5
87	0	1	2	3	4	5
88	0	1	2	3	4	5
89	0	1	2	3	4	5
90	0	1	2	3	4	5
91	0	1	2	3	4	5

EDI-2. Hoja de respuesta y perfil

DT	3	2	1					
BD				1	2	3		
MF				1	2	3		
B				1	2	3		
B				1	2	3		
MF				1	2	3		
DT				1	2	3		
A				1	2	3		
BD				1	2	3		
I				1	2	3		
DT				1	2	3		
BD	3	2	1					
P				1	2	3		
MF				1	2	3		
D	3	2	1					
DT				1	2	3		
D	3	2	1					
I				1	2	3		
BD	3	2	1					
I	3	2	1					
A				1	2	3		
MF	3	2	1					
D	3	2	1					
I				1	2	3		
DT				1	2	3		
IA	3	2	1					
I				1	2	3		
B				1	2	3		
P				1	2	3		
ID	3	2	1					
BD	3	2	1					

DT				1	2	3		
IA				1	2	3		
ID				1	2	3		
MF				1	2	3		
P				1	2	3		
I	3	2	1					
B				1	2	3		
MF	3	2	1					
IA				1	2	3		
I				1	2	3		
I	3	2	1					
P				1	2	3		
IA				1	2	3		
BD				1	2	3		
B				1	2	3		
IA				1	2	3		
MF				1	2	3		
DT				1	2	3		
I	3	2	1					
IA				1	2	3		
P				1	2	3		
B				1	2	3		
ID				1	2	3		
BD	3	2	1					
I				1	2	3		
ID	3	2	1					
MF	3	2	1					
BD				1	2	3		
IA				1	2	3		
B				1	2	3		
BD	3	2	1					

P				1	2	3		
IA				1	2	3		
IR				1	2	3		
A				1	2	3		
IR				1	2	3		
A				1	2	3		
SI	3	2	1					
IR				1	2	3		
A	3	2	1					
IR				1	2	3		
SI	3	2	1					
IR				1	2	3		
A				1	2	3		
IR				1	2	3		
SI	3	2	1					
IR				1	2	3		
A				1	2	3		
IR				1	2	3		
SI	3	2	1					
IR				1	2	3		
A				1	2	3		
SI				1	2	3		
A				1	2	3		
SI	3	2	1					
IR	3	2	1					
SI	3	2	1					

PD								
	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF

A	IR	SI

EDI-2

Hoja de respuesta y perfil

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
30											30
25											25
20											20
15											15
10											10
5											5
0											0

DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
-----------	----------	-----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	----------	-----------	-----------

PD												PD
Centil												Centil

Grupo normativo.....

Tabla de baremo.....

EDI-2. Baremos

Tabla A1

Conversión de puntuaciones directas en centiles
en pacientes con trastornos alimentarios

PD	DESIÓN POR LA DELGADEZ	BULIMIA	INSATISFACCIÓN CORPORAL	INEFICACIA	PERFECCIONISMO	DESCONFIANZA INTERPERSONAL	CONCIENCIA INTROCEPTIVA	MIEDO A LA MADUREZ	ASCETISMO	IMPULSIVIDAD	INSEGURIDAD SOCIAL	PD
30+												30+
29				99								29
28												28
27				98			99					27
26			84				98					26
25			80	96			97					25
24			75	94			96					24
23			70	92			95					23
22			67	90			93		99			22
21			64	87			91				99	21
20	88	98	60	85			89	99		99	98	20
19	81	95	56	83			87		98	98		19
18	73	92	53	81			84	98		97	94	18
17	61	88	49	78	96	99	81		97	96		17
16	53	84	47	74	93	98	78	96	96		93	16
15	47	78	44	69	89	97	73		94		92	15
14	41	73	41	66	84	95	70	95	93	93	90	14
13	35	67	37	62	80	93	66	94	90	89	87	13
12	30	62	34	58	74	89	62	92	85	87	81	12
11	27	56	30	53	67	85	58	91	83	86	73	11
10	23	51	28	50	60	82	52	89	76	82	66	10
9	20	44	24	46	54	77	47	88	67	80	62	9
8	17	39	22	42	47	72	41	85	62	73	57	8
7	14	32	18	38	41	67	36	82	50	66	47	7
6	11	27	15	33	34	60	29	77	38	61	33	6
5	9	21	12	29	29	55	25	71	31	57	27	5
4	7	15	9	25	23	47	20	65	22	49	21	4
3	6	12	7	20	17	39	16	54	12	39	15	3
2	4	7	6	15	11	32	11	42	4	31	10	2
1	3	5	3	11	7	23	6	28	1	25	6	1
0	2	3	2	5	4	13	3	17		13	2	0

ANEXO 2.3 Cuestionario de evaluación IPDE - DSM-IV

INTRODUCCIÓN: a) El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido en estos últimos 2 años. b) Por favor no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta le parezca más correcta. c) Cuando la respuesta sea **VERDADERO**, señalar con un círculo la letra **V**, cuando la respuesta sea **FALSO**, señalar con un círculo la letra **F**.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida.....	V	F
2. Confío en la gente que conozco.....	V	F
3. No soy minucioso con los detalles pequeño.....	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser.....	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo.....	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí.....	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco.....	V	F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas.....	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia.....	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles.....	V	F
11. Nunca me han detenido (arrestado).....	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante.....	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas.....	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo.....	V	F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí.....	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales.....	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea.....	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien.....	V	F
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas.....	V	F
20. A veces he rechazado oportunidades, incluso aunque las estuviera esperando.....	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás.....	V	F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero.....	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente.....	V	F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas.....	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito.....	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando.....	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo.....	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente.....	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos.....	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente.....	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales.....	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas.....	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo.....	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les agrado	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención.....	V	F
36. Creo que mi enamorada o novia me puede ser infiel.....	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo.....	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí.....	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente.....	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro.....	V	F
41. Estudio tanto que no tengo tiempo para nada más.....	V	F

42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo.....	V	F
43. Tengo ataques de ira o enfado.....	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "coquetear".....	V	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer.....	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo.....	V	F
47. Pierdo el control y me meto en peleas.....	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero.....	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana.....	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables.....	V	F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida.....	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente.....	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso.....	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas.....	V	F
55. Sueño con ser famoso.....	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias.....	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz.....	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas.....	V	F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera.....	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales.....	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido.....	V	F
62. Cuando termina una relación o noviazgo, tengo que empezar otro rápidamente... V F	V	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas.....	V	F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo.....	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento.....	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación.....	V	F
67. No suelo mostrar emoción.....	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire.....	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos.....	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico.....	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales.....	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años.....	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo.....	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos.....	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje.....	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho.....	V	F
77. Tengo amigos íntimos.....	V	F

TABLA DE RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN

1. PARANOIDE	2F 14F 36 38 58 66 72	
2. ESQUIZOIDE	1F 12 21F 17 31 46 57F 77F	
3. ESQUIZOTIPICO	2F 24 30 52 64 67 70 71F 77F	
4. HISTRIÓNICO	5 10 17 26 28 35F 44 45	
5. ANTISOCIAL	11F 18F 20 29 47 56 74	
6. NARCISISTA	7F 9 15 22 37 55 61 65 68	
7. LIMITE	4 8 13 25F 40 43 53 60 75	
8. OBSESIVO- COMPULSIVO	3F 19 23 32 41 48 54 59	
9. DEPENDENCIA	6 33 42 49 50 62 69F 73	
10. EVITACIÓN	16 27 34 38 39 51 63 76	