



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

TÍTULO:

"PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO "CORDILLERA" DE LA CIUDAD DE LOJA DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA:

Georgina Alexandra Veintimilla Vega

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Loja - Ecuador
2015

CERTIFICACIÓN

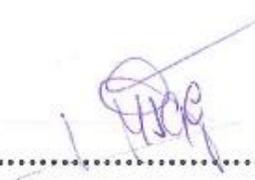
Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado “**PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014**” para optar por el título de **PSICOLOGA CLINICA**, de autoría de Georgina Alexandra Veintimilla Vega, ha sido cuidadosamente revisada y dirigida de acuerdo a los reglamentos de Graduación de la Universidad Nacional de Loja, por lo autorizo su presentación.

Loja, 3 de Diciembre 2015

.....

Dra. María Susana González García. Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Georgina Alexandra Veintimilla Vega, declaro ser autora de la tesis titulada, "PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 - 16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO "CORDILLERA" DE LA CIUDAD DE LOJA DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014", como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

A través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cuatro días del mes de Diciembre del dos mil quince, firma la autora.

Firma:



Autora: Georgina Alexandra Veintimilla Vega

Cédula: 1104722234

Dirección: Alfredo Mora Reyes y Manuel Ygnacio

Correo Electrónico: alexavcive@hotmail.com

Teléfono: Domicilio: 0991120200 **Celular:** 0985735072

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDENTE: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

VOCAL: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines, Mg. Sc.

VOCAL: Dra. Esp. Verónica Andrea Vélez Mora

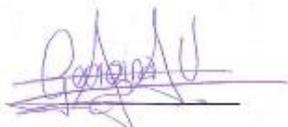
AUTORÍA

Yo, Georgina Alexandra Veintimilla Vega declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional, biblioteca virtual, de así considerarlo.

Loja, 3 de Diciembre de 2015

Firma:



Nro. de Cedula: 1104722234

DEDICATORIA

A dos ángeles que sin duda siempre desearon verme crecer y convertirme en una persona temerosa de Dios y útil para la sociedad, quienes en este corto lapso de tiempo se unieron al coro celeste: a ti papito querido Georgi Veintimilla y a usted tía Rosa Veintimilla, pues tengo la certeza de que hoy se alegran conmigo, ustedes me enseñaron que todo esfuerzo trae consigo una recompensa, que hay que arriesgarse para ganar y que triunfar no es una opción sino una decisión.

Y a ti Madre querida, sin quien no hubiera sido posible este logro, te dedico este trabajo y te doy gracias por estar a mi lado siempre. Te amo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permanecer fiel a lo largo de mi camino y brindarme su amor incondicional.

Mi agradecimiento también a la Universidad Nacional de Loja, de manera particular al Área de la Salud Humana, por permitirme formar parte de ella y recibir la formación profesional en sus aulas.

De la misma forma a las autoridades del Centro Educativo Cordillera, quienes me abrieron las puertas de la institución para la realización de la presente investigación.

A la doctora Susana González, por la ayuda brindada en la realización del este trabajo; así mismo a todos los docentes quienes contribuyeron en mi proceso educativo.

Resulta difícil nombrar a cada una de la personas con quienes estoy enteramente agradecida, pues he conocido personas maravillosas que sin importar que, me han tendido la mano para continuar con la meta que me había trazado, a todas ellas gracias por estar presentes en mi camino y por formar parte de mi vida. Y como no agradecer también a quienes formaron parte de mi experiencia de vida, pero no permanecen ya en ella, pues de ellos aprendí que el mejor momento para vivir es AHORA.

Gracias familia y amigos por estar conmigo en todo tiempo, con amor inmenso viven en mi corazón.

Alexandra Veintimilla

1. TÍTULO

**“PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE
14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERISTICAS DE
PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA
CIUDAD DE LOJA DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014”**

2. RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), son complejas alteraciones psicosomáticas de origen multifactorial, intervenidas por determinantes socioculturales, estrechamente relacionados con modificaciones en rutinas y estilos de vida alimentarios, con ideales estético/corporales, manifestadas particularmente en la población adolescente. Por tal motivo la presente investigación tiene como objetivo realizar un Plan de Intervención Primaria en adolescentes con riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, el mismo que se encamina a evitar la aparición de nuevos casos de TCA y a crear y reforzar factores de protección en el adolescente. Para lograr este objetivo inicialmente se evaluó el riesgo a presentar TCA por medio del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI, posteriormente se determinó las características de personalidad por medio cuestionario de personalidad IPDE. El trabajo investigativo se llevó a cabo con 32 adolescentes entre 14-16 años, del Centro Educativo Cordillera de la ciudad de Loja, mismos que presentan riesgo para TCA, como características de personalidad destacadas en esta población se encuentran los rasgos evitativo con un 53%; dependiente con 28%, obsesivo compulsivo con el 10%, el rasgo límite con 6% y paranoide con el 3%. Estos resultados sugieren que la personalidad podría estar estrechamente ligada al inicio ya sea de AN o BN, ya que se relacionan estrechamente con los tipos de personalidades presentes en la población que ya ha desarrollado un trastorno alimenticio.

Palabras Clave: Adolescencia, Prevención, IPDE, EDI

ABSTRACT

The eating behavior disorders (TCA), Anorexia nervosa (AN) and Bulimia nervosa (BN), are complex psychosomatic disturbances of multifactorial origin, intervened by sociocultural determinants, closely related to changes in routines and eating lifestyles, with aesthetic/body ideals, manifested particularly in the adolescent population. For this reason the present investigation aims to perform a primary intervention Plan in adolescents at risk for disorders of eating behavior, the same he moves to prevent the emergence of new cases of TCA and to create and strengthen adolescent protection factors. To achieve this goal initially the risk was assessed to present acts through the inventory of eating behavior disorders EDI, later personality characteristics was determined by average IPDE personality questionnaire. The research work was conducted with 32 youth aged 14-16, of the educational center of the city of Loja, themselves presenting risk for TCA, as personality characteristics featured in this population are avoiding traits with a 53%; dependent with 28%, obsessive compulsive with 10%, the feature limit with paranoid with 3% and 6%. These results suggest that personality could be closely linked to the home either AN or BN, that are closely related to the types of personalities present in the population that has already developed an eating disorder.

Key words: Adolescence, Prevention, IPDE, EDI

3. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los últimos años se han convertido en un tema de creciente interés en el ámbito de la salud mental, puesta su etiología múltiple, manifestaciones, evolución y cronicidad. Pues son alteraciones psicológicas que afectan mayoritariamente al sexo femenino en edades de entre los 12 y 25 años, cuyas manifestaciones se evidencian en los distintos aspectos: físico, psicológico, familiar, social y académico; por lo que la recuperación total es compleja, tendiendo en muchos de los casos a la cronicidad y en ocasiones con un desenlace irremediable. Se entiende así que la población con mayor riesgo para estas alteraciones son los adolescentes, debido a que es una etapa de transición sujeta a cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos. (Larson y Wilson, 2004).

Durante esta etapa de desarrollo, el adolescente busca el sentido de pertenencia y aceptación de sus pares, la imagen que posee de sí mismo se va construyendo por medio de vínculos en los que los compañeros, amigos, figuras de culto e ídolos, adquieren representación de modelos y consejeros, contribuyendo conjuntamente a la adquisición de la identidad. (Rice F. , 2000) A medida que crece el adolescente adquiere diversas conductas, preferencias musicales, vestimenta y los criterios estéticos de belleza. La aceptación del propio cuerpo se encuentra sujeta a los cánones predominantes entre sus contemporáneos y la sociedad puesto que estos sobresalen y marcan la diferencia, resaltando la aceptación, prestigio y éxito en el medio que se encuentra. Desde esta concepción es posible comprender porque las adolescentes son el grupo de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de alteraciones alimenticias.

Por otro lado la práctica ha demostrado que quienes padecen este tipo de trastornos poseen más de una característica en común lo que ha llevado a considerar que existen patrones de personalidad que predispondrían a la adquisición de estas alteraciones: son personas ambiciosas, autoexigentes,

trabajadoras y sobresalientes en los estudios. (Borrego, 2000) Emocionalmente, tienen dificultades para interpretar y expresar sus emociones. A nivel familiar se da mucha importancia a la apariencia y al éxito. Hasta que aparece la enfermedad son hijos obedientes y con gran dependencia parental. Tienen dificultades en la maduración y separación de la familia. Inicialmente el único síntoma de rebeldía es a través del rechazo alimentario. Suelen presentar antecedentes de obesidad en mayor o menor grado. Son estas consideraciones motivo para indagar si realmente existe una relación entre las características de personalidad y el riesgo a padecer TCA.

Cabe recalcar también que en la sociedad actual, la delgadez mitificada significa el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio (Gascón y Migallón, 2002). En países occidentales industrializados los Trastornos Alimenticios han ido en aumento durante los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto. (Marín, 2008, pág. 1)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) existe una prevalencia cercana al 0,5% para la Anorexia Nerviosa y de 1-3% para la Bulimia Nerviosa, ambas en mujeres jóvenes. Se establecen una ratio de prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de uno a nueve en varones respecto a mujeres. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR, 2005)

Con respecto al tratamiento y al pronóstico, estadísticas internacionales muestran que el 40% se recuperan completamente, 15% permanecen con síntomas leves, 25% continúan con una enfermedad crónica y 15-20 % llegan a la muerte.

La expectativa de este trabajo se centra en el ámbito preventivo, puesto que una vez adquirido el trastorno la recuperación es muy compleja y los costes son

demasiado elevados, es por ellos que se ha creído conveniente realizar el estudio denominado **“PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014”**

Los objetivos de este trabajo se centran en identificar a los y las adolescentes con riesgo para TCA, evaluar sus características de personalidad, para posteriormente elaborar un plan de intervención primaria en los factores involucrados en la aparición de la afección, crear y potencializar recursos de afrontamiento para la vida como crear un ambiente adecuado y estilos de vida saludables en los adolescentes.

El trabajo presentado está estructurado por cuatro capítulos; el Capítulo I, enfoca el periodo de la adolescencia, definición, etapas y los diversos cambios que ésta supone para el niño en transición a la adolescencia. El Capítulo II, se relaciona con la personalidad, si bien el adolescente no ha definido su personalidad ya presenta manifestaciones de ella en las diferentes áreas de su vida, este capítulo incluye la definición, el desarrollo de la misma: influencias genéticas y ambientales, y las diferentes personalidades predisponentes a TCA. En el Capítulo III se hace referencia a los TCA en sí, definición, antecedentes históricos de los TCA, etiología y patogenia, clasificación de los TCA según el DSM IV, características diagnósticas, perfil de la persona con TCA, causas, efectos: físicos, psicológicos, sociales, familiares y académicos; curso y pronóstico. En el Capítulo IV, se trata sobre el tratamiento, definición, consideraciones para la elección del tratamiento y los tipos de tratamiento.

Esta investigación es de corte transversal, de tipo analítico- descriptiva; se llevó a cabo con 32 adolescentes entre 14-16 años, del Centro Educativo Cordillera de la ciudad de Loja, mismos que presentan riesgo para TCA evaluados previamente

con el Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria EDI, los rasgos de personalidad evitativo con un 53%; dependiente con 28%, obsesivo compulsivo con el 10%, el rasgo límite con una 6% y paranoide 3% son los más frecuentes en esta población, estos resultados sugieren que la personalidad podría estar estrechamente ligada al inicio ya sea de AN o BN, ya que se relacionan estrechamente con los tipos de personalidades presentes en la población que ya ha desarrollado un trastorno alimenticio.

Posterior a la etapa de evaluación se procedió a elaborar el plan de intervención primaria para los adolescentes con riesgo para TCA, está dirigido a la población identificada con riesgo, estructurado en 14 sesiones, las mismas que se aplicarán tanto de modo individual como grupal, con frecuencia de 1 sesión semanal. Los objetivos están dirigidos evitar la aparición de nuevos casos en la problemática alimenticia, mediante desarrollo y fortalecimiento de medidas preventivas, que promuevan la calidad de vida de los adolescentes. Para este modelo de intervención se ha utilizado un enfoque integrativo el mismo que se caracteriza por la flexibilidad para integrar diferentes modelos psicológicos y para aplicar distintos tipos de técnicas en cada paciente, en distintas fases de su vida y ante diferentes problemas.

Se concluye así que la atención psicológica preventiva, aunque poco explorada en el campo de los TCA, juega un papel imprescindible ya que aporta a la comprensión de tal fenómeno y al ser aplicada en el momento adecuado evita la aparición de nuevos casos, eleva la calidad de vida, crea y fortalece vínculos entre la familia y el adolescente.

Esta investigación es una herramienta útil para quienes inmersos en la realidad de la salud mental y de modo particular en lo que respecta a los TCA, buscan crear factores de protección entre los adolescentes que garanticen el desarrollo integral con un entorno saludable, así mismo es un aporte para el desarrollo de futuras investigaciones ya sea referentes a la temática puesto que la misma es muy

explorada en la actualidad o pasa por desapercibida para muchos, y también en diferentes temáticas en las que las medidas preventivas puedan ser desarrolladas.

4. REVISION DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

4.1. DEFINICIÓN:

Este término, se deriva del griego *adolecere*, cuyo significado es “crecer” o “crecer hacia la madurez” (Rice, 2000). En el siglo XIII se formaron las palabras francesas *adolescent* y *adolescence* que muy pronto llegaron al español como *adolescente* y *adolescencia* respectivamente. (Fize, 2001, pág. 13). Es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986)

La adolescencia ha sido descrita por varios autores por ejemplo:

Hall describe a la adolescencia como un período de de “tormenta e ímpetu”, corresponde a una época en que la humanidad se encontraba en un estado de transición turbulenta, además considera que es un segundo nacimiento porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas. (Deval, 1998)

Para Hollingshead, la adolescencia es un periodo de la vida de una persona durante el cual, la sociedad deja de considerarla como un niño, pero no le concede ni el status, ni los roles, ni las funciones del adulto. (Martínez, 1988)

La adolescencia es, en realidad, una etapa de aprendizaje que se extiende en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y habilidades para enfrentar la edad adulta. (Iglesias, 2013)

Teniendo en consideración las diferentes concepciones que pueden relevarse en torno a la adolescencia —clásicas y contemporáneas, podemos encontrar algunos

rasgos más o menos comunes a ellas, sea desde el *punto vista biológico y fisiológico*, en cuanto a desarrollo físico, durante ella se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción: pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. No se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar. (Davila Leon, 2005)

La adolescencia es la edad durante la cual la estructura mental y la psiquis alcanzan la madurez. En esta etapa el joven se diferencia de los otros y busca su independencia con logros y desaciertos que le permiten medir sus capacidades para solucionar conflictos. En la búsqueda de esta identidad los adolescentes experimentan cambios de humor bruscos, exploran en soledad, cuestionan las reglas establecidas y experimentan en sondeo del cuerpo perfecto, atraíble para otros. (Proaño, 2010)

4.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La OMS considera dos fases durante esta etapa:

Adolescencia temprana: es el periodo comprendido entre los 10 años (niñas) u 11 años (niños), y los 14-15 años.

Adolescencia tardía: es el periodo comprendido entre los 14 y 15 años hasta los 19 años de edad. (OMS, 1986). Cada etapa trae consigo sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento.

4.2.1. La Adolescencia Temprana o pre-adolescencia: desde los 10 hasta los 14 años

Sin duda es la etapa final de niñez, los conflictos internos adolescentes empiezan a manifestarse. Coincide con el inicio de la pubertad, con diversa prontitud dependiendo de cada adolescente.

- 4.2.1.1.Cambios Físicos: Cambios puberales, Incremento del apetito, mayor necesidad de dormir, desarrollo de los órganos genitales, cambios en la voz. (Sánchez I. , 2013)
- 4.2.1.2.Cambios Cognitivos: desarrollo de nuevas destrezas para ver los sucesos en términos respectivos y abstractos y para pensar, tendencia al olvido. Sentido de humor puede estar más centrado en el sarcasmo y el sexo. Período de mayor conflicto con padres. (Stassen, 2006)
- 4.2.1.3.Desarrollo Moral: Búsqueda de aprobación social por parte de sus pares. Propensión hacia el egocentrismo. Pese a concebir conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen disputar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, de manera especial los de sus padres. (Rice F. , 2000)
- 4.2.1.4.Cambios Psicológicos: Soportan cambios fuertes de humor, pasando de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin identificar razones. Su atención está centrada en sí mismos inquietud por la opinión de terceros. Necesitan más intimidad en el hogar. (Iglesias, 2013)
- 4.2.1.5.Auto-concepto: relacionado principalmente con el cómo admiten los cambios que suceden durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Inquietud por problemas de peso, cutis, altura y el físico en general.
- 4.2.1.6.Cambios sociales: el deseo de auto descubrirse los lleva a presentar una conducta social hostil, por lo general hacia los adultos y personas que suponen una autoridad para ellos. (Kimmel & Weiner, 2006)
- 4.2.1.7.Relaciones con Padres: Suele ser el período de mayor dificultad con los padres mientras están en la búsqueda de una identidad propia dentro de la

familia más allá que la del niño o la niña de antes. Posible rechazo hacia demostraciones afectivas, pese a la necesidad de ellas. Deseo de tomar sus propias decisiones y desobedecer los límites disciplinarios de padres. (Iglesias, 2013)

4.2.1.8.Relaciones con compañeros: Los cambios de la pubertad y la reacción de sus compañeros pueden restringir las amistades. Incrementa la predisposición a compartir confidencias y formar conjuntos de 2 a 6 amigos. Se aviva el deseo sexual y algunos intentan ya a formar parejas. (Unicef, 2011)

4.2.2. Adolescencia Tardía: desde los 15 hasta los 19 años

4.2.2.1.Cambios Físicos: Mayor uniformidad entre sus pares debido a que la mayoría han pasado ya por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto. (Sánchez I. , 2003)

4.2.2.2.Cambios Cognitivos: Capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética acerca de presente y futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social. (Stassen, 2006)

4.2.2.3.Desarrollo Moral: Existe mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Debido a que el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no son homogéneos, es posible que los adolescentes que reivindican ciertos valores, los violen a la vez. Debido a ello esta etapa puede ser algo contradictoria. El egocentrismo ha disminuido. (Rice F. , 2000)

4.2.2.4.Cambios Psicológicos: Se constituyen en un grupo con cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia, bulimia, entre otros. (Iglesias, 2013)

4.2.2.5.Auto-concepto: En esta fase el adolescente constituye su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Algunas niñas con dificultades de peso podrían tender a la depresión.

4.2.2.6.Cambios sociales: ya en esta época el adolescente ha comprendido la importancia del respeto hacia los demás y sobre todo a escuchar sus opiniones aunque no siempre las acepte como verdad. (Kimmel & Weiner, 2006)

4.2.2.7.Relaciones con Padres: a medida que se avanza por esta última etapa, los conflictos entre padres e hijos disminuyen, incrementa el respeto ya que los hijos comprenden que las opiniones de los padres se fundamentan en indiscutibles valores que permiten estabilidad en las relaciones familiares. Pese a ello aún puede haber divergencias con algunos términos impuestos por los padres. (Iglesias, 2013)

4.2.2.8.Relaciones con compañeros: Las amistades heterogéneas suelen ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. (Unicef, 2011)

4.3. ADOLESCENCIA Y DESARROLLO

Los cambios de esta etapa no se limitan a un solo ámbito sino a un todo unificado en diferentes áreas. Cuando el adolescente atraviesa estos cambios, característicos de la adolescencia, necesita tener apoyo adecuado, para evitar que estos se conviertan en factores de riesgo, los mismos que podrían llevar a desarrollar alteraciones como los TCA

4.3.1. El Desarrollo Psicosocial

La sociedad impone al adolescente un cambio de estatus, que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de la familia, junto a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres, creando en el adolescente una lucha intrapsíquica y una ambivalencia respecto a la dependencia-independencia. Actualmente la sociedad esta revolucionada con la tecnología, la moda y los cada vez más altos estándares para lograr éxito y poder formar parte de la misma, lo que lleva a la adolescente a la búsqueda de aceptación en muchas ocasiones utilizando métodos no convenientes para su desarrollo y salud.

4.3.1.1. El apoyo psicosocial y familiar

La red social crece en tamaño y en importancia durante la pubertad, más a menudo en beneficio del adolescente que en su contra. Los padres son fundamentales como apoyo y guía. Siguen influyendo en sus hijos, a pesar de las disputas. La comunicación por parte de los adultos de referencia es muy útil en cuestiones de importancia como la vocación futura y la sexualidad. (Sánchez, 2003)

Las relaciones con los pares serán fundamentales para el adolescente ya que será el grupo con el que más identificado se sienta, estas podrían conducir a conductas tanto beneficiosas como perjudiciales, por lo que la comunicación tiene un papel imprescindible en este lapso. (Rice F. , 2000)

Mientras más amplia sea la red de apoyo social con la que el adolescente cuenta mayor será la posibilidad de evitar la adquisición de conductas perjudiciales para la salud del mismo.

4.3.1.2. La imagen corporal

Es un complejo constructo psicológico, que hace referencia a como la auto percepción del cuerpo crea una representación mental, formada por un esquema corporal perceptivo, que involucra las emociones, pensamientos, creencias y conductas asociadas. La imagen corporal alcanza mayor importancia cuando el grupo de pertenencia del adolescente pone demasiado énfasis en los caracteres físicos tanto en hombres como en mujeres, de la misma manera cuando el medio familiar y social critica o rechaza alguna de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc. (Philip Rice, 2000)

Cuando la importancia hacia la imagen corporal es excesiva el adolescente corre el riesgo de presentar dificultades las mismas que pudieren ir desde leves preocupaciones por su apariencia, peso, figura, y evolucionar hasta complejas entidades ya definidas como lo son TCA.

4.3.1.3. La búsqueda de la identidad

El desarrollo psicosocial durante la adolescencia puede entenderse mejor como una búsqueda de la identidad. Por lo tanto durante la adolescencia se habrá de establecer la identidad del yo, que definirá la conciencia de quién es uno mismo y hacia dónde va. (Stassen, 2006)

La identidad es una definición coherente del “yo” de una persona como ser en términos de roles, actitudes, creencias y aspiraciones. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009, pág. 496). La identidad se establece a medida que se resuelven tres aspectos principales: la elección de una ocupación, adopción de los valores con los que vivirá y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

4.3.2. Desarrollo Físico

Pese a que la edad de inicio de la pubertad varía sustancialmente (8-15 años se considera normal, pero típicamente ocurre entre los 10-13 años), la secuencia suele ser la misma.

4.3.2.1 Cambios hormonales

La producción de las hormonas está regulada desde las partes internas del encéfalo, en el hipotálamo. Las señales bioquímicas son enviadas desde el hipotálamo hacia otra estructura encefálica, la hipófisis. Esta glándula sería la encargada de producir hormonas que estimulan las glándulas suprarrenales, mismas que se encuentran ubicadas en la zona superior de los riñones en ambos lados del dorso. Esta vía se denomina eje hipotálamo, hipófisis, suprarrenales. Considerables hormonas siguen este eje, como las que regulan el estrés, el apetito, la libido y muchos otros cambios que ocurren en el organismo. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009, pág. 433)

4.3.2.1. El Desarrollo del encéfalo en el adolescente

Hasta hace poco tiempo se creía que el cerebro llegaba a la madurez total durante la pubertad, no obstante hoy con ayuda de la tecnología se sabe que el cerebro de un adolescente es un trabajo en progreso. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009)

Al igual que sucede con las otras partes del cuerpo adolescente el desarrollo del encéfalo no es similar en todas sus partes, ya que algunas zonas de éste se desarrollan más rápido que otras. En el caso del sistema límbico (hipocampo y amígdala), relacionado directamente con las reacciones emocionales e instintivas (enojo, alegría, miedo, desesperación súbitos), alcanza su madurez final antes que la corteza prefrontal; cuyo papel fundamental está ligado a las funciones ejecutivas (coordinación, inhibición y planificación de estrategias). (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). Dicha maduración asincrónica predispone a los adolescentes a realizar conductas de mayor riesgo y a problemas emocionales, puesto que los sistemas encefálicos que activan las emociones se desarrollan antes del funcionamiento pleno de la capacidad para el control volitivo y esforzado de estas emociones. (Kimmel & Weiner, 2006). El subdesarrollo de los sistemas corticales frontales asociados con la motivación, impulsividad y a adicción puede

ayudar a explicar la búsqueda de emociones y novedad de los adolescentes y de la misma forma explicar porque para algunos adolescentes es complicado enfocarse en metas a largo plazo. (Fize, 2001). Esta secuencia de desarrollo explicaría por qué sus decisiones están basadas en emociones y son fácilmente influenciadas por el ambiente, la moda y la sociedad, por ende propensos al inicio de alguna alteración de la conducta alimentaria.

4.3.2.2. Riesgos asociados a la adolescencia

Existen ciertamente riesgos que ponen en peligro la salud y vida de los adolescentes, entre ellos podemos encontrar: consumo de drogas, delincuencia, sexo prematuro, dieta y enfermedad, entre otros, ahora abordaremos aquel que hace énfasis en esta investigación.

Dieta y enfermedad: la alimentación adecuada es una de las principales necesidades del adolescente ya que respalda el correcto desarrollo característico de esta etapa. No obstante en la actualidad los adolescentes son propensos a una dieta menos saludable y por ende a una deficiencia de minerales, vitaminas y proteínas, seguido de la sobre ingesta de grasas, dulces y en general alimentos con alto contenido calórico y bajo en nutrientes. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009, pág. 458)

Las consecuencias de mantener una dieta desequilibrada y un estilo de vida sedentario son los llamados trastornos de la conducta alimentaria, que incluyen Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, los mimos que se derivan de la percepción de una imagen corporal distorsionada y que ocasionan constante sufrimiento a quienes los padecen. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009, pág. 475), (Stassen, 2006, pág. 461)

CAPÍTULO II

PERSONALIDAD

4.4. Definición

La personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas fundamentalmente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos, aprendizajes y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo. (Millon, & Davis, pág. 4)

4.5. Desarrollo de la personalidad: Influencias genéticas y ambientales

Cuando hablamos de personalidad surge muy a menudo una interrogante ¿Por qué todos tenemos diferentes personalidades? La respuesta está relacionada con que todos poseen diferentes genes y viven en un entorno distinto. (Brody & Ehrlichman, 2000, pág. 81). Sí, estos dos componentes: genética y ambiente cumplen un rol imprescindible en la formación de la personalidad de un individuo, no solo aportan a su desarrollo sino que también pueden modificar conductas en base a las experiencias vividas por cada sujeto.

4.5.1. Influencias genéticas

Cuando nos referimos a las influencias genéticas hablamos explícitamente del conjunto de genes (gen es la unidad básica de transmisión de la herencia que consta de una cadena de códigos químicos para la síntesis de ciertas proteínas) que acompañan de forma hereditaria al ser humano desde su concepción.

Existen dos formas en las que los genes podrían influir en nuestras características personales. Primera se relaciona con que los genes pueden determinar las características que compartimos entre los miembros de una misma especie y la segunda se relaciona con el hecho de que existen muchas características genéticas que no compartimos. (Brody & Ehrlichman, 2000, págs. 81-82)

4.5.2. Influencias ambientales:

La personalidad comprende la forma en que una persona se enfrenta al mundo, se adapta a las demandas y oportunidades en el ambiente. La gente se adapta de diferente manera, de forma que las mediciones de los rasgos de la personalidad pueden utilizarse para predecir la manera en que enfrentan las situaciones. (Brody & Ehrlichman, 2000, pág. 85)

4.6. Personalidades predisponentes para TCA

Al parecer se ha encontrado que los tipos con más probabilidad de presentar TCA son: el límite, histriónico, por evitación, por dependencia, esquizoide y la obsesiva compulsiva (Vallejo, 2003, pág. 330); (Góngora, 2010). Dadas las características propias de cada personalidad podríamos explicar parcialmente el porqué de la predisposición a la patología alimentaria.

Personalidad Obsesiva compulsiva: estas personalidades son normativas, rígidas, perseverantes y parsimoniosas, están muy preocupadas por el perfeccionismo y los resultados, necesitan orden, limpieza y meticulosidad, tienden a dudar sistemáticamente, por lo que recurren a continuas comprobaciones y repeticiones. (Belloch & Fernández, 2010). No poseen una adecuada sensación de seguridad, por lo que no toleran la incertidumbre, son extremadamente miedosos por lo que siempre se hallan a la defensiva y evitan cualquier situación que pueda derivar ansiedad. (Millon & Davis, 2001)

El término compulsivo hace referencia a la naturaleza displacentera de muchas conductas obsesivas, que se imponen como necesidad hemostática. Tienden a utilizar la racionalización como principal mecanismo de defensa. Sus personalidades los pueden llevar fácilmente a la ansiedad y depresión.

Personalidad evitativa: estas personas presentan un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación, excesivo temor a la evaluación negativa de los demás. Necesidad exagerada de aprobación por parte de quienes los rodean, no poseen habilidades de afrontamiento por lo que carecen de recursos para la interacción social.

Tienden a ser callados, tímidos, se consideran socialmente torpes, poco interesantes o inferiores a los demás. Utilizan como mecanismos de defensa la negación y proyección. Sus características de personalidad los pueden conducir fácilmente a la depresión, ansiedad y bloqueo emocional. (Millon & Davis, 2001)

Personalidad dependiente: estos individuos ponen de manifiesto el temor a la soledad, son hipersensibles a la desaprobación y se creen incompetentes para cuidar de sí mismos. Son sumisos y se adhieren de modo dependiente a los demás, pueden llegar a cualquier extremo en busca de protección, son incapaces de tomar decisiones y de expresar desacuerdos, carecen de iniciativa. Su autoestima es nula, fácilmente caen en estados distímicos, depresiones y fobias. Utilizan como mecanismo de defensa la justificación. (Oldham & Morris, 1998)

Personalidad esquizoide: se caracterizan por tener un déficit y malestar en cuanto a las relaciones sociales e interpersonales. Manifiesta restricción emocional. No siente la necesidad de pertenecer a un grupo social o familiar, prefiere los entornos solitarios, indiferencia ante halagos o críticas de los demás.

Suelen ser fantasiosos e imaginativos, en ocasiones al extremo. Su pensamiento puede ser obsesivo.

Personalidad límite: suelen ser sumamente inestables en cuanto las relaciones interpersonales, la afectividad y la autoimagen. Son sujetos muy impulsivos (no miden riesgos, ni consecuencias de sus actos), fríos, extrovertidos. (Góngora, 2010). No toleran la soledad, son hipersensibles al rechazo, se irritan con facilidad por lo que pierden el control rápidamente.

Personalidad histriónica: entre sus rasgos específicos presentan emotividad generalizada, junto con la búsqueda de atención excedida. Son extrovertidos e insaciables de afecto, vivaces y dramáticos. Con expresiones emocionales superficiales, fácilmente influenciables. (Oldham & Morris, 1998). Su inestabilidad los lleva a pasar de la alegría a la tristeza, baja autoestima, inseguridad e irritabilidad.

CAPÍTULO III

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

4.7. Definición de los trastornos de la conducta alimentaria

Los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son trastornos de la conducta que tienen relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc. Constituyen un grupo de trastornos caracterizados por una conducta gravemente alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo.

4.7.1. Antecedentes históricos.

Los trastornos de alimentación datan desde la antigüedad, remontándose concretamente a los festines de los romanos los mismos que para continuar la ingesta de alimentos vomitaban en lugares destinados exactamente para eso y por consiguiente podían seguir comiendo. (Behar & Figueroa, 2010, pág. 26)

La primera descripción científica de los trastornos de alimentación, fue en el año 1689 donde el doctor Morton comunica la existencia de una “consunción nerviosa” en una paciente suya en la que no encontró causa de enfermedad para su negativa a comer y su deterioro nutricional. Posteriormente, en 1874, el Dr. Williams Gull acuñó el término “anorexia nerviosa”, para referirse a una entidad a la razón poco frecuente, pero muy llamativa cuya incidencia ha aumentado en todo el mundo de forma impresionante.

A partir de los años cincuenta, el conocimiento es mayor, en primer lugar porque se estudian los factores biológicos y psicológicos, a la vez que emerge la importancia que los hábitos sociales tienen en el desarrollo de esta enfermedad.

De hecho, los modelos de belleza femenina cambian a partir de esa fecha: las curvas deseables de los años anteriores desaparecen para dejar pasar un modelo delgado. (Hernández, 2011)

La historia de la bulimia nerviosa es más reciente, es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas, ha emergido en nuestras sociedades con gran fuerza en los últimos quince años, y sólo encontramos referencias detalladas en los últimos 50 años. En la bulimia nerviosa se dan dos aspectos bien diferenciados, por un lado está el comportamiento ingestivo incontrolado y por otro las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso.

Para Russell en 1979, el primero en describir y dar nombre a la bulimia nerviosa en su concepción actual, la bulimia no sería más que una variante ominosa de la anorexia y es un hecho comprobado que un gran porcentaje, de 40% al 60%, de las pacientes bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa.

4.7.2. Etiología y patogenia

La conducta alimentaria es como toda conducta humana un acto complejo en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, por lo que la etiología de los TCA sería multifactorial. (Behar & Figueroa, 2010). Dentro de los factores biológicos se incluyen las necesidades nutricionales, los mecanismos centrales y periféricos de regulación de la ingesta que se reflejan en el hambre y la saciación y el sistema de recompensa que se pone de manifiesto en el apetito. Los mecanismos homeostáticos se encuentran localizados en el hipotálamo. (Vallejo, 2003, pág. 315)

En lo que se respecta a los mecanismos psicológicos, están incluidos los rasgos de personalidad y la dinámica familiar que son muy influyentes en el modo consecuente en que se establece familiarmente el vínculo con la comida y con la imagen corporal (Fernandez & Turon, 1999); los factores socioculturales como la

disponibilidad del alimento, hábitos alimenticios determinados por la economía y los modelos vigentes de belleza, constituyen el tercer pilar determinante de la conducta alimentaria.

Cuando la conducta alimentaria está afectada por medio de un trastorno de la alimentación, sea anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, su causa se puede apuntalar en los tres determinantes de manera semejante o puede estar originada más en uno que en otro.

Los TCA tienen como características generales las siguientes conductas: rechazo voluntario del alimento, preparación de los alimentos por cocción o plancha, ingesta de trozos pequeños, disminución de la ingesta de líquidos, aumento de actividad física, uso de laxantes y diuréticos, vómitos, uso compulsivo de la balanza, irritabilidad, insomnio y aislamiento social.

4.7.3. Clasificación de los Trastornos De La Conducta Alimentaria según el DSM IV

Las clasificaciones actuales de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen dos trastornos específicos la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y otras alteraciones menos específicas denominadas Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE).

4.8. ANOREXIA NERVIOSA

4.8.1. Definición

La Anorexia Nerviosa es una alteración cuya etiopatogenia es sólo parcialmente conocida, la sintomatología naciente está centrada no en la anorexia, sino en el deseo irreprimito de delgadez y la consiguiente resistencia a comer o a retener lo ingerido. (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1994). Esta característica dará lugar posteriormente a un complejo síndrome en el que se enfatizan las singulares autolimitaciones dietéticas, las alteraciones conductuales encaminadas a reforzar

la conducta de evitación de la comida, la percepción distorsionada de la imagen corporal, el agudo temor a engordar que no disminuye, a pesar de la creciente delgadez y diferentes alteraciones psicopatológicas y físicas que surgen como consecuencia de la gradual desnutrición. (Vallejo, 2003, pág. 313)

4.8.2. Perfil de la persona anoréxica

Este tipo de pacientes o en su mayoría suelen ser: niñas ejemplares, abnegadas, buenas estudiantes, con dificultades para manejar la agresión.

Generalmente hay mala relación con la madre, produciéndose una relación ambivalente que pasa de la dependencia al rechazo de la relación establecida.

Muestran una imagen de sumisión, pero en realidad son adolescentes o jóvenes: caprichosas, inmaduras, explosivas, exigentes constantemente. (Jorquera, 2010)

No está comprobado la existencia de una situación traumática puntual que pueda ser el desencadenante de la enfermedad, pero sí se ha encontrado como rasgo común la dificultad en las relaciones con los demás.

4.8.3. Causas

Abordaremos las causas desde diferentes perspectivas, entre ellas: teorías psicológicas, socioculturales y biológicas.

a) Teorías Psicológicas: algunos de los autores han resaltado las anormalidades en la dinámica familiar que se diferencia porque sus miembros están muy implicados entre sí o son muy controlados imposibilitando que el paciente este en armonía con sus necesidades íntimas. Así mismo se incluyen en estas familias actitudes sobreprotectoras y rigidez, eludiéndose típicamente los conflictos, mostrándose aparentemente como un núcleo familiar perfecto. (Vallejo, 2003, págs. 315-318)

En estas familias el padre típicamente está ausente, tanto física como afectivamente o a veces seductor, crítico y hasta cruel. Madre ambivalente respecto de la paciente, se muestra por un lado aprehensivo, tolerante hogareña, pero al mismo tiempo, inmadura incapaz de brindar apoyo, dependiente de su propia madre y con sentimientos de envidia y competencia en relación a la delgadez de su hija.

En ocasiones la anoréxica puede tener un hermana con características completamente opuestas a las de ella, tiene buena relación con su padre por lo tanto compiten por el cariño del mismo, también puede existir un hermano irresponsable y sobreprotegido por la madre. Para la teoría freudiana la anorexia es una impregnación oral y un rechazo a la sexualidad. La escuela psicósomática la relaciona con el instinto de muerte donde el comer sería un verdadero suicidio inconsciente. (Behar R. F., 2004, págs. 29-33)

b) Teorías socioculturales: se basan en la posible relación existente entre la anorexia nerviosa, que emerge como una respuesta de sobrevaloración que le ha otorgado la sociedad contemporánea occidental a la delgadez, lo que representa una fuerte presión, particularmente para las mujeres jóvenes que intentan insistentemente alcanza ese ideal esbelto cultural que se análoga positivamente al éxito, inteligencia, belleza y atractivo sexual.

c) Teorías biológicas: existen una serie de manifestaciones neuroendocrinas en pacientes anoréxicas. Pese a ello no se sabe con certeza si las anomalías se relacionan con la etiología del desorden o son simplemente consecuencias de la caquexia. (Behar & Figueroa, 2010). Las principales alteraciones se producen a nivel del eje hipotálamo hipofisiario, de los órganos endócrinos, neurobioquímicas del sueño, inmunológicas, neuroanatómicas, electroencefalográficas y genéticas.

4.8.3.1. Factores predisponentes: la anorexia suele desarrollarse en personas que muestran

un alto nivel intelectual, pensamiento concreto con razonamiento dicotomizado, necesidad de aprobación, rasgos dependientes y obsesivo compulsivos premórbidos de personalidad, principalmente rigidez, hiperresponsabilidad, inseguridad, gran autocontrol y perfeccionismo, que obtienen altos rendimientos académicos, deportivos y laborales, acompañado un alto nivel de espiritualidad como ideal o como vida ascética, autoestima disminuida y alexitimia. Sus relaciones interpersonales acostumbran a ser selectivas y ambivalentes. (Buil, Garcia, & Pons, 2001) (Behar & Figueroa, 2010)

Un detalle de la personalidad de los anoréxicos es que pueden llegar a ser dependientes y evasivos, tienen dificultades con la separación, por lo que su capacidad para desempeñarse lejos de su familia es baja. Se consideran ineficaces en los aspectos personales, demostrándolo en su creencia a no tener control en su alimentación.

Existe mayor prevalencia entre familiares de anoréxicas de alcoholismo, abuso de sustancias y trastornos afectivos que para el resto de la población.

4.8.3.2. Factores desencadenantes: entre los principales factores precipitantes podemos hallar las pérdidas de seres queridos, separaciones, fracasos en experiencias emocionales y/o sexuales, temor a enfrentar nuevas responsabilidades, realización de ejercicios físicos excesivos, críticas desagradables, inicio de dietas restrictivas, enfermedades físicas consuntivas. Así mismo pueden estar presentes situaciones de cambio a nivel familiar, escolar o acontecimientos vitales objetivamente estresantes. (Góngora, 2010); (Behar R. F., 2004)

4.8.3.3. Factores perpetuantes: la propia emancipación, alteraciones fisiológicas intestinales y la distorsión de la imagen corporal se convierten en un círculo vicioso que favorece al mantenimiento del cuadro anoréxico a través del tiempo. (Vallejo, 2003)

4.8.4. Características Diagnosticas para la Anorexia Nerviosa.

- a) Rechazo a mantener el peso normal por igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla. Por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del que corresponde, o fracaso para conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, resultando un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración en la percepción del peso, o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales). (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR, 2005, págs. 659-660)

Especificar tipo:

Tipo restrictivo

Tipo purgativo

4.8.5. Efectos

Los efectos de la anorexia suelen tener manifestaciones en todas las esferas de la vida del individuo afectado, es así que encontraremos:

4.8.5.1. Efectos físicos

A la observación se aprecia una paciente delgada, malnutrida, con la piel seca y fría y frecuentemente con edemas maleolares. El cabello es lacio y frágil, y las uñas quebradizas. Pueden presentar lanugo, tener los dientes estropeados y el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 18.

Se evidencia también: disminución del gasto energético y de la temperatura, alteraciones del sistema cardio-circulatorio: hipotensión, hipovolemia, vasoconstricción; el corazón sufre una progresiva disminución de su tamaño, bradicardia, alteraciones del ritmo y de la contractilidad cardíaca, que son los responsables de la muerte súbita. (Behar & Figueroa, 2010). Las complicaciones del aparato respiratorio pueden ser neumotórax espontáneos y enfisema mediastínico, los vómitos pueden provocar neumonías por aspiración. El sistema nervioso central puede mostrar: retraso en el tiempo de reacción, trastorno en la memoria visual y fallos en la recuperación de la información. (Buil, Garcia, & Pons, 2001) En cuanto al aparato digestivo: inapetencia, estreñimiento, pesadez, disfagias, náuseas y vómitos, en la lengua aparecen erosiones. Se dan lesiones en el esmalte de los dientes y estos se vuelven amarillos. Aparecen callosidades y ulceraciones en el dorso de la mano por la inducción al vómito, que no se curan fácilmente. Además hay hipertrofia de las glándulas parótidas, acompañada de sequedad de boca. La función renal se encuentra disminuida y hay desequilibrio electrolítico. (Gómez, y otros, 2008) En lo que respecta al sistema neuroendocrinológico existe disfunción hipotalámica, alteraciones de los ejes: hipotálamo-hipófiso-tiróideo, hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, Hipotálamo-Hipófiso-Gonadal, ocasionando así disfunciones graves en el organismo.

4.8.6.2. Efectos Psicológicos

Los principales cambios psicológicos se manifiestan a nivel intelectual: dificultades para pensamiento abstracto, disminución de la creatividad, imaginación, dedicación, y la facilidad para afrontar situaciones diversas, falta de concentración, la memoria y el control de movimientos corporales disminuyen,

por lo que se perciben torpes, se sienten desorientados y se aíslan más de la realidad (Gordon, 1994). Aislamiento social, interés sexual disminuido, aplanamiento afectivo, fluctuaciones en el estado de ánimo, hiperactividad, tienen sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos, baja autoestima. (Gómez, y otros, 2008).

4.8.6. Curso y pronóstico

La anorexia nerviosa se inicia típicamente hacia la mitad o finales de la adolescencia (14-18 años). Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores a 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante. El curso y el desenlace del trastorno son variables. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR, 2005, págs. 657-658)

El porcentaje de pacientes con anorexia nerviosa que se recuperan completamente es modesto. Aunque algunos mejoran sintomáticamente a través del tiempo, una importante proporción continúa con alteraciones de la imagen corporal, hábitos alimentarios y otras dificultades psicológicas incluyendo distimia, fobia social, síntomas obsesivo- compulsivo y abuso de sustancias.

Los seguimientos que se han hecho han demostrado que el 44% de estas pacientes tiene una evolución buena, cerca del 24% tienen una recuperación pobre, el 28% evolución intermedia y el 5% de las pacientes fallecieron (Behar R. F., 2004, pág. 38). La muerte se produce generalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

4.9. BULIMIA NERVIOSA

4.9.1. Definición

La palabra bulimia procede del latín *būlīmia*, que a su vez proviene del griego *boulīmia*, que se compone de *bous*, ‘buey’, y *līmos*, ‘hambre’, por lo que significaría ‘hambre en exceso’ o ‘hambre de buey’ (Behar & Figueroa, 2010, pág. 136)

Es un TCA caracterizado por episodios frecuentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio, como en la anorexia existe una alteración de la percepción. (Vallejo, 2003, pág. 323)

Es una patología no muy fácil de reconocer, puesto que, los afectados parecen comer normalmente cuando están con otras personas, la mayoría presenta un peso aceptable para su talla y edad, los atracones se dan cuando están a solas. (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1994, págs. 71-75). Una de las razones por las cuales es difícil identificar este trastorno es porque los enfermos parecen frecuentemente ser risueños y optimistas, llenos de vida y de seguridad en sí mismos. Muchos de ellos poseen talentos, son inteligentes y atractivos, su aspecto no permite reflejar su frágil autoestima y su profunda aflicción interna por la falta de control sobre la ingesta.

Los atracones alimentarios producen estrés, lo que provoca un número mayor de atracones, creyendo que esto es lo único que aliviará su tensión, pero al contrario la hace más grande, formando una cadena difícil de romper. En un episodio bulímico se da la ingesta de 1.000 a 10.000 calorías o más, no siendo importante la cantidad de comida sino la sensación subjetiva del paciente. El tipo de alimentos ingeridos suelen ser altamente calóricos.

4.9.2. Perfil de la persona Bulímica

La Bulimia se presenta generalmente en la adolescencia, aunque existe un número de personas que padecen de esta alteración en la edad adulta. Con frecuencia estos fueron niños silenciosos y de conducta intachable, siempre buenos y obedientes, ya que tenían miedo al rechazo o desaprobación de los progenitores, provocando ansiedad por complacer a sus padres, mostrándose maduros o independientes a una edad temprana. (Vallejo, 2003) De adolescentes frecuentemente han sido fáciles de complacer, presentaban pocos problemas, su reacción ha sido siempre pasiva, buscando ganarse la aprobación de familiares y amigos. (Jorquera, 2010)

Tanto el adolescente bulímico como el anoréxico son emocionalmente inmaduros y muy dependientes del núcleo familiar. Tiene terror a la madurez sexual y miedo a asumir el rol de adulto.

4.9.3. Causas

Existen una serie de posibles causas para esta patología, para su explicación se toman en cuenta las diferentes teorías desde las cuales se ha abordado el tema y de la misma manera los factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

Teorías psicológicas: se cree que estas pacientes carecen de control del superyó y su descontrol impulsivo se pone de manifiesto con la patología. En las familias de pacientes bulímicas se han encontrado algunas características como: desestructuración entre sus miembros, más problemas y más estilos deformados de interacción que las familias de pacientes con anorexia, no obstante existe una orientación hacia mayores aspiraciones.

Teorías socioculturales: El logro por la delgadez ha sido crecidamente valorado, de sobremanera por la cultura occidental, impulsando de esta manera a las jóvenes a una lucha entre ellas para aparentar que poseen el control de sí mismas.

Antagónicamente, la ausencia de éste en la BN implicaría la exclusión social, aislamiento y disminución de la autoestima.

Teorías Biológicas: la existencia de alteraciones neurobioquímicas similares a las descubiertas en las patologías afectivas, particularmente a nivel serotoninérgico.

4.9.3.1. Factores predisponentes.

Biológicos: antecedentes familiares, bajo gasto de energía genético que podría llevar al afectado a tener un mayor peso corporal a pesar de una ingesta de alimentos normal, disminución de la función de serotonina, lo que provoca ausencia de saciedad y, en consecuencia, se producen comilonas, sobre todo a base de azúcares. (Gómez, y otros, 2008)

Familiares: suelen ser familias conflictivas y desorganizadas. En las madres de personas con bulimia se ha observado una mayor insatisfacción con la propia imagen, e incluso con la de sus hijos, siendo ellas mismas aficionadas a las dietas. Los padres acostumbran a ser dominantes y controladores, muy intrusivos en las vidas de sus hijos, con talentos exigentes y haciendo comparaciones entre unos hijos y otros. (Fernandez & Turon, 1999)

Socioculturales: los modelos de imagen a imitar, la figura y la esbeltez dominantes de nuestra cultura, dispondrán a la persona a una excesiva preocupación por su apariencia y a la insatisfacción de su imagen corporal.

Psicológicos: La personalidad es de tipo depresivo, ansiosa, y presentan rebeldía, hostilidad, impulsividad, inconstancia, aislamiento, tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o falta de gratificación.

Se ha identificado que existirían dos tipos de pacientes bulímicas: las primeras se caracterizarían por desinhibición, inestabilidad afectiva, impulsividad y dificultades temperamentales presentes desde la infancia. (Gordon, 1994). El

segundo tipo tendrían un tipo de personalidad más ajustado, pero sin las características tan obsesivas de la AN, desarrollarían más el cuadro en función de restricción dietética. Otro factor predisponente sería la presencia de sintomatología afectiva previa al inicio del cuadro y los acontecimientos vitales estresantes. (Philip Rice, 2000)

4.9.3.2. Factores desencadenantes

El principal factor desencadenante es el inicio de una dieta como consecuencia de un sobrepeso experimentado de forma insatisfactoria. (Behar R. F., 2004) Este sobrepeso puede ser adquirido durante la pubertad, determinado constitucionalmente o consecuencia de situaciones psicológicas hostiles que han llevado al incremento de la ingesta de manera significativa.

4.9.3.3. Factores perpetuantes

Entre estos factores están, la persistencia y gravedad de los factores predisponentes, puesto que la tendencia a la restricción dietética se mantendrá en tanto exista la preocupación obsesiva por el peso y la silueta. La persistencia de la conducta disruptiva de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria. (Vallejo, 2003, pág. 327)

Las alteraciones emocionales secundarias a la conducta de sobrealimentación descontrolada (ansiedad, culpa y vergüenza). La disminución de la sensación de saciedad por la alteración de la función de la serotonina. El trastorno alimentario puede conseguir el aparente equilibrio familiar, colaborando así en su perpetuidad. (Góngora, 2010)

4.9.4. Características Diagnosticas para la Bulimia

A- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1) Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar.

2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta, no poder parar o controlar la cantidad.

B- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como: vómito provocado, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno o ejercicio excesivo.

C- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

D- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR, 2005, pág. 665)

4.9.5. Subtipos de Bulimia

Tipo purgativo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

4.9.6. Efectos

La bulimia nerviosa puede llegar a presentar importantes complicaciones en distintos órganos a lo largo de su desarrollo.

4.9.6.1. Efectos Físicos

Los efectos físicos más comunes serán; pérdida del esmalte dentario, daño en las encías, el paladar y la garganta, produciendo inflamación de los mismos, heridas en garganta y paladar, en el sistema hormonal puede haber: hipoglucemia, aumento del tamaño de las glándulas salivales. (Buil, Garcia, & Pons, 2001) Existen alteraciones hidro-electrolíticas como la disminución de potación en la sangre que afecta el funcionamiento del corazón, reducción de sodio produciendo disminución de la presión arterial y mareos, pérdida de magnesio, déficit de proteínas, deshidratación. (Gordon, 1994). En cuanto al aparato digestivo hay alteraciones en el esófago, estómago e intestino. El aparato cardiovascular se halla alterado en cuanto a la disminución de la presión arterial por la pérdida de líquido y sodio, taquicardia, arritmias cardíacas; irregularidad en el ciclo menstrual, osteoporosis, alteraciones neurológicas; riesgo de muerte ya que entre el 5% y el 20% por ciento de los casos de bulimia nerviosa son mortales. (Behar R. F., 2004)

4.9.6.2. Efectos Psicológicos

Entre las manifestaciones psicológicas de la bulimia frecuentemente encontramos: comportamiento auto destructor, como el abuso de estupefacientes y alcohol y el auto-cortado, entre otros. (Vallejo, 2003)

Existe así mismo peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia.

Además tendencias suicidas y obsesión por la comida, falta de autoestima, depresión, aislamiento social, relaciones afectivas conflictivas y dificultadas para relacionarse sexualmente. (Behar & Figueroa, 2010)

4.9.7. Curso y Pronóstico

La bulimia nerviosa inicia comúnmente al final de la adolescencia o al inicio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje. El curso puede ser crónico o intermitente con periodos de remisión que se alteran con atracones. No obstante a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir. Los periodos de remisión superiores a un año se asocian a un mejor resultado a largo plazo. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR, 2005, pág. 664)

El pronóstico generalmente es malo ya que un alto porcentaje (30-80%) de las pacientes con bulimia nerviosa tienden a presentar nuevos episodios de atracones y/o vómitos autoprovocados en su vida y un porcentaje bajo (5-15%) continuará abusando de laxantes o diuréticos.

4.10. Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE)

4.10.1. Definición

En esta categoría se incluyen aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico.

4.10.2. Características Diagnósticas para el TCANE

- a. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- b. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- c. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- d. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- e. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR, 2005)

CAPÍTULO IV

4.11. TRATAMIENTO

Para un apropiado abordaje terapéutico de los pacientes con TCA es preciso un modelo integral de tratamiento. Éste debe contener un tratamiento de las posibles alteraciones orgánicas, la recuperación nutricional y el resarcimiento de las pautas normales de alimentación. Así también, debe abordar el estudio de los posibles problemas psicológicos, sociales, familiares y conductuales que presente cada individuo, con el fin de establecer las apropiadas intervenciones psicoterapéuticas personales o familiares y la valoración de la conveniencia o no de emplear psicofármacos. (Behar & Figueroa, 2010)

El éxito del tratamiento dependerá, en gran parte, de la presencia y coordinación de los diferentes miembros del equipo. El equipo terapéutico ha de estar integrado, al menos, por los profesionales que cubran los dos grandes campos de problemas de estos pacientes:

- a) Problemas psicopatológicos: tanto el enfoque como manejo estará en manos del psicólogo y psiquiatra.
- b) Patología orgánica: será tratada por los especialistas médicos correspondientes. Será preciso, para cubrir las necesidades de los pacientes, la colaboración del endocrinólogo, ginecólogo, nutricionista, etc.

Pese a que todos los casos de presenten la sintomatología básica de un TCA, el tipo de tratamiento y los objetivos del mismo varían de acuerdo a las necesidades de cada paciente (Casado & Helguera, 2008). Por lo que el tratamiento puede ser: ambulatorio, en hospital de día y la hospitalización.

4.11.1. Consideraciones para la elección del tratamiento

a) Elección del tipo de tratamiento: para llegar a la elección del tipo de tratamiento se debe considerar algunos aspectos como (González, y otros, 2012)

1. Estado nutricional (Índice de Masa Corporal IMC)
2. Estado médico general
3. Estado psiquiátrico
4. Características de la red de apoyo social

Es importante considerar que un IMC menor a 16 kg, riesgo o conductas suicidas, componentes de gravedad psiquiátrica, red de apoyo social deficiente hace necesario un tipo de tratamiento hospitalario. (Borrego, 2000)

b) Rehabilitación nutricional: la recuperación del peso adecuado a la edad y talla es fundamental tanto para disminuir los síntomas psiquiátricos, como para evitar recaídas. Es de suma importancia regularizar los esquemas de alimentación. (González, y otros, 2012)

c) Intervención psicoterapéutica: sea cual sea el tipo de terapia psicológica que se utilice en el tratamiento del paciente los objetivos de esta deben estar encaminados a (Casado & Helguera, 2008):

1. Educación al paciente y familia a cerca de la patología.
2. Crear conciencia de enfermedad de manera que se involucre en el tratamiento no solo la paciente sino también su familia y redes de apoyo.
3. Modificación de la conducta respecto la imagen corporal y la negativa a la alimentación.
4. Fortalecer o fomentar habilidades sociales.
5. Resolución de conflictos psicológicos mantenedores de la patología.

6. Tratamiento en comorbilidad psiquiátrica
7. Evitar recaídas.

Dentro del abordaje psicoterapéutico ha sido el modelo cognitivo conductual el que mayor utilidad ha demostrado, no obstante se hallan también otros enfoques como el familiar y la terapia grupal que también han tenido importancia y eficacia en dicho tratamiento.

Terapia cognitivo conductual: este se basa en la teoría de aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, algunas de las cuales tienen su origen en el condicionamiento clásico y operante (Friedberg & McClure, 2005, pág. 15), con la terapia cognitivo conductual se pretende ya sea fomentar o fortalecer capacidades como: manejo de habilidades sociales, asertividad, reestructuración cognitiva, resolución de conflictos, manejo de estrés, relajación, respiración y autoestima.

Terapia Familiar: este tipo de terapia aborda los posibles problemas que pueden presentarse en dentro del sistema familiar, en cuanto a los TCA se busca tanto la psicoeducación adecuada de toda la familia, como también identificar posibles conflictos, mismos que pueden ser factores predisponentes y mantenedores de la patología. Es por medio de esta terapia que se logra fortalecer las redes de apoyo de la paciente, las mismas que le servirán como soporte para evitar recaídas (Belloch & Fernández, 2010).

Terapia de Grupo: proporciona la ayuda necesaria a los pacientes de forma grupal. Estos grupos servirán para ofrecer al paciente la oportunidad de cambios permanentes en las relaciones sociales, e incrementarán la autoconciencia y habilidad para afrontar emociones de manera que refuercen las probabilidades de éxito de la terapia individual. (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1994)

En la fase aguda de la enfermedad no se recomienda esta terapia ya que no es eficaz y además podría ser iatrogénica.

e) Intervención psicofarmacológica: otra de las medidas utilizadas en el tratamiento de los TCA son los fármacos si bien no existe un medicamento específico que afirme la recuperación de estas pacientes, el empleo de ellos ha permitido avances en el tratamiento de esta patología. Entre los fármacos comúnmente usados se hallan los antidepresivos ISRS, las benzodiazepinas y los neurolepticos. (Vallejo, 2003, pág. 332)

4.11.2. Tratamiento de hospitalización

En la mayor parte de los casos la hospitalización no será necesaria, sin embargo permite realizar un abordaje intensivo en casos donde es de vital importancia reducir las conductas sintomáticas (Buil, Garcia, & Pons, 2001). La hospitalización debe considerarse como parte de un programa integrado más a largo plazo dirigido a la recuperación de un buen funcionamiento en los planos físico, mental, familiar y social.

1. Criterios de hospitalización

Los criterios de ingreso hospitalario para un paciente con TCA se pueden concretar en tres grandes grupos: (González, y otros, 2012)

- a) Presencia de riesgo vital para el paciente ya sea por motivos exclusivamente de tipo médico o de tipo psiquiátrico. En esta situación el ingreso es solicitado por la familia o el propio médico de la paciente con carácter de urgencia.
- b) Por fracaso del tratamiento ambulatorio o en Hospital de día que se muestra incapaz de resolver el problema. En este caso, el ingreso es solicitado por los profesionales de salud mental.
- c) Por disfunción en la estructura familiar para el apoyo adecuado al tratamiento.

4.11.3. Hospital de Día

Constituye una situación intermedia entre la hospitalización y el mero tratamiento ambulatorio. Sustituye a la hospitalización, cuando ésta ha cumplido ya su función, evitando estancias demasiado prolongadas, o permiten al paciente la relación con su entorno cuando no es indispensable aquélla.

1 Criterios de Atención en Hospital de Día

En general, se considera preciso recurrir al Hospital de día cuando, sin existir un claro criterio de ingreso hospitalario, encontremos que (Madruga, Leis, & Labruschini, 2010):

- a) La paciente no consigue la normalización alimentaria adecuada manteniéndose fuera de control la frecuencia de vómitos, atracones o conductas restrictivas.
- b) Falta el apoyo familiar adecuado para establecer las pautas del tratamiento ambulatorio.
- c) La enfermedad interfiere con las tareas cotidianas de la paciente (estudios, trabajo, etc.)

4.1.1.3. Tratamiento ambulatorio

En el programa de Tratamiento Ambulatorio se afronta el trastorno de la conducta alimentaria, con asistencia personalizada, pero sin la asistencia diaria del paciente. El individuo asiste a tratamiento una o varias veces por semana, en función de la gravedad e intensidad del síntoma y de la conciencia de enfermedad. (Borrego, 2000)

Este servicio se recomienda a aquellos pacientes que tienen poco tiempo de enfermedad, con buena respuesta y adhesión al tratamiento, o a su vez para

quienes han realizado previamente un tratamiento más intensivo (Casado & Helguera, 2008). Este tipo de programa permite que el paciente continúe con sus actividades (estudio, trabajo) por lo que genera menor impacto en su ambiente social.

1. Criterios de atención en Tratamiento Ambulatorio

Tras el diagnóstico de un TCA se aceptará en tratamiento ambulatorio a todas las pacientes si se reúnen los siguientes criterios (Madruga, Leis, & Labruschini, 2010):

- a) No existe un criterio claro de ingreso hospitalario ni de Hospital de día.
- b) Exista apoyo familiar con capacidad de contención.
- c) Compromiso por parte del paciente para llevar a cabo la normalización alimentaria e implicación activa en la terapéutica necesaria.

5. MATERIALES Y METODOS

Para esta investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, de corte transversal, de tipo analítico- descriptiva; se utilizó un universo conformado por 60 adolescentes de entre 14 – 16 años del centro educativo “Cordillera” de la ciudad de Loja, de los cuales se utilizó como muestra a 32 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión para este estudio, el mismo que se llevó a cabo durante los meses Julio 2013 - Febrero de 2014.

Criterios de inclusión:

Estudiantes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja.

Adolescentes detectados con riesgo para trastornos de Conducta Alimentaria

Sin excepción hombres y mujeres.

Criterios de exclusión: No participarán en este estudio:

Estudiantes cuyas edades sean menores a 14 años o mayores a 16 años.

Estudiantes no pertenecientes al Centro Educativo “Cordillera”

Adolescentes que por voluntad propia se rehúsen a colaborar.

Adolescentes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera” que no presenten riesgo para trastornos de Conducta Alimentaria, previamente evaluados con el Inventario para desordenes de la alimentación EDI.

En la investigación realizada se emplearon herramientas psicológicas como: entrevista clínica psicológica, reactivos psicológicos como el IPDE y EDI; las mismas permitieron el abordaje global del paciente y del mismo modo el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Material 1

Eating Disorder Inventory EDI

El inventario para trastornos de la alimentación, desarrollado en el año de 1983 por Garner y colaboradores, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. La adaptación española fue hecha por Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos.

El EDI contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar.

Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN.

Corrección: Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis puntos, se pueden sumar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA.

Validez y fiabilidad: consistencia interna: 0.83-0.92, excepto la sub escala de miedo a la madurez: 0.65 fiabilidad test- re-test 0.79-0.95 (tras una semana); excepto la escala de conciencia interoceptiva 0.67; 0.81-0.97 (tras tres semanas).

Validez: correlación de subescala de motivación para adelgazar con el test Actitudes hacia la comida (EAT): 0.71; subescala de restricciones alimentarias y el EAT: 0.61; subescala de bulimia con la subescalas de bulimia y preocupación por la comida del EAT: 0.68. Discrimina entre personas con trastorno de la alimentación y personas sin trastorno. Es sensible al cambio producido tras el tratamiento en pacientes con bulimia.

Método 1

El reactivo EDI (anexo 1) se aplicó de manera colectiva, con una duración de 20 minutos en la población escolar de 14 a 16 años. Los resultados se procesaron de manera analítica- sintética por medio del procesador Microsoft Excel de modo que se permita identificar la población con riesgo para TCA, tomando en cuenta la puntuación total como la puntuación por escala.

Material 2

Historia Clínica Psicológica

Balarezo y Mancheno refieren: “Generalmente se asocia al trabajo sensorperceptivo y a las funciones superiores del investigador a través de cuyos mecanismos se pueden hacer inferencias sobre el comportamiento del paciente o sujeto.” (Balarezo & Mancheno, 2003)

Es la herramienta básica en el quehacer psicológico, reúne un conjunto de datos – información – donde se incluyen datos personales (biológicos, funcionales, emocionales.) familiares, escolares, sociales y laborales. Los datos recolectados en ella constituyen la base para realizar el diagnóstico correspondiente, ya que encierra el curso de la vida del individuo tanto antes como después de las primeras manifestaciones de la patología.

Método 2

Inicialmente se estableció rapport, se explico acerca del contrato de participación en la investigación (anexo 2) y el acuerdo de confidencialidad, de modo que la aplicación de la historia clínica psicológica (anexo 3) permita la recolección sistemática de los datos requeridos, así como también el acercamiento directo al paciente conociendo su realidad y por ende la problemática en la cual se halla inmerso. Se aplicó por medio de la entrevista individual, con duración de 45 minutos.

Material 3

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Es una entrevista semiestructurada desarrollada dentro del programa conjunto de la OMS y de los National Institutes of Health de Estados Unidos NIH por Loranger, A., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, P. y otros; diseñada para evaluar los trastornos de la personalidad según la clasificación del DSM IV, fue traducido al español en el año 1996 por J. López, A Pérez Urdániz y V Rubio Larrosa.

Fiabilidad y validez:

Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994). Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilas entre 0,70 y 0,96.

Validez: Método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994).

Corrección: la entrevista consta de 77 ítems, con 10 tipos de personalidad como posible resultado, cada uno de los apartados tiene de entre 7 a 9 ítems, para su corrección inicialmente ubicamos un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es verdadera y un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es falsa. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

RASGO DE PERSONALIDAD	ITEMS
Paranoide	2F 14F 36 38 59 66 72
Esquizotípico	2F 24 30 52 64 67 70 71F 77F
Esquizoide	1F 12 21F 31 46 57F 77F
Histriónico	5 10 17 26 28 35F 44 45
Antisocial	11F 18F 20 29 47 56 74
Narcisista	7F 9 15 22 37 55 61 65 68
Limite	4 8 13 25F 40 43 53 60 75
Obsesivo-Compulsivo	3F 19 23 32 41 48 54 59
Dependencia	6 33 42 49 50 62 69F 73
Evitación	16 27 34 38 39 51 63 76

Método

El IPDE fue aplicado de manera individual, con una duración de 40 minutos, los datos se procesaron mediante la corrección manual, es decir transcribiendo en la hoja de resumen la puntuación obtenida por cada adolescente, con la finalidad de conocer las características de personalidad presentes en los adolescentes.

6. RESULTADOS

TABLA N° 1

OBJETIVO 1

Evaluar el riesgo a presentar trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes

Título: Población en riesgo para TCA (Inventario de TCA)

RIESGO TCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Riesgo	28	47%
Con Riesgo	32	53%
TOTAL	60	100%

FUENTE: EDI – Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

APLICADO POR: Alexandra Veintimilla Vega



Análisis e interpretación:

A través de la aplicación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se ha podido evidenciar que la mayor parte de la población adolescente (32) es decir el 53%, presentan riesgo para TCA; mientras que el 47% representado por 28 adolescentes no presentan riesgo para Trastornos de la alimentación.

TABLA N° 2

OBJETIVO 2

Investigar las características de personalidad de los adolescentes de 14-16 años.

Título: Características de personalidad en adolescentes con riesgo para TCA (Cuestionario de personalidad IPDE)

TIPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Evitativo	17	53%
Dependiente	9	28%
Ob Compulsivo	3	10%
Limite	2	6%
Paranoide	1	3%
Total	32	100%

FUENTE: Cuestionario de personalidad de IPDE

APLICADO POR: Alexandra Veintimilla Vega



Análisis e interpretación:

Mediante la aplicación del cuestionario de personalidad IPDE se ha llegado a determinar que los rasgos de personalidad con mayor frecuencia en adolescentes que presentan riesgo para TCA son: con un 53% el tipo evitativo manifestado en 17 estudiantes; seguidamente el 28% con el tipo dependiente que corresponde a 9 adolescentes; con el 10% se encuentra el rasgo de personalidad obsesivo

compulsivo, es decir 3 adolescentes; el tipo límite se halla en el 6% de los adolescentes, haciendo referencia a 2 de ellos; finalmente el 3% es decir 1 estudiante, exterioriza el rasgo de personalidad paranoide.

TABLA N° 3

OBJETIVO 3

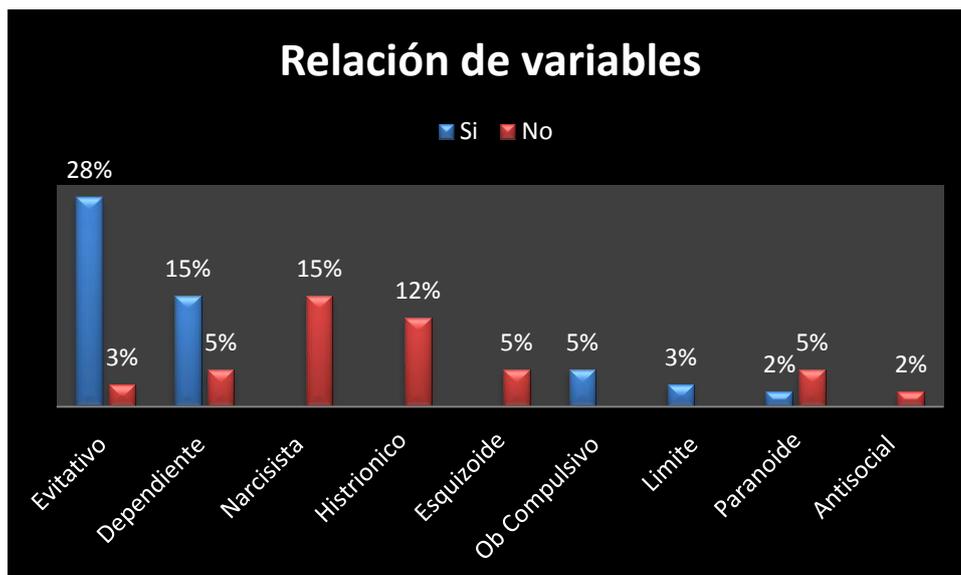
Determinar la relación entre las características de personalidad y el riesgo a presentar TCA

Título: Relación entre variables (Reactivos: EDI e IPDE)

C.PERSONALIDAD	SI	%	NO	%	TOTAL
Evitativo	17	28%	2	3%	19
Dependiente	9	15%	3	5%	12
Narcisista			9	15%	9
Histrionico			7	12%	7
Esquizoide			3	5%	3
Ob Compulsivo	3	5%			3
Limite	2	3%			2
Paranoide	1	2%	3	5%	4
Antisocial			1	2%	1
TOTAL	32	53%	28	47%	60

FUENTE: Reactivos EDI e IPDE

APLICADO POR: Alexandra Veintimilla Vega



Análisis e interpretación de datos:

Por medio del gráfico de barras podemos evidenciar que las características de personalidad que tienen relación con el riesgo para TCA son: el tipo evitativo con 28% que se pone de manifiesto en 17 adolescentes; así mismo el tipo dependiente se encuentra presente en el 15% de la población, el mismo que se traduce en 9 estudiantes; encontramos también las características obsesivo compulsivas con el 5% es decir 3 adolescentes; la personalidad límite muestra un 3%, representada en 2 adolescentes y finalmente las características paranoides muestran un 2% en la población el mismo que se halla presente en 1 adolescente.

7. DISCUSIÓN

Los Trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un tema de creciente interés en el ámbito de la salud dada la complejidad con la que evoluciona el cuadro sintomático, la necesidad de un tratamiento multidisciplinario, la comorbilidad, cronicidad y el índice de mortalidad que involucran en sí; por lo que causa alteraciones no solo en los hábitos alimenticios de la persona sino también en su vida afectiva, social, académica, familiar y sobretodo genera profundo conflicto consigo misma. La edad de inicio para este tipo de patología es sumamente precoz, habitualmente entre los 10 y 30 años, con una frecuencia máxima de entre los 17 y 18 años de edad (Behar & Figueroa, 2010), situación que hace considerar a los adolescentes como el principal grupo de riesgo para el inicio de los TCA.

En nuestro medio no se han encontrado investigaciones de este tipo y con la temática propuesta lo que lleva a pensar que es un tema si bien es cierto muy conocido a nivel mundial, poco explorado en nuestro lugar; es por ello que se propone el presente estudio, el mismo que tuvo lugar en el centro educativo “Cordillera” de la ciudad de Loja, en el mismo que participaron 32 estudiantes de entre 14-16 años previamente evaluados por medio del inventario para trastornos de la alimentación EDI con riesgo elevado para TCA, a quienes se les aplicó el cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV, para obtener una aproximación hacia las características de personalidad. Posteriormente se desarrolló un plan de intervención primaria encaminado a disminuir la incidencia de los TCA.

Al hablar de TCA nos resulta imprescindible el estudio de la personalidad puesto que se halla estrechamente vinculada. El sustento para estudiar la personalidad en los TCA se fundamenta en la observación de patrones específicos, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos en pacientes con trastornos bulímicos, o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en las pacientes con TCA (Ranson, 2005)

Por otro lado, a pesar de la alta tasa de comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad, que puede oscilar del 51% al 84% de los casos, el interés por la investigación de este tema es reciente (Dolan, Evans y Norton, 1994; Garner y Myerholtz, 1998; Grilo *et al.* 1996; Matsunaga *et al.*, 1998)

Así mismo se encuentran trabajos que sugieren que la personalidad podrían aportar información relevante sobre la forma de desarrollo de los TCA, apuntando tanto hacia el pronóstico (Bell, 2002; Bulik, Sullivan, Fear y Pickering, 2000; Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice y Rao, 2000; Johnson y Wonderlich, 1992), como a formas de intervención más eficaces, (Fassino, Daga, Pireò y Rovera, 2002; McIntosh *et al.*, 2005; Saldaña, 2001).

Algunos estudios que tienen relación con el tema estudiado han ayudado a ratificar los resultados expuestos en esta investigación:

Gartner *et al.* (1989) realiza el primer estudio de referencia, para el cual la muestra estaba compuesta por 35 pacientes hospitalizadas diagnosticadas de anorexia, bulimia o de anorexia y bulimia. Los principales resultados obtenidos fueron que el 57% de la muestra tenía uno o, lo que era relativamente común, más trastornos de personalidad, los más frecuentes fueron el límite, el evitador y el autodestructivo y que se repartían indistintamente entre los diversos tipos de trastornos alimentarios; lo que muestra coincidencia con el presente estudio en el cual la mayor parte de la población presenta características de personalidad evitativa con un 53% y las características límites 6% de la muestra.

Wonderlich *et al.* (1990), lleva a cabo una investigación más con 46 pacientes afectadas por diferentes alteraciones de la conducta alimentaria. En conjunto, el 72% de la muestra cumplía criterios diagnósticos para, al menos, un trastorno de personalidad. En concreto, la personalidad obsesiva era más característica de la anorexia restrictiva; la límite y la histriónica, de la bulimia. Comparando la

información del trabajo descrito con el realizado en esta investigación se puede notar que hay diferencia en cuanto al porcentaje de las características de personalidad encontradas puesto que las características obsesivas se encontraron únicamente en el 10% de la población, la límite en un 6% y la histriónica no se encuentra entre la población, sin embargo la presencia de los mismos rasgos, aun en diferencia de porcentaje, muestra que existe realmente relación entre ciertas personalidades y los TCA la misma que sugiere continuar con la investigación en este campo.

En un trabajo de Grilo *et al.* (1996), con 136 pacientes hospitalizadas diagnosticadas de diversas alteraciones de la conducta alimentaria, el 84% tenían uno o más trastornos de personalidad. Entre éstos, los más frecuentes fueron el límite, el evitador y el dependiente.

Según el estudio de Matsunaga *et al.* (1998), con 108 pacientes con diferentes trastornos de la conducta alimentaria, el 51 % de la muestra estaba aquejada de trastornos de personalidad, especialmente de los grupos B (límite y antisocial, en el caso de la bulimia) y C (sin un predominio claro de uno u otro, en el caso de la anorexia y de la bulimia). En concreto, la mayor comorbilidad de la anorexia restrictiva se da con los trastornos de personalidad del grupo C, sobre todo con la personalidad obsesiva y evitadora (entre un 25% y un 35% de los casos) (Gartner *et al.*, 1989; Gillberg Rastam y Gillberg, 1995; Thornton y Russell, 1997). Por el contrario, el 40% de las anoréxicas purgativas presentan una comorbllidad con la personalidad límite (Piran *et al.*, 1988; Fahy y Eisler, 1993; Garner, y Sackeyfio, 1993).

De los estudios mencionados podemos observar que se repiten ciertos patrones de personalidad como la evitadora, límite, dependiente y obsesiva compulsiva, mostrando estrecha relación entre los estudios realizados en diferente población, lugar y tiempo lo que indica que independientemente de ello los TCA podrían tener patrones comunes entre estas personalidades.

Dos estudios realizados para determinar la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con AN mostraron que el trastorno por evitación fue más frecuente (14–16%); en segundo lugar se ubicó el trastorno dependiente (5–10%) y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo (6–7%) Johnson C y cols. 1987 y Skodol, A; 1987, mismos que son curiosamente similares a los arrojados por esta investigación con 53% el tipo evitativo; seguidamente el 28% con el tipo dependiente; con el 10% se encuentra el rasgo de personalidad obsesivo compulsivo.

En la Universidad de Almería se realizó un estudio de seguimiento para analizar la relación entre los trastornos de personalidad y los TCA en 34 mujeres con diagnóstico de TCA, las mismas que fueron evaluadas por medio del MCMI II, como resultados de este estudio se encontraron en las pacientes anoréxicas los trastornos esquizoide, narcisista, por evitación y obsesivo, siendo los más resistentes al cambio el esquizoide y el TP por evitación. Mientras que en las bulímicas los TT.PP prevalentes fueron el narcisista y por evitación, teniendo este último trastorno un curso más favorable que en el grupo de AN.

Como se ha descrito ya en los diferentes estudios que se han revisado no todos coinciden con los mismos patrones de personalidad en sus resultados, no obstante poseen gran similitud en la mayoría de los tipos de personalidad que se hallan relacionados con los TCA como son: evitativo, dependiente, limite, histriónico, obsesivo compulsivo y esquizoide.

Estos resultados tienen estrecha relación con los encontrados por la investigación realizada en la cual se ha encontrado: el 53% el tipo evitativo que equivale a 17 estudiantes; seguidamente el 28% con el tipo dependiente correspondiente a 9 adolescentes; con el 10% con el tipo obsesivo compulsivo, mismo que corresponde a 3 estudiantes, con el 6% se presenta el rasgo limite, que se exhibe en 2 adolescentes y para finalizar se halla el rasgo paranoide con el 3% es decir en 1 estudiante.

Se puede observar en estos resultados se encuentra el tipo paranoide de personalidad, al cual no se había hecho referencia en ninguno de los estudios previamente descritos, sin embargo, dadas las características propias de estas personas, podrían ser propensos a la aparición de un cuadro alimenticio patológico, sobre todo en lo que respecta por síntomas ansiosos, presión social, intolerancia a la frustración, falta de asertividad, pensamiento dicotómico, falta de comunicación, etc.

La investigación presentada es la primera realizada en nuestro medio por lo que el objetivo de la misma fue encontrar la población en riesgo y estudiar la misma, para determinar un método preventivo que pueda aplicarse no solo a la muestra investigada sino a todos los adolescentes que tengan propensión a patología de la conducta alimentaria.

8. CONCLUSIONES

Después de haber realizado el trabajo: “PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA se concluye:

1. Que de la población adolescente estudiada el 53% presenta riesgo para TCA, lo que pone de manifiesto un alto índice de factores predisponentes para desarrollar un TCA en estos adolescentes.
2. Los adolescentes con riesgo para TCA manifiestan como características de personalidad más destacadas el tipo evitativo con 53%; el tipo dependiente con 28%; con el 10% se encuentra el rasgo obsesivo compulsivo; el 6%, muestran rasgos límites; y finalmente con el 3% se encuentra el tipo paranoide, resultados que tienen relación con estudios previos que se ha realizado.
3. Los resultados que se obtuvieron en esta investigación sugieren que la personalidad podría ser uno de los factores principales en el inicio ya sea de AN o BN, ya que se relacionan estrechamente con los tipos de personalidades presentes en la población que ya ha desarrollado un trastorno alimenticio.
4. Se realizó un plan de intervención primaria en Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera”, con la finalidad de evitar la aparición de esta problemática en dichos adolescentes. El plan de intervención ofrece herramientas psicoeducativas y conductuales ante situaciones o factores predisponentes y desencadenantes para TCA.

9. RECOMENDACIONES

1. Que el departamento de Psicología del Centro Educativo “Cordillera” desarrolle actividades preventivas en salud mental en los adolescentes, para evitar el desarrollo de alteraciones psicológicas, de manera particular TCA.
2. Que las autoridades del Centro Educativo “Cordillera” ejecuten la propuesta del plan de intervención primaria en Trastornos de Conducta Alimentaria, con la finalidad de evitar la aparición de casos de TCA, creando recursos y potencializando capacidades para la vida.
3. Promover un estilo de vida y alimentación saludable en los estudiantes, en los que las instituciones educativas adquieran control del tipo de alimentación que se brinda en cada una de ellas (bares/ restaurantes), disminuyendo así los alimentos que no aportan nutrientes y por el contrario podrían tener efectos nocivos para la salud.
4. Instaurar talleres psicoeducativos dirigidos a padres y maestros, en lo que respecta a salud mental preventiva.
5. Que el gobierno elabore y ejecute políticas preventivas en las instituciones educativas para promover un adecuado desarrollo de no solo en las capacidades intelectuales sino ante todo en la protección de la salud mental de los niños y adolescentes.

10. BLIOGRAFÍA

- Abreu de la Torre, C. (1998,). *Consideraciones bioéticas acerca de la Anorexia Nerviosa*. La Habana, Cuba: Paper de CIREN.
- Allport, G. (1970). *La personalidad* . Barcelona: Herder.
- Balarezo, L., & Mancheno, S. (2003). *Guía para el diagnostico psicológico clínico y neuropsicológico*. Quito: Unigraf .
- Behar, R. F. (2004). *Anorexia nerviosa y bulimia* . Santiago : Mediterráneo .
- Behar, R., & Figueroa, G. (2010). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Belloch, A., & Fernández, H. (2010). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* . España: SÍNTESIS, S.A.
- Borrego, O. (2000). Tratamiento de los trastoros de la conducta alientaria: Anorexia y Bulimia. *Informacion terapéutica del sistema nacional de salud*, 44-50.
- Brody, N., & Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la Personalidad*. Madrid-España: Prentice Hall .
- Buil, C., Garcia, A., & Pons, A. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Y Bulimia. En J. Alvares, J. Aragon, E. Barranco, S. Bernabeu, S.Blanco, C. Buil, . . . J. Chica, *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (págs. 267-279). España: INO Reproducciones.
- Casado, I., & Helguera, M. (2008). Prevencion de los trastornos de alimentacion. Un primer programa de prevencion de dos fases. *Clinica y Salud*, 5-26.
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1994). *Trastornos del Comer*. Barcelona: Herder.

- Davila Leon, O. (2005). Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes . *Ultima decada*, 87-88.
- Deval, J. (6 de Febrero de 1998). *El desarrollo Humano*. Madrid: Siglo XXI. Obtenido de <http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/la-adolescencia-segun-g-stanley-hall>
- Fernandez, A., & Turon, V. (1999). *Trastornos de la Alimentación*. Barcelona: MASON S.A.
- Fize, M. (2001). *¿Adolescencia en Crisis?* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Frager, R., & Fadiman, J. (2010). *Teorias de la personalidad*. México, D.F.: Alfaomega.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica Clínica de la Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. España: Paidós.
- Gómez, J., Gaité, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S., & Vázquez, J. (2008). Guia de prevencion de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso. *Consejería, sanidad y servicios sociales*, 29-33.
- Góngora, V. (2010). Trastornos de la personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. *Psicdebate: psicología, cultura y sociedad*, 75-89.
- González, A., González, A., Beneito, C., Salesansky, A., González, C., Gamero, L., & al., e. (2012). *Protocolo de actuacion en trastornos de la conducta alimentaria*. Canarias: Gráficas Sabater.
- Gordon, R. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona- España: ARIEL S.A.
- Haley, J. (1996). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires- Argentina: Amorrortu Editores.
- Hernández, A. (2011). Acerca de la etimologia de "Nervosa" en la anorexia y la bulimia: una historia de nervios. *Enseñanza e investigacion en psicología*, 387-394.

- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 88.
- JOHNSON C, C. M. (1987). Nueva York: Columbia University.
- Jorquera, M. (Febrero de 2010). *Bibliopsiquis*. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/873>
- Kimmel, D., & Weiner, I. (2006). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel .
- Lopez Galan, S. (1988). *Guía Farmacológica en Psiquiatría*. Jaen : Grafiranzo .
- M. T., & Davis, R. (s.f.). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM IV*. III Manson .
- Madruga, D., Leis, R., & Labruschini, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica*, 325-339.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV TR*. (2005). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Marín, V. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 1.
- Martínez, J. (1988). *“Biología, Personalidad y Conducta”*. Madrid: 2ª ed. Paraninfo.
- Migallón, G. y. (2002).
- Millon, T., & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: MASSON.
- Oldham, J., & Morris, L. (1998). *Autorretrato de la personalidad*. España: TIKAL.

- Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Modificación de la Conducta: Que es y como aplicarla*. Madrid- España: Biblioteca Nueva .
- OMS. (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la <<salud para todos en el año 2000>>*. Ginebra: OMS Serie Informes Tecnicos N° 731.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo*. Mexico : Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores.
- Philip Rice, F. (2000). La imagen corporal. En F. Philip, *Adolescencia* (págs. 113-128). Madrid: PRENTICE HALL.
- Pope, A., McHale, S., & Craighead, E. (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Headington Hill Hall.
- Psicoterapia. (2007). *Balarezo, L.* Quito, Ecuador : Centro de Publicaciones de PUCE.
- Quinto, E. (2008). *El Modelo Cognitivo Conductual: Manual de Psicoterapia*. República Dominicana: Búho.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rice, F. P. (2000). *Adolescencia* . Madrid: PRENTICE, HALL.
- Sánchez, I. (13 de Julio de 2003). *El confidencial* . Obtenido de <http://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/relacion-padres-hijos/2013/03/07/la-adolescencia-y-su-desarrollo-psicosocial-como-los-adolescentes-establecen-su-identidad--116344/>
- Stassen, K. (2006). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Argentina: Panamericana S.A.

Unicef. (2011). La adolescencia: una época de oportunidades. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, 6. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

Vallejo, J. (2003). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. . Barcelona: MASSON, S.A .

Zaldívar, D. (2007). *La Intervención Psicológica*,. La Habana: Felix Varela.

11. ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EDI

OPCIONES DE RESPUESTA		N	R	AV	AM	H	S
1.	Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a						
2.	Pienso que mi estómago es demasiado grande						
3.	Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia						
4.	Como cuando estoy disgustado/a						
5.	Me atraco de comida						
6.	Me gustaría ser más joven						
7.	Pienso en seguir una dieta						
8.	Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos						
9.	Pienso que mis muslos son demasiado anchos						
10.	Me siento ineficaz como persona						
11.	Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso						
12.	Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
13.	Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual						
14.	El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño						
15.	Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos						
16.	Me aterroriza ganar peso						
17.	Confío en los demás						
18.	Me siento solo/a en el mundo						
19.	Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo						

20.	Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control						
21.	Me siento confundido/a ante las emociones que siento						
22.	Prefiero ser adulto que niño						
23.	Me comunico fácilmente con los demás						
24.	Me gustaría ser otra persona						
25.	Exagero o aumento la importancia del peso						
26.	Puedo identificar claramente las emociones que siento						
27.	Me siento inadaptado/a						
28.	Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo						
29.	Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros						
30.	Tengo amistades íntimas						
31.	Me gusta la forma de mis nalgas						
32.	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
33.	No sé lo que está pasando dentro de mí						
34.	Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás						
35.	Las exigencias del adulto son demasiado grandes						
36.	Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago						
37.	Me siento seguro/a de mí mismo/a						
38.	Pienso en atracarme de comida						
39.	Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a						
40.	No me doy cuenta de si tengo hambre o no						
41.	Tengo una pobre opinión de mí mismo/a						
42.	Pienso que puedo alcanzar mis metas						
43.	Mis padres han esperado cosas excelentes de mí						
44.	Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control						
45.	Pienso que mis caderas son demasiado anchas						

46.	Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a						
47.	Después de haber comido poco me siento hinchado/a						
48.	Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as						
49.	Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando						
50.	Pienso que soy una persona útil						
51.	Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a						
52.	Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas						
53.	Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso						
54.	Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercárseme o entablar amistad						
55.	Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado						
56.	Me siento interiormente vacío/a						
57.	Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales						
58.	El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida						
59.	Creo que mis nalgas son demasiado anchas						
60.	Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente						
61.	Como o bebo a escondidas						
62.	Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
63.	Mis metas son excesivamente altas						
64.	Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer						

N, nunca **AM**, a menudo
R, raramente **H**, habitualmente
AV, algunas veces **S**, siempre

ANEXO 2

CONTRATO DE PARTICIPACIÓN EN EL PLAN PSICOLÓGICO DE PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES.

Yo.....,estudiante de Centro Educativo....., con CI....., me comprometo a asistir y participar activamente en el programa de atención psicológica, en los horarios y lugar establecidos.

Lugar y fecha:.....

Firma del estudiante

.....

ANEXO 3

HISTORIA PSICOLÓGICA CLÍNICA N°

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre:.....

Edad:.....

Sexo:.....

Ocupación:.....

Lugar y fecha de nacimiento:.....

Representante:.....

Lugar de residencia:.....

Teléfono:.....

2. MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....

3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

.....
.....

4. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL:.....

.....

NATAL:.....

.....

POSTNATAL:.....

.....

INFANCIA:.....

.....

PUBERTAD **Y**

ADOLESCENCIA:.....

5. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL **Y**

PATOLÓGICA:.....

6. HISTORIA

SOCIAL:.....

7. HISTORIA

PSICOSEXUAL:.....

8. EXAMEN DE FUNCIONES:

Conciencia:.....

Memoria:.....

Sensopercepción:.....Afectividad:.....

....

Pensamiento:.....Voluntad:.....

.....

Instintos:.....Juicio y

razonamiento:.....

9. ESTUDIO

PSICOLOGICO:.....

10. DIAGNOSTICO

DIFERENCIAL:

.....

11. DIAGNOSTICO

DEFINITIVO:.....

12. RECOMENDACIONES:.....

.....

13. FUENTE

DE

INFORMACION:

.....

Evaluador:

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Nombre:

Apellidos:.....

Fecha:

Por favor señale la letra V si su respuesta es VERDADERO, mientras que si es FALSA señale la 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 pequeños	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	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 un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	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 gusto	V	F
35.	No me gusta ser el centro de atención	V	F
36.	Creo que mi cónyuge (amante) 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.	Trabajo 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 “flirtear” (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 los estribos 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 a 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 ó 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 finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	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 que 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.	Cuándo conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77.	Tengo amigos íntimos	V	F

PLANTILLA DE CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION IPDE MÓDULO DSM-IV

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERA.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSA.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto a dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado, los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ella los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos).

Paranoide	2F	14F	36	59	66	72			
Esquizoide	1H	12	21F	31	46	57F	77F		
Esquizotípico	2F	24	30	52	64	67	70F	77F	
Histriónico	5	10	17	28	35F	44	45		
Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74		
Narcisista	7F	15	22	37	55	61	65	68	
Límite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
O-C	3F	19	23	32	41	48	54	59	
Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	
Evitación	12	27	34	38	39	51	63	76	

DIAGNÓSTICO:

ANEXO 5

PLAN DE INTERVENCION PRIMARIA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 14-16 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA.

INTRODUCCIÓN:

La prevención en salud mental se conceptualiza en tres distintos niveles según la OMS, Prevención primaria, secundaria y terciaria; el actual trabajo se enfoca en la intervención primaria o conocida también como nivel preventivo.

La prevención primaria se ha definido como el conjunto de acciones encaminadas a evitar la adquisición de una enfermedad, es decir previene una enfermedad o daño en personas o población sana (OMS, 1986). Por lo tanto en la problemática de los Trastornos de la conducta alimentaria TCA, la prevención primaria implica la reducción o eliminación de factores de riesgo que conducen a trastornos de la alimentación.

Al hablar de prevención primaria en TCA se generan un sinnúmero de limitaciones y controversias que han surgido de las diferentes experiencias en este campo, puesto que la realización de talleres o charlas informativas podría ser contraproducente en el medio escolar o en la población adolescente.

Por la precedente razón y después de haber realizado un análisis de los diferentes trabajos (Gil, M.I; Candela, J.P. & Rodríguez, M.C.) (Ruíz, P.) (Velazco, J.; Pozo, J.) que se han realizado en este ámbito se ha considerado realizar un plan de intervención indirecta, es decir no centrada en los TCA en sí, sino en las características compartidas (déficit en autoestima, habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración, carencia de asertividad, impulsividad y presión social,

etc.) que han mostrado quienes padecen este tipo de trastornos, como posibles factores de riesgo para su manifestación.

De acuerdo con las últimas revisiones y evidencias, (Behar & Figueroa, 2010) la prevención será de mayor eficacia si está enfocada a la población en riesgo más que a la población en general, de la misma manera más eficacia han demostrado las estrategias de prevención realizadas en diferentes sesiones que las de corta duración. Por lo que en este trabajo se realiza un plan preventivo que incluya estas características.

Puesto la complejidad de la etiología de los TCA, se ha creído conveniente utilizar el enfoque integrativo, el mismo que se caracteriza por la flexibilidad para integrar diferentes modelos psicológicos y también para realizar distintos tipos de técnicas en cada paciente, en distintas fases de su vida y ante diferentes problemas.

El plan de intervención consta de 14 sesiones para adolescentes, las mismas que serán efectuadas con modalidad individual y colectiva, con frecuencia de 1 sesión por semana.

JUSTIFICACIÓN

Finalizada la investigación, y para dar cumplimiento al objetivo principal de la misma se elabora el plan de intervención primaria en trastornos de la conducta alimentaria, dirigido a la población adolescente que ha manifestado riesgo para afecciones de la conducta alimentaria.

Se considera conveniente y necesaria la elaboración del presente plan de intervención, ya que como se evidenció en los resultados, el porcentaje de adolescentes que manifiestan riesgo para TCA es significativo, conjunto a ello presentan como factor de predisponente características de personalidad asociadas a los TCA.

Por medio de este Plan de intervención se pretende buscar alternativas para disminuir la incidencia de las alteraciones alimentarias, potencializando y creando capacidades y recursos de protección por medio de la psicoeducación y técnicas conductuales.

FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA

El presente modelo de intervención se llevara a cabo en dos fases:

FASE 1: identificación de la población en riesgo, incluyendo a los adolescentes de entre: 14-16 años.

Puesto que el primer acercamiento a los adolescentes es una aproximación grupal lo primero que se hará es establecer el rapport y la empática con el grupo, se puede lograr por medio de actividades lúdicas o recreativas propias para la edad.

Esta fase incluye la aplicación del Inventario de desórdenes de la alimentación EDI.

FASE 2: esta fase integra dos etapas

1. Encuadre
2. Investigación del problema, trastorno y personalidad.

EL ENCUADRE

Es la etapa inicial en la que se establece la relación paciente- terapeuta. Dependerá de las habilidades propias del terapeuta el grado de confianza y compromiso que pueda establecerse entre ellos (Balarezo & Mancheno, 2003). Por medio del encuadre que se establece los roles de cada uno, el tipo de terapia a realizarse, el número de sesiones, los objetivos del tratamiento, las normas de confidencialidad y los límites entre terapeuta y paciente.

INVESTIGACIÓN DEL PROBLEMA, TRASTORNO Y PERSONALIDAD

Se refiere a la indagación tanto longitudinal como transversal del individuo y de su problemática, utilizando para ello la observación, entrevista y los reactivos

psicológicos que se consideren pertinentes. En esta etapa ya hemos identificado la población con riesgo para TCA, por lo que se evaluará las características de personalidad por medio del Cuestionario de Personalidad IPDE, lo cual permitirá identificar si existe o no relación entre las características de personalidad y el riesgo para TCA.

FASE 3: se llevará a cabo la elaboración del plan de intervención primaria dirigido a la población en riesgo, esta fase incorpora tres etapas complementarias que permitirán el abordaje de la problemática en curso:

1. Planificación del proceso
2. Ejecución y aplicación técnica
3. Evaluación del proceso y los resultados.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

Logramos llegar hasta este apartado por medio de la aproximación diagnóstica que se realizó previamente, son estos recursos los que permiten la realización de un plan de intervención el mismo que cuenta con algunos componentes como:

Formulación de la dinámica del problema o trastorno

Formulación de la dinámica de la personalidad

Los enunciados anteriores se realizan por medio de la valoración inicial y de los resultados tanto de la historia clínica psicológica, como de los reactivos aplicados durante la primera etapa.

Señalamiento de objetivos

Señalamiento de técnicas

OBJETIVOS DEL MODELO TERAPÉUTICO:

Los objetivos están dirigidos evitar la aparición de nuevos casos en la problemática alimenticia, mediante desarrollo y fortalecimiento de medidas preventivas, que promuevan la calidad de vida de los adolescentes y de sus familias.

Objetivo general:

Disminuir la incidencia de TCA en la población adolescente con riesgo para TCA

Objetivos específicos:

Desarrollar un pensamiento crítico frente a los estereotipos culturales dominantes de belleza y delgadez.

Potencializar o fomentar factores de protección ante la presión social y conductas de riesgo.

Promover un estilo de vida y alimentación saludables, sin que tenga fundamento en la imagen corporal.

SEÑALAMIENTO DE TÉCNICAS

Después de haber seleccionado (mediante la evaluación psicológica adecuada), la población a la que estará dirigido el plan de intervención, se eligen las diferentes técnicas que serán de utilidad para el cumplimiento de los objetivos establecidos con los adolescentes.

Puesto que se busca hacer prevención indirecta y a la vez participativa se ha creído conveniente adoptar un método integrativo, pudiendo utilizar de este modo herramientas de diferentes enfoques garantizando así un abordaje integral.

Psicoeducación: es una herramienta educacional o medio de información que se procura a quienes sufren o están propensos a una patología, así como también al medio familiar que lo rodea.

El objetivo fundamental de esta técnica es lograr la concientización e incrementar los recursos y/o habilidades para manejar las diversas manifestaciones de la posible patología.

La psicoeducación preventiva incluye acerca de los factores predisponentes tanto personales, familiares y sociales que podrían desembocar en un TCA, por lo tanto amplía la información y conocimiento de los mismos a la vez que ofrece distintas posibilidades de detrimento del riesgo, al alcance tanto de la persona como de su entorno. Así mismo aborda los pensamientos, ideas y creencias irracionales y distorsionadas con respecto al trastorno y plantea el problema de una perspectiva real y manejable. (Zaldívar, 2007) Por tanto la psicoeducación es, el punto de partida en este plan preventivo.

Entrenamiento en habilidades sociales (EHS): es un medio de intervención que incluye un agregado de técnicas derivadas de las teorías de aprendizaje social, de la psicología social, de la terapia de conducta y de la modificación de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida. (Olivares & Méndez, 1998, pág. 339)

El EHS sigue un patrón cognitivo-conductual característico en el que se le enseña al paciente la habilidad dándole instrucciones directas, posteriormente se realiza la práctica de dicha habilidad puesto que la práctica facilita la aplicación. A lo largo de este proceso el individuo recibe una retroalimentación que le permite

desarrollar de manera adecuada sus habilidades a la vez que corrige los posibles errores que se puedan encontrar.

Actualmente el EHS se considera esencial en la modificación de la conducta por dos razones específicas:

El reconocimiento de la estrecha relación que existe entre las dificultades de un sujeto en sus relaciones interpersonales y el riesgo para presentar un trastorno psicopatológico.

Las numerosas áreas de aplicación.

Para el EHS podemos utilizar diferentes técnicas como: la interrogación negativa, la aserción negativa, el role play, modelado, la auto-observación, el reforzamiento positivo, desmembrar la ira, actuar como si, etc.

Entrenamiento en asertividad: otro de los campos en los que se plantea que las personas deben estar inmersas es en el campo de la asertividad, definida como la expresión apropiada de cualquier emoción diferente de la ansiedad en relación con otras personas. (Lazarus y Wolpe)

Por lo tanto dotar de recursos que permitan al individuo un comportamiento intermedio entre la agresividad y la pasividad, considerando no solo sus derechos sino también los de los demás es el objetivo del entrenamiento en asertividad.

Los pasos que se siguen en el entrenamiento de asertividad son:

1. Evaluación de los problemas asertivos del sujeto.
2. Instruir al paciente sobre la teoría y filosofía de la auto-afirmación y defensa de sus derechos.

El entrenamiento propiamente dicho se da por medio de: juegos, reforzamiento, ensayo conductual, técnica de la pregunta asertiva, disco rayado, aplazamiento asertivo, la ironía asertiva, el quebrantamiento del proceso, modelado, etc.

Aserción negativa: dejar de lado el hábito de decir “lo siento” o “perdona” a fuerza de repetirlos no significan nada y utilizar frases del tipo: “Ha sido una tontería por mi parte”, “No debería haber dicho/hecho”, “Tienes toda la razón”.

Autorrevelación: proporciona información de lo que uno siente y piensa y facilita el diálogo con otra persona. Se pueden emplear mensajes “Yo”: “Yo siento...”, “pienso que...”.

Banco de niebla: se utiliza cuando alguien te critica por algo con lo que tú no estás demasiado desacuerdo, pero no puedes demostrar que lo que tú crees o piensas es correcto. Se utilizan los argumentos de la persona que nos critica, pero sin enfrentarnos a ella. Se utilizan expresiones del tipo: “Es posible”, “Seguramente a ti te lo parece”, “Seguramente tienes razón, pero...”.

Compromiso viable: trata de conseguir que las dos personas obtengan parte de lo que desean. No se trata de ganar siempre; es preferible llegar a un acuerdo cuando sea posible. La única limitación es el respeto a lo que uno cree correcto porque entonces ceder no es ser asertivo sino todo lo contrario.

Disco rayado: se reduce a repetir una y otra vez lo que se quiere decir hasta que el otro se convenza de que la manipulación no le sirve contigo. La insistencia es fundamental para hacer prevalecer la propia opinión. Para que no parezca tan mecánico el repetir siempre lo mismo se pueden usar frases tipo: “Entiendo lo que me dices pero”.

Interrogación negativa: está pensada para enfrentarse a los juicios que otras personas hacen de nosotros. Obliga al otro a explicar su opinión y deja claro que no la aceptaremos porque sí. Ante la afirmación de la otra persona respondemos preguntando

“¿Qué tiene de malo / de raro / de estúpido?...”.

3. Reducción de la ansiedad.
4. Reestructuración cognitiva.
5. Práctica, seguimiento y generalización.

Entrenamiento en relajación y respiración: se ha constituido en una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica. Hoy en día se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo.

La relajación es la aplicación de una serie de procedimientos para la consecución de estados psicofísicos opuestos a la conmoción y la tensión, cuyas características son una disposición anímica positiva y una sensación de bienestar, pero, sobre todo, la supresión de la angustia y ansiedad. (Balarezo L. , 2007, pág. 97)

Por otra parte encontramos el entrenamiento en respiración que si bien no es ajeno a la relajación, es uno de los procedimientos en los que se basan numerosos procedimientos de autocontrol emocional. Es un tópico el considerar que en la actualidad el patrón de respiración que mantenemos, y al cual le conduce nuestro acelerado ritmo de vida, no solamente es inapropiado, sino incluso nocivo para la salud, por tratarse de superficial e incompleto, insuficiente para proporcionar satisfactoriamente el aporte de oxígeno necesario.

El entrenamiento tanto de relajación y de relajación brinda bienestar no solo físico sino también psicológico, sin embargo llegar a disfrutar de estos se requiere constancia en la práctica y hacer de esta un hábito en la medida de lo posible.

Además se necesita tomar en cuenta algunos factores como:

Eliminar en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a.

El lugar donde ha de ser tranquilo.

Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos.

La luz debe ser tenue.

La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales.

Para este programa utilizaremos algunas técnicas como:

La relajación progresiva de Jacobson

Practica de relajación con visualización

Respiración profunda

Respiración rítmica controlada

Respiración contada

Respiración alternada

Terapia en solución de problemas (TSP): propuesta inicialmente D’Zurrilla y Golfried, desde su aparición hasta hoy el crecimiento ha sido enorme ya que permite el desarrollo de estrategias de prevención e intervención para mejorar la capacidad en situaciones específicas.

La TSP es un proceso cognitivo, afectivo y conductual por medio del cual el individuo intenta identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le van presentando en su vida cotidiana. Su objetivo es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. Una de las grandes ventajas de esta es que permite el abordaje de la problemática de modo personal, grupal o comunitario. (Friedberg & McClure, 2005, pág. 168)

El entrenamiento en solución de problemas se lleva a cabo mediante estos 5 puntos esenciales:

- Orientación general hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de soluciones alternativas.
- Toma de decisiones.
- Puesta en práctica y verificación de la solución.

Así también se pueden utilizar algunas técnicas como: el abogado del diablo, pronóstico del problema, generación de alternativas, filtración del problema, el seminario de tres minutos, etc.

Entrenamiento en Manejo de estrés: el estrés es el resultado de complejas interacciones que se dan entre el sujeto y su ambiente, incluyendo las percepciones o evaluaciones que el mismo hace de las posibles consecuencias o pérdidas que para él representa enfrentar determinada situación. (Zaldívar, 2007 , pág. 139)

El manejo del estrés implica tratar de controlar y reducir la tensión que ocurre en situaciones estresantes. Esto se hace realizando cambios emocionales y físicos. El grado de estrés y el deseo de hacer modificaciones determinarán qué tanto cambio tiene lugar.

El entrenamiento manejo de estrés se desarrolla en tres fases:

- Fase de conceptualización
- Fase de entrenamiento
- Fase de ejercitación

Lazarus sugiere que los programas para control de estrés además de tomar en cuenta las particularidades y vulnerabilidades de los sujetos, deben aplicarse técnicas que influyan sobre los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales.

El entrenamiento para el manejo del estrés engloba una amplia variedad de técnicas. Algunas técnicas comunes incluyen prácticas básicas de meditación (la respuesta de relajación) en las que simplemente te enfocas en tu respiración o en una palabra simple. Otras técnicas incluyen la fantasía guiada o los ejercicios de visualización, técnicas de autocontrol, proyección temporal, etc.

Reestructuración cognitiva (RC): la reestructuración cognitiva fue introducida a la psicología por Albert Ellis, 1958, y se refiere a un conjunto heterogéneo de enfoques y técnicas que conviven hoy en día, cada una con sus peculiaridades y puntos distintivos, pero todos con un elemento común: el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta.

El objetivo de esta es que el paciente advierta que los pensamientos autodestructivos o autoenunciados no poseen ningún beneficio para sí, pero pese a ello pueden influir directamente en la conducta y la afectividad. En algunas ocasiones los pensamientos desadaptativos pueden venir de forma automática por lo que pasan inadvertidos, generando ansiedad y desajuste emocional.

La utilización de esta técnica consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

Para la RC también podemos usar otras técnicas que permitan diferenciar las creencias de la realidad como: habilidad en análisis racional, estilo atribucional, identificar distorsiones cognitivas, identificar presunciones o creencias, el uso de metáforas, técnica de la triple columna, detención del pensamiento, etc.

Medición del peso y talla: es importante hacer este proceso con el que se obtiene el índice de masa corporal (IMC). Un $IMC < 18$ en un adolescente nos obliga a descartar la existencia de un cuadro de AN; esto no sucede tanto en la BN, ya que el IMC puede ser normal o incluso puede haber sobrepeso. La fórmula de medición peso talla es: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (Mtrs)}$

TABLA DE IMC

INDICE DE MASA CORPORAL	CLASIFICACIÓN
< 18	Bajo- “Delgado”
18 a 24.9	Normal
25 a 29.9	Excedido en peso
30 a 34.9	Obesidad I
35-39.9	Obesidad II
>40	Obesidad III

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

En esta etapa se ponen en marcha todas las estrategias fijadas en la planificación, las mismas que se aplican en el proceso cada una con las adaptaciones requeridas de acuerdo al caso de cada paciente.

EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, EL PROCESO Y LOS RESULTADOS

Es la realización de un examen crítico de todo lo ocurrido desde el inicio hasta la última sesión. Por medio de esta etapa podemos compartir con el colectivo los éxitos y limitación encontradas en los diferentes casos.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

PREVENCION CON ADOLESCENTES

SESION 1

OBJETIVOS:

Aplicación del Inventario de Trastornos de la Alimentación EDI

Identificar la población con riesgo para TCA

TÉCNICA:

Aplicación colectiva de reactivo psicológico

MATERIALES:

Hoja impresa del test

Lápiz

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Puesto que en esta fase aún no se ha hecho el primer acercamiento con los adolescentes únicamente se hará una presentación general, explicando el motivo por el que se realiza la actividad y se solicitará que completen el test sin hacer una aproximación individual.

Se dará la consigna, las instrucciones necesarias para la realización de la prueba y posteriormente se entregara a cada uno el respectivo test.

El aplicador debe estar abierto a cualquier pregunta y debe tener conocimiento adecuado de la prueba para satisfacer las dudas del adolescente.

Consigna: “Por favor lea y conteste las preguntas con sinceridad según se identifique con ellas”

Ulteriormente se hace la corrección de la prueba, identificando así a la población en riesgo.

Nota: Este test se encuentra en el anexo 1

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

45 minutos

SESION 2

OBJETIVOS:

- Establecer rapport y empatía
- Explicación del modelo de intervención
- Desarrollar alianza terapéutica
- Establecer objetivos y compromisos

TÉCNICA:

Entrevista individual

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Se inicia con una presentación corta, tanto del paciente como del psicólogo, y con la explicación del programa que estamos desarrollando; es importante no mencionar que se está atendiendo por riesgo para TCA, pues esto podría alertar y esconder los síntomas o características, explicamos también que el pan de

intervención está compuesto por sesiones grupales e individuales; utilizando la psicoducción se explica el proceso que se llevara a cabo tiene como finalidad desarrollar y potenciar habilidades y estrategias para un estilo de vida físico y psicológico más saludable.

Se organiza los horarios en y la duración del modelo de intervención y del mismo modo se establecen las normas entre paciente terapeuta.

Es importante hacer uso de la escucha empática de manera que el paciente sienta que es un espacio para él. Escucha empática a cerca de la situación del paciente.

Para fortalecer la relación terapéutica se puede hacer uso de recursos motivacionales como metáforas, moralejas u otros medios, así como también se hace uso del contrato terapéutico, en el cual el paciente se comprometa a colaborar y participar activamente; además de establecer un acuerdo de confidencialidad para la mejor eficacia del plan preventivo.

Finalmente es imprescindible hacer una retroalimentación cerciorándonos de que este claro el método y los objetivos que se quieren lograr.

Nota: el contrato terapéutico se incluye en el anexo 2

MODO DE APLICACIÓN:

Individual

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO TOTAL:

30 minutos

SESION 3: EVALUACIÓN

OBJETIVOS:

Recolección de información detallada de la adolescente

Detección de factores predisponentes o desencadenantes para TCA

Evaluar las características de personalidad de la adolescente.

Valorar factores relacionados con los TCA (familiares, afectivos y ansiosos)

Medir peso- talla

TÉCNICA:

Entrevista individual

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Utilizamos como recurso la entrevista individual para obtener datos de información precisa de la adolescente, y la aplicación de la Historia Clínica Psicológica; investigación de factores predisponentes, mantenedores y desencadenantes de síntomas presentes, se indagan las diversas áreas de desarrollo (personal, familiar, social y académica), por último se culminará con la aplicación de los reactivos psicológicos.

Durante la aplicación de la HCP es esencial explorar los antecedentes familiares y el ambiente familiar en el que se desenvuelve ya que son factores implicados en la presencia de la patología.

Una vez terminada la HCP se aplica el cuestionario IPDE de personalidad, para encontrar las características de personalidad del adolescente, el cuestionario no evalúa tipos de personalidad, únicamente descarta los tipos de personalidad que no son característicos en el individuo, sin embargo por la edad del adolescente, únicamente lo usamos como referente para la evaluación.

También podemos indagar características afectivas, ansiosas y relaciones familiares por medio de algunas baterías psicológicas que no han sido utilizadas en este trabajo, pero están como referentes en el mismo.

Control peso talla, para descartar TCA

Nota: HCP, anexo 3; IPDE, anexo 4; APGAR familiar, anexo 5.

La valoración de personalidad, síntomas ansioso-depresivos y relaciones familiares son opcionales.

MODO DE APLICACIÓN:

Individual

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO TOTAL:

60 minutos

SESION 4

OBJETIVOS:

Presentación y cohesión grupal

Ampliar los conocimientos acerca de los cambios que se manifiestan en la adolescencia.

Enfocar la adolescencia como un periodo de cambio positivo.

TÉCNICA:

Psicoeducación

DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Esta será la primera presentación grupal, por lo que es importante crear un ambiente agradable y de compañerismo entre ellos.

Actividad N° 1

Dinámica rompehielo:

Buscando la otra mitad

Material:

Fotos o publicidades de revistas (si el grupo es de 10 necesitare 5 fotos o imágenes).

Preparación:

Se corta las fotos en 2 partes, de modo que tengamos 1 por participante.

Tiempo:

20 minutos

Procedimiento:

- Colocamos ya sea en el piso o sobre una mesa los papeles (deben estar bien mezclados entre ellos).
- Cada uno de los participantes toma un papel del lugar donde se hallan. Buscan a la persona que tiene en su mano la mitad correspondiente a su imagen, haciéndola coincidir. Entablan un dialogo (tiempo opcional) sobre: nombres, datos personales, hobbies, experiencias, etc.
- Una vez que termina el tiempo colocan nuevamente los papeles en lugar donde estaban, para repetir nuevamente la actividad.
- Cuando hayan hablado con 2 o más personas compartirán las experiencias que de las cuales hablaran así como también lo que percibieron al momento de hablar.

Actividad N° 2

Proyección de audiovisual:

Adolescencia identidad y motivación

Materiales:

Proyector

Laptop

Altavoces

Discusión:

Cada uno de los integrantes dará su opinión o punto de vista del video presentado.

Tiempo:

15 minutos

Nota: Audiovisual Adolescencia identidad y motivación (Anexo 1 Cd)

Actividad N° 3

Exposición:

Adolescencia: Mi Tiempo

Por medio de la psicoeducación se procede a ampliar los conocimientos de la adolescencia a los participantes, en cuanto las principales características y cambios durante su transición. Recalcado que es un periodo de transición y preparación para los desafíos de la vida adulta.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 4

Retroalimentación:

Utilizamos la retroalimentación, con la finalidad de explorar si los participantes obtuvieron algún aprendizaje nuevo, o a s vez si tienen alguna inquietud o duda respecto al tema.

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO TOTAL:

60 minutos

SESION 5**OBJETIVOS:**

Conocer el nivel de información acerca de la alimentación

Resaltar la importancia de la alimentación saludable

Promover hábitos alimenticios saludables

TÉCNICA:

Psicoeducación:

DESARROLLO DE LA SESIÓN:**Actividad N° 1**

Aplicación de reactivo:

Cuestionario de Conocimientos de Nutrición -CN- (Ruiz, 1998)

Materiales:

Hoja con el cuestionario

Lápiz

Pizarra o pliego de papel

Descripción del reactivo:

Cuenta con 10 ítems con 5 opciones de respuesta para medir el grado de conocimiento en nutrición: número de comidas al día, principios inmediatos de los alimentos, tipo de alimentos que hay que comer menos o evitar, dónde están los hidratos de carbono, raciones semanales de pescado, huevo, composición de un desayuno adecuado, consumo de lácteos, frutas y verduras, agua y pan. Únicamente una respuesta de cada apartado es correcta y esta se encuentra en la hoja de corrección.

Para la aplicación de este cuestionario: si el grupo es grande podemos hacer subgrupos de 3 o 4 personas, seleccionamos a uno de ellos para que sea el encargado de leer los ítems y juntos lleguen a un consenso de respuesta. Y si el grupo es pequeño puede aplicarse a cada uno. Una vez que se ha terminado con la aplicación se socializa los resultados para establecer las respuestas correctas.

Nota:

El cuestionario de conocimientos (anexo 7)

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 2

Exposición:

Nutrición y Salud

Materiales:

Proyector

Laptop

Esta vez utilizamos la psicoeducación a partir de la socialización de los resultados del cuestionario resuelto previamente, para ampliar los conocimientos acerca de la alimentación, enseñar una dieta sana, equilibrada y completa. Así mismo resaltaremos los peligros de iniciar dietas sin el acompañamiento de un profesional o con el objetivo de disminuir peso.

Es importante enseñar también la importancia de cada uno de los tipos de alimentos, para esto podemos recurrir a la pirámide alimenticia, en la que recalca la importancia y el aporte de cada alimento.

Para la enseñanza de dietas saludables es importante recordar la cantidad de comidas en el día, las porciones que se debe ingerir, así como también lo que tenemos que evitar. Se hace hincapié en el ejercicio equilibrado que debe acompañar a toda dieta saludable, la misma que beneficia tanto la salud física como mental.

Nota:

Pirámide alimenticia anexo 8

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 3

Dinámica:

Se hará una dinámica elegida por el facilitador, con la finalidad de hacer entretenida la actividad para los adolescentes

Tiempo:

10 minutos

Actividad N° 4

Discusión:

Mitos erróneos acerca de los alimentos

Materiales:

Tarjetas con imágenes que representen los distintos mitos.

Cinta adhesiva

Preparación:

Pegamos las tarjetas de los mitos en la pizarra (dejando la parte de la imagen escondida).

Procedimiento:

Se pide a cada participante que tome una imagen, una vez que todos tengan en sus manos el material le damos 5 minutos para pensar en las razones tanto a favor como en contra del mito que les tocó. Posteriormente iniciamos el debate anotando en la pizarra todas las ideas que hayan salido a cerca de la imagen y reflexionando a cerca de ellos, finalmente se sacara las conclusiones a cerca de la certeza o falsedad del mito.

La discusión guiada nos servirá para conocer cerca de mitos falsos que están inmersos en la sociedad y de los cuales muchas veces se dejan llevar sin siquiera darse cuenta.

Tiempo:

20 minutos

Nota:

Imágenes de mitos alimenticios (anexo 9)

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR:

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

60 minutos

SESION 6: MODELO COGNITIVO

OBJETIVOS:

Detectar distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos

Fomentar la aceptación de un amplio rango de siluetas corporales (autoimagen)

Desarrollar capacidades de crítica frente a la presión social y estereotipos de belleza

TÉCNICA:

Reestructuración Cognitiva

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad N° 1

Razonamiento:

Dialogo socrático

Materiales:

Papelógrafo

Marcadores

Cinta

Descripción de la técnica:

Inicialmente pediremos a cada participante dibujar la silueta que cree tener, es importante recalcar que debe realizar la figura lo más parecido a su imagen.

Luego evaluaremos cada figura, los participantes expresaran lo que sienten con la figura que dibujaron, se realizan preguntas acerca de que no le gusta, que le gusta de su imagen, como sería su imagen ideal, es decir preguntas que permitan evaluar si existen distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos respecto a su imagen. (Se llevara nota en la pizarra de las distorsiones que aparezcan en la actividad).

Se explica en qué consisten las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos (Modelo cognitivo A-B-C), se identifica cada una y se busca racionalizarlas mismas por medio del dialogo socrático (este es un método en el cual los participantes intentan investigar de un modo más estructurado la verdad y el valor de sus opiniones o creencias, por medio de argumentos válidos que contradicen la afirmación original, el objetivo principal es formar habilidades de pensamiento crítico)

Tiempo:

25 minutos

Nota:

Listado de pensamientos automáticos (anexo 10)

Actividad N° 2

Exposición:

Presentación de siluetas corporales (Anexo 12)

Materiales:

Proyector

Laptop

Lápiz

Hoja de registro de pensamientos

Descripción de la técnica:

Se explicara inicialmente que es la imagen corporal, la importancia de ella, así mismo manifestará lo que es la autoimagen y su importancia en la formación de la autoestima.

Posterior a ello se presentara gradualmente siluetas de distinta constitución, a la vez que entregaremos la hoja de registro de pensamiento (anexo 12) a cerca de las siluetas, en la misma que anotaran lo que sientes respecto a la imagen presentada. (Presentamos la imagen y dejamos un tiempo para contestar la hoja de registro)

Finalmente se presenta imágenes de personas con diferente complejión realizando actividades fructíferas y de éxito, de modo que los adolescentes comprendan que la valía no radica en la apariencia sino en la capacidad de cada persona para realizar lo que se propone.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 3

Practica guiada:

Juego de roles

Objetivo:

Desarrollar capacidad de crítica frente a la presión social y estereotipos de belleza.

Materiales: (opcional)

Tarjetas con imágenes

Hoja impresa de ejemplos

Presentación power point

Descripción de la técnica:

Cualquiera que sea el material elegido para esta actividad se hará grupos de dos, se les entregara el material, inicialmente la persona encargada explicara cómo aplicar el juego de roles y luego cada grupo de acuerdo al ejemplo que tenga en sus manos realizara la técnica. Por medio de esta actividad se lograra la aceptación de la figura tanto propia como la de los demás.

Tiempo:

20 minutos

Tarea inter sesión:

Identificar pensamientos automáticos en la rutina diaria anexo 11

MODO DE APLICACIÓN:

Combinado

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

55 minutos

SESION 7: AUTOESTIMA

OBJETIVOS:

Fomentar el autoconocimiento

Fortalecer la autoestima por medio de cualidades

TÉCNICA:

Psicoeducación

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad N° 1

Razonamiento:

Lluvia de ideas

Materiales:

Pizarra

Marcadores

Lápiz

Descripción de la técnica:

Se pedirá a cada participante que exprese la idea primera idea que se llegue a la mente cuando escucha la palabra autoestima, una vez que todos hayan contribuido elaboramos un concepto de autoestima utilizando términos sencillos y adecuados al nivel de lenguaje de los participantes.

Se explica cómo valorar su autoestima, utilizando el anexo 13 (valoración de autoestima) el mismo que explica las áreas que incluye la autoestima, es importante recalcar que mientras más baja sea la autoestima, mas negativa será la valoración de sí misma. (Si ese es el caso podemos recurrir a algunas técnicas de análisis racional, por tanto se debe prestar atención al grado autoestima, permitiendo identificar la necesidad de trabajo individual en esta área.)

Tiempo:

20 minutos

Actividad N° 2

Exposición:

Pirámide Maslow

Materiales:

Laptop

Proyector

Descripción de la técnica:

Se explica a los participantes la pirámide haciendo hincapié en las necesidades que respectan el desarrollo de la autoestima, utilizamos esto como punto de partida para diferenciar autoestima y autoconcepto, manifestando la participación de factores internos y externos en la formación de la autoestima.

Tiempo:

10 minutos

Actividad N° 3

Dinámica:

Conociendo mis cualidades

Materiales:

Pedazos de papel

Cinta

Lápiz

Descripción de la técnica:

Colocamos un papel de la espalda de cada participante (previamente fijado con una cinta), luego pediremos que hagan una columna de modo que cada uno logre ver la espalda del otro participante, cada uno escribirá 2 o 3 cualidades de cada uno de los chicos, rotando hasta llegar al punto de inicio, luego leeremos los papeles de cada uno e identificaremos cualidades que eran desconocidas para él o ella, acentuando el grado de bienestar que genera conocerse mejor.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 3

Audiovisual:

El circo de la mariposa

Objetivo:

Motivación y autoestima

Materiales:

Altavoces

Descripción de la técnica:

Se proyecta un video motivacional, con el objetivo de recalcar la importancia de autoconceito, y autoconfianza para lograr las metas propuestas, pese a los inconvenientes y limitaciones que se presenten. Se hará una retroalimentación del video.

Tiempo:

25 minutos

Nota:

Audiovisual Circo de la mariposa (Anexo 2)

Tarea inter-sesión:

Autorrefuerzos; pediremos a los participantes realizar al menos tres veces al día frases positivas, con el objetivo de fortalecer la autoestima. (Anexo 14)

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

65 minutos

SESION 8-9: RELAJACION Y RESPIRACION

OBJETIVOS:

Controlar los niveles de activación fisiológica

Crear o reforzar recursos de protección ante factores de estrés

TÉCNICA:

Entrenamiento en relajación y respiración

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad N° 1

Respiración:

La Respiración Abdominal

Materiales:

Audio instrumental (Anexo 3)

Descripción de la técnica:

En la postura adecuada, ya sea sentado o tumbado, concentra tu atención en la respiración, con el cuerpo relajado coloca tu mano derecha en el plexo solar. Centra tu atención en esta área. Comienza el ejercicio con una expiración y nota como se te hunde tu mano. A continuación nota como el aire fluye hacia los pulmones, nota la hinchazón de tu abdomen bajo tu mano. Continúa tomando y

expulsando aire de manera natural y advierte como se eleva y se hunde tu mano. Practica durante varios minutos. Procura durante esta práctica que no exista ningún movimiento torácico de expansión o contracción.

Variante: Bolsa de Respiración.

Figúrate una imaginaria bolsa vacía dentro de tu abdomen, al inspirar el aire se desplaza hacia abajo para llenar la bolsa, hinchando el abdomen, al expirar vacía la bolsa, haciendo que el abdomen vuelva a hundirse, continúa así hinchando y vaciando la bolsa imaginaria de tu abdomen.

Tiempo:

10 minutos

Actividad N° 2

Respiración:

La Respiración Completa

Descripción de la técnica:

1. Coloca una mano sobre tu vientre y otra sobre el pecho. Expulsa 2 ó 3 veces a fondo el aire.
2. Comienza con una inspiración lenta y profunda llevando el aire hacia la parte baja de los pulmones (como si respiraras con el abdomen) y siente cómo empujas la mano que tienes en el vientre.
3. Continúa inspirando el aire mientras dilatas la zona de las costillas
4. Cuando la zona costal esté dilatada, continúa inspirando un poco más a la vez que las clavículas se levantan. Ahora tus pulmones están llenos de aire. Tanto éste paso como el anterior podrás sentirlo con la mano que tienes en el pecho.
5. Retén unos instantes el aire procurando no tensar el rostro, el cuello o los hombros.
6. Comienza la expulsión haciendo que el aire salga primero de la parte clavicular, luego de la costal, y finalmente de la abdominal, expulsando el aire totalmente. Es decir, la expulsión se hace de manera inversa a la inspiración, de manera que la zona baja es la primera que se llena y la última que se vacía.

7. Mantente unos instantes los pulmones vacíos, y cuando sientas el impulso de inspirar, hazlo repitiendo los pasos anteriores.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 3

Relajación:

Respiración e imaginación positiva

Descripción de la técnica:

Utilizamos la técnica de respiración completa y al mismo tiempo empleamos la imaginación.

- En cada expiración imagina como se van y desaparecen tus tensiones.
- Por cada inspiración imagina como te inundas de paz y tranquilidad.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 4

Relajación:

Relajación autógena de Schultz

Descripción de la técnica:

Utilizaremos la guía de audio, la misma que nos dará las directrices de cómo realizar esta actividad. (Anexo 4

Tiempo:

20 minutos

Tarea inter-sesión:

Realizar 3 veces al día el entrenamiento en respiración y relajación, por lo menos un lapso de 5 minutos por repetición.

Nota: para el correcto adiestramiento es importante realizar todos los días la práctica de las técnicas, cualquiera de ellas.

RECOMENDACIONES:

Lugar para las técnicas

1. Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbadores.
2. Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
3. Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

La posición

Para el entrenamiento en relajación y respiración podemos utilizar tres tipos de posiciones:

1. Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
2. Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
3. Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo; en esta modalidad utilizaremos una posición descrita por Schultz y que él llama "la posición del cochero": "Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada, en posición de "dorso del gato.

La ropa

La ropa más cómoda posible y no hay necesidad de accesorios que puedan interferir con el proceso (gafas, lentes de contacto, sujetadores ajustados, etc.)

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR(A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

65 minutos

SESION 10: SOLUCION DE PROBLEMAS**OBJETIVOS:**

Promover la habilidad de encontrar soluciones alternativas ante posibles conflictos de la vida cotidiana.

Fomentar la capacidad de análisis racional

TÉCNICA:

Entrenamiento solución de problemas

DESARROLLO DE LA SESIÓN**Actividad N° 1**

Proyección de imágenes:

Proponer ejemplos de problemas por medio de imágenes

Materiales:

Laptop

Proyector

Descripción de la técnica:

Mostramos imágenes que representen problemas para los adolescentes y posteriormente explicamos en qué consisten las técnicas de solución de problemas, las mismas que pretenden enseñar al individuo un método sistemático, que favorezca no a la desaparición de problemas, sino a proporcionar métodos de análisis y evaluación, excluyendo la ansiedad y estrés innecesarios.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 2:

Solución en cinco pasos

Material:

Pizarra

Marcadores

Descripción de la técnica:

En esta técnica seguiremos los siguientes pasos:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas.

2. Definición y formulación del problema.

Operacionalización del problema

Selección de datos relevantes

Establecimiento de metas y objetivos

3. Generación de soluciones alternativas.

Principio de aplazamiento del juicio

Principio de la variedad

Principio de la cantidad

4. Identificación y valoración de las consecuencias. Toma de decisiones.

5. Ejecución de la solución y verificación.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 3

Seminario en tres minutos

Materiales:

Cronometro

Descripción de la técnica:

Esta técnica está diseñada para que las personas encuentren soluciones en un lapso no mayor de tres minutos. En ella se especifican acciones concretas para realizar en cada uno de los tres minutos. Es importante aclarar que para cada tarea se debe tomar no más de 60 segundos, tomados por un reloj, caso contrario, la técnica pierde efectividad.

Minuto 1: en él la persona define en términos concretos su problema, ello implica dejar de lado las valoraciones subjetivas, y las expectativas personales sobre la situación problemática.

Minuto 2: en este minuto se debe de realizar una “lluvia de ideas” de posibles soluciones, lo que permite a la persona encontrar al menos 10 soluciones; indistintamente de lo risibles e improbables que estas sean.

Minuto 3: en este minuto, se ha de valorar los elementos de los que se dispone para ejecutar las soluciones planteadas, de manera que al finalizar el minuto se pueda seleccionar al menos dos de ellas como las alternativas más viables.

Al concluir el tercer minuto, y seleccionar las alternativas viables, la persona debe de enfocarse en la ejecución de alguna de ellas y volver a centrar la atención en el problema.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 4

Abogado del diablo

Descripción de la técnica:

El objetivo de esta es poner a prueba la validez de las creencias que dan lugar a la orientación negativa tratándolas como hipótesis y centrándose en la utilidad de cara a la solución del problema para el que se generaron. El responsable adopta temporalmente una postura ante la persona claramente irracional (Ej., los problemas no son normales, casi nadie los tiene, es catastrófico que las cosas no salgan bien, es mejor evitar que enfrentarse a los problemas). La persona debe intentar encontrar argumentos para rebatir estas creencias. Es importante que la persona no perciba la postura del guía como una burla o crítica sobre su forma de pensar. Junto con esta estrategia pueden utilizarse técnicas de reestructuración cognitiva y registros orientados a fortalecer la orientación positiva a los problemas.

Tiempo:

20 minutos

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR(A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

65 minutos

SESION 11: HABILIDADES SOCIALES

OBJETIVOS:

Proporcionar alternativas adecuadas para la expresión de sentimientos y emociones

Incentivar el uso de conductas asertivas en el contacto con los demás

Desarrollar capacidades para expresar el desacuerdo de manera asertiva.

TÉCNICA:

Psicoeducación

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad N° 1

Explicación del entrenamiento en habilidades sociales (HH SS)

Materiales:

Laptop

Proyector

Descripción de la técnica:

Explicaremos el modelo de entrenamiento en HH SS, iniciamos con un breve concepto, posteriormente hablamos de los elementos y determinantes de las mimas se puede hacer uso del (anexo 15), el mismo que facilitará la explicación práctica. El entrenamiento en habilidades sociales consistirá en un conjunto de técnicas en las que se trabajará:

- Estrategias a entrenar: instrucciones, modelado, ensayo de conducta, reforzamiento y retroalimentación (Anexo 16)
- Reducción de la ansiedad se suele conseguir de forma indirecta siendo la conducta aprendida una conducta incompatible con la respuesta de ansiedad (Ej. relajación).
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en solución de problemas.

Tiempo:

20 minutos

Actividad N° 2

Técnicas asertivas

Descripción de la técnica:

Esta actividad será completamente práctica, puesto que involucra el uso de diferentes técnicas algunas aprendidas con anterioridad y otras nuevas, sin embargo buscamos proveer de herramientas para el uso cotidiano en el contacto interpersonal.

Usaremos técnicas como:

Role play: técnica que permite trabajar la empatía y la comprensión con los demás; con la práctica continua los adolescentes podrán reconocer sus sentimientos, actitudes, valores y qué caracteriza en algunos casos su conducta. Asimismo permite aceptar a los demás, resolviendo conflictos y asumiendo con responsabilidad la toma de decisiones.

Se usa el diálogo y es una puesta en común improvisada, donde se enfatiza sobre un conflicto con trascendencia moral.

Se realiza en 4 etapas:

1. Motivación: guiada por el facilitador quien promueve un clima de confianza con los chicos y presenta conflictos para que se tomen en cuenta, como un tema de interés.

2. Preparación para la dramatización: el facilitador manifiesta los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto, que personajes intervienen y situación a dramatizar.
3. Dramatización: los participantes asumen el rol protagónico y se esfuerzan por preparar el argumento pertinente, tratando de encontrar un diálogo que evidencie el conflicto.
4. Debate: Se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada y se hacen las preguntas sobre el problema dramatizando, podemos pedir opiniones a quienes dramatizaron conflicto manifestando lo que experimentaron al asumir el rol que les ha tocado interpretar.

El facilitador tiene el rol de moderador, guiando el debate hacia la consecución de nuevas soluciones y alternativas para el conflicto planteado, se debe explorar al máximo para poder establecer conclusiones y medir las consecuencias de las decisiones tomadas.

Disco rayado: para hacer peticiones o rechazar una petición poco razonable. Consiste en la repetición continuada del mensaje central que queremos transmitir sin dar razones o excusas (“No, no me parece buena idea”, “No, no lo considero oportuno”)

La aserción negativa: forma de reaccionar ante una crítica justa, sin dar demasiadas excusas o justificaciones. (Te has tardado demasiado: “es verdad, podía haber regresado antes”)

Desarmar la ira: centramos la atención en la ira de la persona, ignorando el contenido del mensaje. (“Noto que estás enojada, hablemos sobre ello. Sentémonos, tomemos un café y hablemos”)

Ofrecer disculpas: reconocer los sentimientos del otro, logrando que sepa que nos hemos dado cuenta de lo que ha pasado.

Banco de niebla: se envía el mensaje al otro de que puede que tenga razón pero sin decir que la tiene, añadiendo "...pero lo siento, no puedo hacer eso". Se basa en que si nos resistimos a las críticas ayudamos a generar más argumentos en contra, mientras que si no lo hacemos provocamos que se extinga la conducta. Reforzamiento en forma de sándwich: manifestar una expresión positiva antes y/o después una negativa. ("Esta bueno, un poco salado, pero delicioso")

Se llevara a cabo con la participación del grupo permitiendo poner en práctica sus conocimientos.

Tiempo:

30 minutos

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR(A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

60 minutos

SESION 12-13: PROYECTO DE VIDA

OBJETIVOS:

Fomentar el los adolescentes el planteamiento de metas a corto y largo plazo

TÉCNICA:

Plan de vida

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad N° 1

Psicoeducación:

Informar acerca de la importancia del proyecto de vida

Materiales:

Laptop

Proyector

Descripción de la técnica:

En esta actividad explicaremos todo lo relacionado con el plan de vida, buscando responder a tres interrogantes principales: ¿Qué es el plan de vida? ¿Para qué sirve? ¿Cómo elaborarlo?

Tiempo:

20 minutos

Actividad N° 2

FODA:

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Material:

Esquema del FODA

Lápiz

Audio instrumental

Descripción de la técnica:

Previamente ya hemos explicado en qué consiste el FODA por lo que en esta actividad nos enfocaremos en elaborarlo, de modo que en un lugar silencioso entregaremos la hoja del esquema del FODA (anexo 17), y pediremos a cada participante que realice su registro de cualidades y limitaciones, el mismo que permitirá desarrollar un proyecto de vida con objetivos realistas y adecuados a las preferencias de cada participante.

Tiempo:

20 minutos

Tarea extra-sesión: se entregará la hoja de pasos para el plan de vida (anexo18), para que las responda en casa.

Actividad N° 3(Sesión 13)

Elaboración de proyecto de vida

Material:

Hoja de Plan de vida

Descripción de la técnica

Después de responder las preguntas en casa los adolescentes estarán en la capacidad de elaborar un proyecto de vida por lo que se realizara dicha actividad. Por medio de la socialización se evalúa la viabilidad del plan de vida, se ayuda a establecer metas realistas con periodos de tiempo aptos para lograr dichos objetivos.

Tiempo:

40 minutos

Nota:

Se entrega la hoja de registro de cumplimiento de metas, la misma que será revisada durante la fase de seguimiento. (Anexo 20)

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR(A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

60 minutos cada sesión

SESION 14: RETROALIMENTACION Y CIERRE

OBJETIVOS:

Reforzar conocimientos y técnicas aprendidos durante el proceso

Explicar la fase de seguimiento

TÉCNICA:

Lluvia de ideas

DESARROLLO DE LA SESIÓN

Actividad N° 1

Retroalimentación:

Lluvia de ideas

Materiales:

Pizarra

Marcadores

Descripción de la técnica:

Se requiere la participación de todos los integrantes, puesto que haremos un recuento de todo el proceso para cerciorar el aprendizaje de nuevos recursos y herramientas durante el mismo.

Tiempo:

15 minutos

Actividad N° 2

Participación grupal:

Análisis de casos

Materiales:

Hoja de caso

Papelógrafo

Descripción de la técnica:

Por medio de material didáctico, se presentara ejemplos de casos permitiendo a los adolescentes hacer uso de las herramientas aprendidas.

Para esta actividad se conformaran grupos dependiendo de la magnitud del mismo, cada grupo realizara por separado el análisis del caso, identificando el tipo de técnicas que se debe utilizar y las posibles soluciones al problema.

Tiempo:

20 minutos

Actividad N° 3

Cierre:

Agradecimiento y explicación de fase de seguimiento

Descripción de la técnica:

Se da por concluido el taller semanal y se explicara la siguiente fase (seguimiento), el mismo que se llevará a cabo por seis meses posteriores al cierre, con sesiones de una vez al mes, en esta fase se evaluará los avances, presencia de síntomas, y el logro de los objetivos del proyecto de vida.

Tiempo:

15 minutos

MODO DE APLICACIÓN:

Grupal

FACILITADOR (A):

Psicólogo Clínico

TIEMPO:

50 minutos

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN

CENTRO EDUCATIVO:.....

AÑO DE BÁSICA/ BACHILLERATO:.....

EDAD:.....

PESO ACTUAL:.....

ESTATURA:

INSTRUCCIONES: Lee cada pregunta y marca a la izquierda, en el cuadro situado en la columna que mejor se adapta a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta. **NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS, INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL.** Gracias.

NUTRICIÓN	
1. ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?	
<input type="checkbox"/>	Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
<input type="checkbox"/>	Tres: desayuno, comida y cena.
<input type="checkbox"/>	Con hacer una comida principal es suficiente.
<input type="checkbox"/>	Dos: comida y cena.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?	
<input type="checkbox"/>	Hidratos de carbono.
<input type="checkbox"/>	Proteínas.
<input type="checkbox"/>	Grasas.

<input type="checkbox"/>	Vitaminas.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?	
<input type="checkbox"/>	Hidratos de carbono.
<input type="checkbox"/>	Proteínas.
<input type="checkbox"/>	Grasas.
<input type="checkbox"/>	Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
4. Los hidratos de carbono están en:	
<input type="checkbox"/>	Carne magra, pescado, pollo.
<input type="checkbox"/>	Huevo.
<input type="checkbox"/>	Aceites y mantequilla.
<input type="checkbox"/>	Pan, patatas, pasta, cereales.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
5. A la semana hay que comer:	
<input type="checkbox"/>	Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
<input type="checkbox"/>	Huevos todos los días.
<input type="checkbox"/>	Hay que tomar pocas legumbres.
<input type="checkbox"/>	Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
6. El desayuno debe consistir en:	

<input type="checkbox"/>	Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
<input type="checkbox"/>	No hace falta hacerlo.
<input type="checkbox"/>	Es sólo para mayores,
<input type="checkbox"/>	Basta con un vaso de leche al levantarse.
<input type="checkbox"/>	Una pieza de fruta.
	7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso):
<input type="checkbox"/>	Son perjudiciales para la salud.
<input type="checkbox"/>	Engordan.
<input type="checkbox"/>	Son vegetales.
<input type="checkbox"/>	Van mal para los huesos.
<input type="checkbox"/>	Son de consumo diario.
	8. Las frutas y verduras han de tomarse:
<input type="checkbox"/>	Con poca frecuencia.
<input type="checkbox"/>	Lo menos posible, pues son de mal sabor.
<input type="checkbox"/>	Sin lavar.
<input type="checkbox"/>	Varias veces al día.
<input type="checkbox"/>	Con cuidado porque pueden ser peligrosas.
	9. El agua ha de tomarse:
<input type="checkbox"/>	Antes de las comidas.
<input type="checkbox"/>	Después de las comidas.
<input type="checkbox"/>	Durante las comidas.

<input type="checkbox"/>	Poca porque engorda.
<input type="checkbox"/>	A cualquier hora.
10. El pan ha de comerse:	
<input type="checkbox"/>	Poco porque engorda.
<input type="checkbox"/>	Todos los días.
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	De molde.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.

CLAVE DE CORRECCION DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN

CENTRO EDUCATIVO:.....

AÑO DE BÁSICA/ BACHILLERATO:.....

EDAD:.....

PESO ACTUAL:.....

ESTATURA:

Instrucciones: Este cuestionario mide distintas actitudes y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer. Otras a lo que el adolescente piensa y siente sobre sí mismo/a.

NUTRICIÓN	
1. ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
<input type="checkbox"/>	Tres: desayuno, comida y cena.

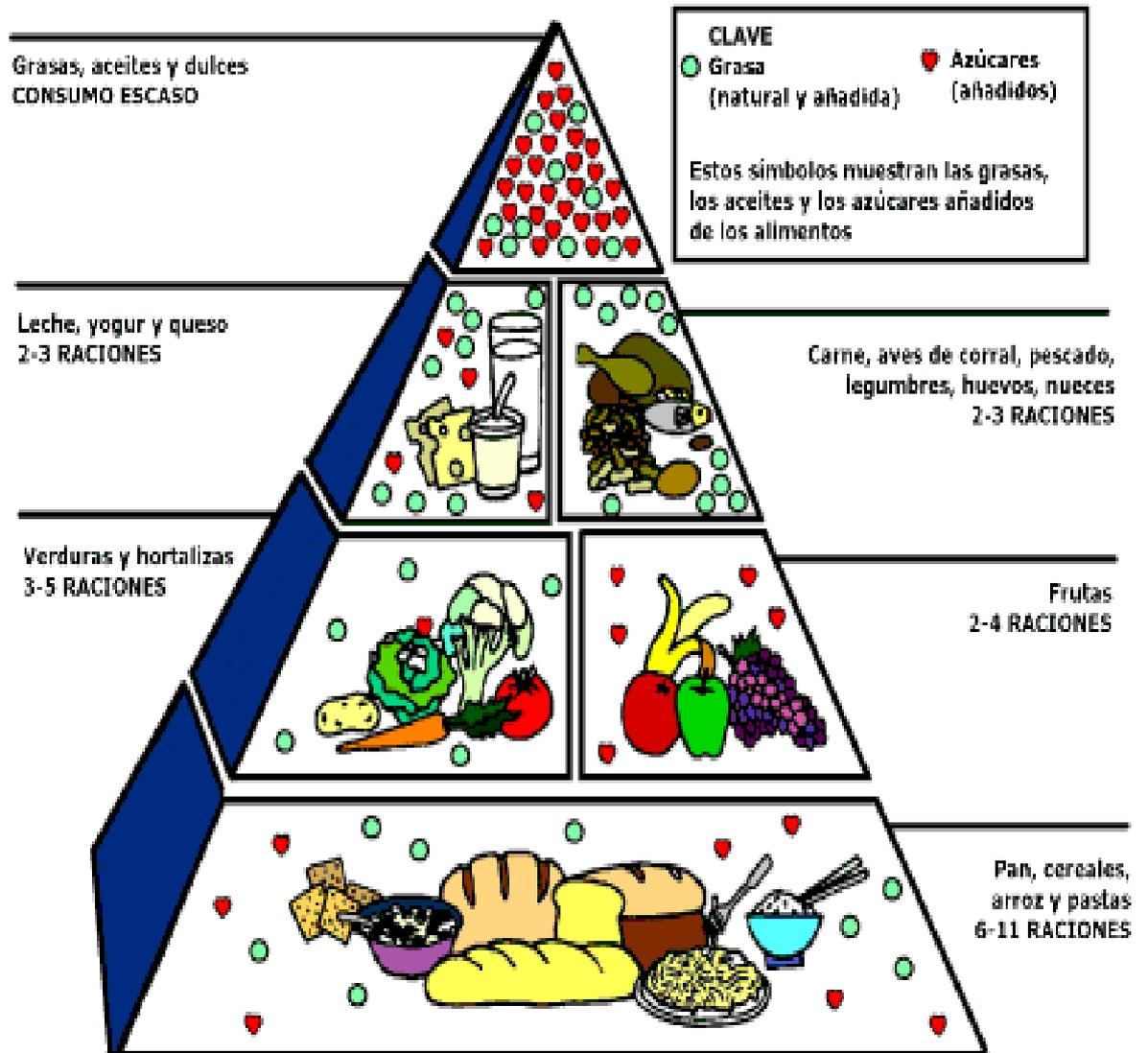
<input type="checkbox"/>	Con hacer una comida principal es suficiente.
<input type="checkbox"/>	Dos: comida y cena.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Hidratos de carbono.
<input type="checkbox"/>	Proteínas.
<input type="checkbox"/>	Grasas.
<input type="checkbox"/>	Vitaminas.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?	
<input type="checkbox"/>	Hidratos de carbono.
<input type="checkbox"/>	Proteínas.
<input type="checkbox"/>	Grasas.
<input checked="" type="checkbox"/>	Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
4. Los hidratos de carbono están en:	
<input type="checkbox"/>	Carne magra, pescado, pollo.
<input type="checkbox"/>	Huevo.
<input type="checkbox"/>	Aceites y mantequilla.
<input checked="" type="checkbox"/>	Pan, patatas, pasta, cereales.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.

5. A la semana hay que comer:	
<input type="checkbox"/>	Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
<input type="checkbox"/>	Huevos todos los días.
<input type="checkbox"/>	Hay que tomar pocas legumbres.
<input checked="" type="checkbox"/>	Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.
6. El desayuno debe consistir en:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
<input type="checkbox"/>	No hace falta hacerlo.
<input type="checkbox"/>	Es sólo para mayores,
<input type="checkbox"/>	Basta con un vaso de leche al levantarse.
<input type="checkbox"/>	Una pieza de fruta.
7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso):	
<input type="checkbox"/>	Son perjudiciales para la salud.
<input type="checkbox"/>	Engordan.
<input type="checkbox"/>	Son vegetales.
<input type="checkbox"/>	Van mal para los huesos.
<input checked="" type="checkbox"/>	Son de consumo diario.
8. Las frutas y verduras han de tomarse:	
<input type="checkbox"/>	Con poca frecuencia.
<input type="checkbox"/>	Lo menos posible, pues son de mal sabor.

<input type="checkbox"/>	Sin lavar.
<input checked="" type="checkbox"/>	Varias veces al día.
<input type="checkbox"/>	Con cuidado porque pueden ser peligrosas.
	9. El agua ha de tomarse:
<input type="checkbox"/>	Antes de las comidas.
<input type="checkbox"/>	Después de las comidas.
<input type="checkbox"/>	Durante las comidas.
<input type="checkbox"/>	Poca porque engorda.
<input checked="" type="checkbox"/>	A cualquier hora.
	10. El pan ha de comerse:
<input type="checkbox"/>	Poco porque engorda.
<input checked="" type="checkbox"/>	Todos los días.
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	De molde.
<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores.

ANEXO 8

PIRAMIDE ALIMENTICIA



ANEXO 9

TARJETAS SOBRE MITOS ALIMENTICIOS



Las frutas engordan?



ANEXO 10

LISTADO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

1. Pensamiento polarizado: Se aprecia cualquier situación de forma extremista, sin términos medios. Ej.: “Como ayer no pude dormir hoy me va a salir **todo** fatal” “Si el resultado no es perfecto, el fracaso es **total**” “No valgo para **nada**” “Siempre me sale **todo** mal” “**Nunca** podré conseguirlo” No se toman en cuenta los detalles intermedios, se hace de cuenta que no existen.

2. Sobregeneralización: Existe la tendencia de sacar conclusiones generales, a partir de un acontecimiento aislado. Un caso se generaliza a toda una serie de acontecimientos: “Si ocurrió una vez, ocurrirá siempre” “Si una persona me hizo daño, todas las personas similares son malas”

Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.

3. Pensamiento catastrófico: las personas se adelantan a las consecuencias de acontecimientos que no se han realizado, y las ven como espantosas, centran su pensamiento en lo peor de lo peor y todo les resulta peligroso, por lo que lo que esperan es una catástrofe. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras “y si...”.

4. Filtraje: esta distorsión se caracteriza por que la persona centra su atención en la parte o partes negativas de una situación, filtrando o dejando de lado los aspectos positivos. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle

5. Interpretación o lectura del pensamiento: las personas tienden a interpretar el pensamiento de los demás, haciendo juicios y conclusiones de ellos. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo

está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

6. Personalización: La persona considera que todo lo que sucede a su alrededor le involucra, se siente responsable de todo lo que sucede, y todo lo relaciona con su persona AUNQUE no tenga datos suficientes como para sacar estas conclusiones. Por ejemplo, una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo.

7. Falacias de control: hay dos tipos interna y externa

Interna: la persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos. “Soy responsable de mi sección y tengo que tenerlo todo controlado” “Lo que yo hago no lo pueden hacer otros porque no lo hacen como debe hacerse”...

Externa: la persona se ve a sí misma impotente y externamente controlada.

La persona que se siente externamente controlada, se bloquea “Mi jefa me exige tanto que no puedo más” “Ya no puedo seguir con las clases porque no puedo con estos alumnos” “Mis compañeros sólo me dan trabajo y ya no lo soporto”

8. La falacia de justicia: Mediante este tipo de pensamiento consideramos que todo lo que no coincida con nuestra forma de ver las cosas es injusto. El mundo debe funcionar en función de unas normas y criterios muy estrictos donde otras opiniones o alternativas apenas se tienen en cuenta. Se expresa a menudo con frases como: "No hay derecho a que me traten así" “Si hiciera lo que debe ni se sentiría mal ni me lo haría sentir a mí, es injusto lo que me están haciendo” “Es injusto que los profesores me traten así pues no me lo merezco”

9. Falacia de cambio: El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás. La falacia de cambio supone

que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

10. La falacia de la recompensa divina: En este estilo de ver el mundo la persona se comporta “correctamente” en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos angelicales que podrá cobrar algún día.

11. Razonamiento emocional: En la raíz de esta distorsión esta la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.

12. Falacia de razón: presuponer ser poseedores de la verdad absoluta obviando opiniones ajenas; creen que sus opiniones y acciones son las correctas y válidas e intentarían continuamente demostrarlo así mismos o a los demás con argumentos elaborados pero falsos; no toleran equivocarse y harán todo lo posible para evitarlo.

13. Etiquetas globales: Aislar una conducta específica o rasgo de carácter y atribuírselo a TODA la personalidad bajo una forma permanente. Se rotula por ejemplo, la identidad de la persona con una etiqueta inalterable. Ej.: “No hice bien el trabajo. Soy un inútil” “No aprobé el examen. Soy un fracasado”

14. Culpabilidad: La atribución de las causas puede ser inadecuada (centrarse sólo en sí mismo, o sólo en el otro, y no ver todas las causas ni todas las alternativas). Posteriormente se atribuyen rasgos negativos estables: “Lo hice por estúpido, lo hizo con mala intención” (conclusión apresurada, lectura de mente, etiquetamiento indebido).

15. Reglas tácitas: En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría. No sólo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a sí misma con los debería.

16. Proyección – imaginar en el otro pensamientos, sentimientos que no son aceptados como propios porque generan angustia o ansiedad.

EJEMPLOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS

- Nadie me quiere (generalización excesiva)
- Yo no le gusto a ella (leer el pensamiento)
- Me va mal con las mujeres (generalización)
- Soy tonto (etiquetado)
- Me va a ir mal en este examen (adivinar el futuro)
- Sé que se están riendo de mí (leer el pensamiento, personalización)
- Soy un imbécil inservible (catastrofismo, generalización excesiva, etiquetado)
- Tengo este problema y no he podido resolverlo a pesar de intentarlo varias veces, así que no tiene solución (saltar a conclusiones, pensamiento «todo o nada»)
- Siento que no puedo con esto, por tanto, no puedo (razonamiento emocional, generalización)
- Nada me resultará bien en la vida (tremendismo, generalización excesiva, adivinar el futuro)
- No puedo salir con chicas bellas (TCC: saltar a conclusiones)
- A alguien no le gusta mi trabajo, por tanto, seguramente a la mayoría de mis compañeros no les gusta mi trabajo (pensamiento «todo o nada», leer el pensamiento, generalización)
- Ella «me hace» enojar (Falsa atribución)
- «No puedo...» (TCC: saltar a conclusiones)

ANEXO 11

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

Día Hora	Situación (describe el acontecimiento)	Emociones negativas (rabia, ansiedad, desanimo pena, puntuálas del 0 al 100)	Técnica de las tres columnas			Resultado (Evalúa nuevamente el crédito de cada pensamiento automático de 0 a 100 y señala como te sientes en este momento)
			Pensamiento automático (escribe tus pensamientos negativos y puntuá cada uno 0-100)	Distorsión Cognitiva (Identifica las distorsiones de cada pensamiento automático)	Respuesta Racional (Sustitúyelos por pensamientos más realistas y puntuá cada uno 0-100)	
14 h	Cuando llegué a la reunión del grupo, la gente no me hizo caso y me sentí tan mal que me tuve que ir.	Ansiedad 80 Pena 60	Seguro que ya nunca me sentiré bien con ellos. 70 30	Sobre generalización Negativismo	Habrà veces que me sienta mejor y otras peor con la gente, es lo normal (100)	

ANEXO 12

SILUETAS CORPORALES

SILUETA 1



SILUETA 2



SILUETA 3



SILUETA 1



SILUETA2



SILUETA 3



HOJA DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS

SILUETA 1

1. Es mi figura ideal

SI NO

2. Como me siento al verla

.....
.....
.....

3. Que pienso de esa imagen

.....
.....
.....

4. Qué haría si fuera así

.....
.....
.....

SILUETA 2

1. Es mi figura ideal

SI NO

2. Como me siento al verla

.....
.....
.....

3. Que pienso de esa imagen

.....
.....
.....

4. Qué haría si fuera así

.....
.....
.....

SILUETA 3

1. Es mi figura ideal

SI NO

2. Como me siento al verla

.....
.....
.....

3. Que pienso de esa imagen

.....
.....

4. Qué haría si fuera así

.....
.....

ANEXO 13

VALORACION DE AUTOESTIMA

No siempre somos conscientes de la valoración acerca de un área determinada de la vida o en aspectos personales, puesto que podría ser que nunca lo hemos planteado. Para incrementar la autoestima se hace indispensable que las personas valoren las diferentes áreas de la vida y de su persona.

ÁREA	ESCALA									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aspecto físico										
Relaciones con los demás										
Personalidad										
Cómo le ven los demás										
Rendimiento académico										
Realización de tareas cotidianas										
Funcionamiento intelectual										

¿A qué área de tu vida necesitas prestar más atención?

.....
.....
.....

¿Con qué área te sientes mayor satisfacción y te sientes agradecido?

.....
.....
.....

ANEXO 14

HOJA DE AUTOREFUERZOS

DÍA	HORA	FRASE POSITIVA	COMO ME SENTI
Lunes	8am	YO SOY VALIOSO	Motivado para la jornada
	14pm	SOY IMPORTANTE	Mi ánimo mejoró
	20pm	TENGO MUCHAS CUALIDADES	Alegre
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

ANEXO 15

ELEMENTOS Y DETERMINANTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

ELEMENTOS		EJEMPLOS DE CONDUCTAS INADECUADAS
EXPRESIVOS <i>¿Qué se dice?</i> <i>¿Cómo se dice?</i>	Verbales (contenido del habla)	Expresiones vagas, frases monosilábicas, hablar en exceso de uno, insultos.
	Paralingüísticos (volumen, tono y fluidez)	Voz temblorosa, hablar gritando, tartamudeando, entonación monótona
	No verbales (mirada, expresión, gestos, postura, proximidad, apariencia)	No mirar al que habla, inexpresividad facial
RECEPTIVOS <i>¿Qué han dicho?</i>	Atención (prestada al interlocutor)	Pensar en la respuesta en lugar de escuchar al que habla
	Percepción (de los elementos expresivos del interlocutor)	No percibir el tono irónico, en los elogios del interlocutor
	Evaluación (valoración de respuestas sociales del interlocutor)	Evaluar gritos como respuestas agresivas y no como señales del nerviosismo del interlocutor
INTERACTIVOS <i>¿Cuánto se habla?</i> <i>¿De qué manera se habla?</i>	Duración de la respuesta (o de la proporción del tiempo)	Acaparar la conversación
	Turno alternante (regulado por señales como contacto ocular, variaciones entonación)	Hablar simultáneamente, interrumpir repetidas veces

ANEXO 16

HOJA DE REGISTRO D' ZURRILLA Y GOLFRIED

FASES	OBJETIVOS	EJEMPLO
Orientación al problema	Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema	¿Qué actitud he de tener ante los problemas? Soy capaz de resolverlos eficientemente Tengo que reconocerlos y no evitarlos No me voy a precipitar al dar una respuesta
Formulación y definición del problema	Definir el problema operativamente y plantear metas realistas	¿Cuál es el problema? Discuto mucho con mi pareja Quisiera pasarlo bien con ella y disfrutar del tiempo libre
Generación de alternativas	Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema	¿Qué puedo hacer para solucionarlo? Pasar más tiempo juntos No alzar la voz Planear salidas de fin de semana
Toma de decisiones	Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar las que pueden solucionar mejor la situación	¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa? ¿Cuál voy a elegir? Pasar más tiempo juntos No gritar Planear actividades de ocio
Ejecución y verificación de resultados	Poner en práctica las decisiones tomadas y comprobar los resultados	Llevo a cabo las alternativas y observo si solucionan realmente el problema, sino revisaré el proceso

ANEXO 17

FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Es la existencia de una capacidad o recurso que puede ser usado para alcanzar objetivos y concretar planes	Factores externos que puedo aprovechar y me facilitan el alcance de mis objetivos	Es falta de una determinada capacidad o condición que puede apartar o dificultar el logro de las metas o fines.	Requieren de un examen atento y lúcido del entorno:
<p>Para qué tengo facilidad</p> <p>Cuáles son mis cualidades sobresalientes</p> <p>Con qué competencias (talentos) cuento</p>	¿Qué situaciones de mi vida académica puedo aprovechar?	¿Qué me podría limitar e impedir que cumpla mis metas?	<p>¿Qué puede afectarme en el futuro próximo?</p> <p>¿Qué cambios podrían perjudicarme?</p>

ANEXO 18

PASOS PARA PROYECTO DE VIDA

Se debe tener en cuenta:

Las posibilidades del medio: “Lo que la sociedad ofrece”

Las capacidades: “Lo que puedo” Las aspiraciones: “Lo que quiero”

1. El punto de partida Mi situación

1. Mis fortalezas.
2. Mis debilidades.

2. Autobiografía

1. ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en mi vida y de qué manera?
2. ¿Cuáles han sido mis intereses desde la edad temprana?
3. ¿Cuáles han sido los acontecimientos que han influido en forma decisiva en lo que soy ahora?
4. ¿Cuáles han sido en mi vida los principales éxitos y fracasos?
5. ¿Cuáles han sido mis decisiones más significativas?

3. Rasgos de mi personalidad

Enuncie 5 aspectos que más le gustan y 5 que no le gustan con relación a:

1. Aspecto físico
2. Relaciones sociales
3. Vida espiritual
4. Vida emocional
5. Aspectos intelectuales
6. Aspectos vocacionales

4. Quién soy

1. ¿Cuáles son las condiciones facilitadoras o impulsadoras de mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio).
2. ¿Cuáles son las condiciones obstaculizadoras o inhibidoras para mi desarrollo (tanto personales como las existentes en el medio).

3. Organice la información obtenida teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Es posible el cambio
- b. Es factible el desarrollo
- c. No es posible cambiar (justificar porque no)

4. ¿Cuál será el plan de acción a seguir?

5. *¿Quién seré? Convertir sueños en realidad*

1. ¿Cuáles son mis sueños?
2. ¿Cuáles son las realidades que favorecen mis sueños?

3. ¿Cómo puedo superar los impedimentos que la realidad me plantea para realizar mis sueños? ¿Cómo puede potenciar o enriquecer mis condiciones facilitadoras? ¿Cómo puedo enfrentar las condiciones obstaculizadoras?

4. ¿Cómo sé que logré realizar lo que quería? ¿Cuáles serán las soluciones? ¿Cuáles serán las acciones derivadas a seguir?

6. *Mi programa de vida*

1. El propósito de mi vida es:

2. Analizo mi realidad para realizar el plan de acción: ¿Cuál es mi realidad? ¿Qué tengo? ¿Qué necesito? ¿Qué puedo hacer? ¿Qué voy a hacer?

ANEXO 19

ESQUEMA DE PLAN DE VIDA

ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	ALTERNATIVA
PERSONAL	Que quiero lograr	Como lo voy a lograr	Qué tiempo requiero para lograrlo	Actividad opcional para alcanzar mi objetivo
FAMILIAR				
ACADÉMICO				
SOCIAL				

ANEXO 20

HOJA DE SEGUIMIENTO

ASISTENCIA		PRESENCIA DE SINTOMAS		CUMPLIMIENTO DE TAREAS		CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO DE VIDA	
MES 1		+	-	+	-	+	-
SI	NO						
MES 2		+	-	+	-	+	-
SI	NO						
MES 3		+	-	+	-	+	-
SI	NO						
MES 4		+	-	+	-	+	-
SI	NO						
MES 5		+	-	+	-	+	-
SI	NO						
MES 6		+	-	+	-	+	-
SI	NO						

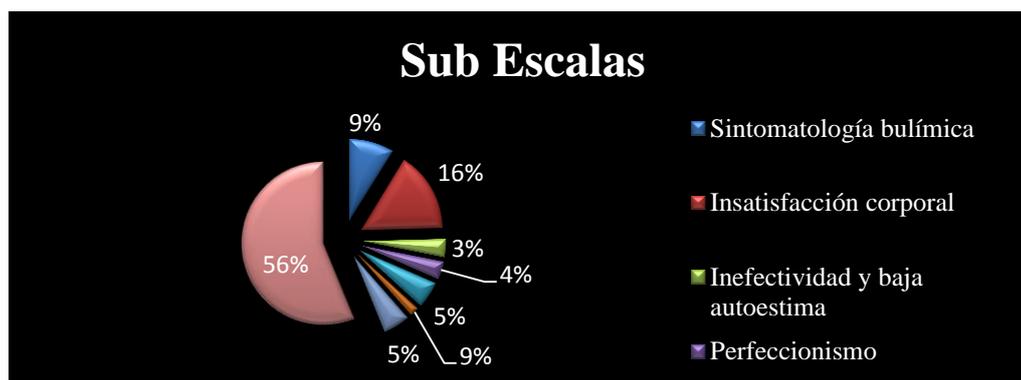
ANEXO 21

Título: Sub escalas predominantes en los adolescentes con riesgo para TCA

SUB ESCALAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Impulso a la delgadez	7	22%
Sintomatología bulímica	5	16%
Insatisfacción corporal	9	28%
Inefectividad y baja autoestima	2	6%
Perfeccionismo	2	6%
Desconfianza interpersonal	3	9%
Conciencia interoceptiva	1	3%
Miedo a madurar	3	9%
TOTAL	32	100%

FUENTE: EDI – Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

APLICADO POR: Alexandra Veintimilla Vega



Análisis e interpretación

Del total de la población el 28%, 9 adolescentes, presentan como parámetro predominante insatisfacción corporal; el 22%, 7 estudiantes, presentan como escala mayoritaria el impulso a la delgadez; el 16%, 5 adolescentes, muestran sintomatología bulímica; el 9%, representado en 3 estudiantes, manifiestan desconfianza interpersonal y miedo a madurar; el 6% simbolizado en 2 adolescentes, muestran como escala sobresaliente inefectividad y baja autoestima y perfeccionismo respectivamente, finalmente el 3%, es decir 1 adolescente muestra como rasgo principal conciencia interoceptiva.

ANEXO 22

ANEXOS DE AUDIO

ANEXO 1

Adolescencia, identidad y motivación

ANEXO 2

Video motivacional circo de la mariposa

ANEXO 3

Audio instrumental

ANEXO 4

Guía de relajación autógena

ANEXO 5

Que es la adolescencia

ANEXO 9

La comunicación asertiva

ANEXO 11

Trastornos alimenticios

ANEXO 23.

PRE-PROYECTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LASALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“PLAN DE INTERVENCION PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14-16 AÑOS. RELACION ENTRE CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA. DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014”.

AUTORA:

Georgina Alexandra Veintimilla Vega

LOJA – ECUADOR

2013-2014

TEMA:

“PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA. DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014”

1. PROBLEMÁTICA:

El deseo por adelgazar o por mantenerse delgada se ha convertido en uno de los esquemas, actitudes y valores clave de nuestra cultura¹.

Es indudable que nos encontramos inmersos en una sociedad y en una cultura en las que existe una creciente preocupación por la apariencia física. Para comprobarlo, es más que suficiente observar los periódicos, revistas, publicaciones científicas, diferentes programas y anuncios televisivos, donde la presencia de cuerpos exuberantes y “perfectos”, dietas “milagrosas” y demás productos de adelgazamiento, así como noticias sobre la, cada vez más alta, incidencia de los trastornos alimentarios, se ha convertido en la norma, más que en algo puntual y aislado.

En la sociedad actual, la delgadez mitificada significa el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio (Migallón, 2002)

Esta creciente preocupación por la delgadez está dando lugar a un incremento desorbitado de los problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y, de forma más concreta y derivados de esa insatisfacción, de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Hoy en día está ya no es una patología escondida sino más bien se está convirtiendo en una de las más frecuentes sobre todo en adolescentes, ya que la mayoría de los casos de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa ocurren en el grupo de 12-25 años, por lo que sería adecuado centrar nuestras actividades

¹ Habilidades sociales y Anorexia nerviosa. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Gismero, E. (1996). P 17.

preventivas en la población normal adolescente, considerándola como el grupo etario de riesgo².

Los Trastornos Alimenticios han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto³.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, DSM-IV-TR 2005) se acepta una prevalencia cercana al 0,5% para la Anorexia Nerviosa y de 1-3% para la Bulimia Nerviosa, ambas en mujeres jóvenes. Se establecen una ratio de prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de uno a nueve en varones respecto a mujeres.

Si bien es cierto no contamos con estadísticas exactas en nuestro país, lo que dificulta conocer la magnitud del problema de este tipo de alteraciones. Sin embargo a lo largo de los años se han realizado múltiples investigaciones en este campo en relación a la prevalencia, de aquí podemos citar algunos datos estadísticos de diferentes países en los que la investigación ha dado sus frutos:

En Estados Unidos, el año 2000 se evalúa una muestra de 1709 escolares de ambos sexos, entre 8 y 23 años de edad, con una tasa de respuesta del 88%. Obteniéndose una prevalencia de Anorexia Nerviosa del 0,6% y de Bulimia Nerviosa del 2,8%. La tasa de prevalencia es distinta según la edad, más alta entre los 8 a los 19 años, de 1,5% para Anorexia Nerviosa y un 2% para Bulimia Nerviosa.⁴

En países como España, específicamente en Navarra el año 2000 una investigación con muestra representativa de población femenina entre 12 y 21 años obtienen una prevalencia para los Trastornos de la Conducta Alimentaria de

² Eating attitudes, socio demographic factors and body shape evaluation in adolescence. Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. P.P. 62: 61-70.

³ Revista Chilena de Nutrición Vol.29 N.2 Santiago ago. 2008 *versión On-line* ISSN 0717-7518 pg.199 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182002000200002&script=sci_arttext

⁴ Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid Edición: 07/2003 I.S.B.N.: Documentos Técnicos de Salud Pública <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d085.pdf>

0.3% Anorexia Nerviosa, del 0.8% Bulimia Nerviosa y los Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificado del 3.1%.⁵

En países más cercanos al nuestro como lo es Argentina un estudio realizado se observó en un grupo de 1720 mujeres argentinas de 13 a 23 años, que el 24,7% tenía trastornos de la imagen corporal, el 18,8% presentaba trastornos alimentarios y el 10,8% era vulnerable a padecerlos. Casi el 60% de la población quería pesar menos. La adolescencia tardía era la fase con más trastornos alimentarios registrados⁶.

Colombia también ha realizado investigaciones destinadas a medir la prevalencia de estos Trastornos, en los cuales se ha obtenido cifras muy similares a la de otros países: Se encuestaron 2770 escolares, 708 se reencuestaron y entrevistaron, con prevalencia de anorexia nerviosa de 0.28%, bulimia nerviosa 3.25% y trastornos de comportamiento alimentario no especificados 33.6 %⁷.

Tal y como menciona Rosa Calvo, en su libro Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas, “los países occidentales ya no pueden cerrar los ojos al fuerte incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios, a los efectos devastadores en la salud de quienes los padecen, a su tasa de cronicidad y a los costes sanitarios que implican sus tratamientos”. Es evidente que nos encontramos ante un problema de salud grave, que no distingue entre sexo, ni edad, ni condición social⁸.

⁵. Detección Precoz De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Atención Primaria, Grupo de Salud Mental del PAPPS, http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf

⁶ Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes., Quiroga S, Vega V. Agosto 2003. <http://www.uba.ar/encrucijadas/46/sumario/enc46-trastornosalimenticios.php>

⁷ Revista Facultad Medicina de Colombia Jul- Sep 2008 Vol. 56 No.3 Prevalencia de TCA en estudiantes de bachillerato http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182002000200002&script=sci_arttext

⁸ “Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas”, Calvo R, GeoPlaneta, Editorial, S. A., 2002, P. 361.

En el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes⁹, lo que sin duda alguna constituye una señal de alarma no solo para los profesionales de salud, sino también para toda la sociedad y muy particularmente a los gobiernos quienes pueden crear políticas encaminadas a la prevención o detección precoz de los mismos.

Se ha encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%, y el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando la paciente tiene un déficit de peso/talla de 40%¹⁰.

Adicionalmente, 6 de cada 100 pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria pueden tener otro trastorno psiquiátrico que complica el diagnóstico y empeora el pronóstico¹¹.

Todo lo expuesto deja en evidencia la necesidad de intervenir, por una parte, con la intención de prevenir la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, generando programas de prevención primaria que favorezcan la reducción de la vulnerabilidad de la población, ante los posibles factores de riesgo. De esta forma se podrá influir en la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, disminuyendo su tasa de aparición. Y por otra parte, intervenir con la intención de detectarlos precozmente de manera que se logre garantizar, en mayor medida, el éxito terapéutico al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

⁹ Detección Precoz De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Atención Primaria, Grupo de Salud Mental del PAPPS, http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf

¹⁰ Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes, Morales A, Ramírez W, Ureña Ma, Sevilla A, Umaña P, Chaves R Acta pediátrica Costarricense http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900902002000300002&script=sci_arttext

¹¹ La Fundación Clínica Valle, Marzo 2001, N°58, Bersh S, MD Psiquiatra. <http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/>

Esencialmente, es este el objetivo que persigue la presente investigación, es decir en primera instancia valorar a los adolescentes por medio de reactivos psicológicos adecuados para esta problemática, los mismos que estarán destinados a medir el Riesgo a presentar Trastornos de la Conducta Alimentaria, así como también sus características de personalidad y de esta manera encontrar entre ellos a quienes tengan mayor propensión a este tipo de patologías.

La segunda parte de este trabajo será la de elaborar un Plan de Intervención Primaria esto es: fomentar por medio de esta técnica la prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria de los adolescentes, el mismo que estará dirigido a la población en riesgo identificada previamente.

Este Plan tendrá como características esenciales la búsqueda de actitudes positivas en los adolescentes ante la alimentación, ante su apariencia física promoviendo la auto aceptación y el incremento de autoestima. Así como también la indagación a cerca de los posibles factores socio - culturales que influyen en el desarrollo de dichas alteraciones.

2. JUSTIFICACIÓN:

La conducta alimentaria, como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Siendo una conducta básica de todo ser humano, se ha ido cronificando más y más a través de los años, por factores económicos, sociales y laborales, entre otros. A ello se agrega, que por lo menos en nuestro medio, coadyuva a agravar la posibilidad de riesgo de desarrollar conductas alimentarias poco saludables, la sobresaturación publicitaria a través de los medios de comunicación, de ideales de belleza que lejos están de nuestra realidad nacional y de nuestros orígenes étnicos, los cuales inciden en la insatisfacción corporal de muchos jóvenes.¹²

¹² Conductas Alimentarias: Un Factor de Riesgo en la Adolescencia. Resultados Preliminares en Base a Grupos Focales con Adolescentes y Profesores* Loubat O M. (DESS) Universidad de Santiago de Chile. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2055188>

Ya hace más de cuatro siglos que Richard Morton, se refiriera por primera vez al tema y a sus trastornos. Hoy se sabe que el problema es muy complejo y que requeriría en su tratamiento una intervención preventiva precoz, donde se considerarían realizar acciones intersectoriales involucrando a la familia, al medio escolar, al sistema de salud y sobre todo público, considerando en éste último su prioridad en el campo de la prevención. Deseable también sería involucrar a los medios de comunicación en esta tarea, desde una mirada educativa y preventiva.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) no parecen tener una causa o mecanismo patológico específico. En el momento la mejor explicación señala como mecanismo disparador, debido a múltiples factores psicosociales el inicio de una dieta. Previamente a la conducta de la dieta, los factores que predisponen al fenómeno se pueden dividir en vulnerabilidad biológica (herencia), rasgos psicológicos e influencias sociales.

El conocimiento que se tiene en nuestro medio sobre los trastornos del comportamiento alimentario en escolares obedece únicamente a la descripción de algunos casos clínicos y el comentario anecdótico entre algunos profesionales interesados en ellos.¹³

Nos guste o no, lucir delgado y atractivo son valores sociales. Existe una asociación fuerte entre lucir atractivo y sentir que se está bien y se es valioso.

Esto parece confirmarse en algunos estudios que describen que las personas esbeltas y atractivas tienen mayores posibilidades de éxito social y a veces mejores oportunidades de trabajo.

¹³ Prevalencia de TCA en estudiantes de bachillerato
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v56n3/v56n3a02.pdf>

La sociedad funciona con la hipótesis de que "**LO QUE ES BELLO ES BUENO**", lo cual es reforzado por todo el proceso de aprendizaje cultural, desde los cuentos de hadas hasta los comerciales de televisión.

Cada período en la historia y cada cultura ha tenido sus propios estándares de belleza, que influyen en todos, en especial en las mujeres jóvenes, porque hay más presión dirigida hacia ellas, y porque los jóvenes, sobre todo los adolescentes pueden ser más vulnerables a la "presión social".

La tecnología actual ha contribuido a que se den los excesos que vemos en la cultura occidental contemporánea en que se nos propone un ideal de figura corporal muy esbelta y hasta antinatural, que resulta cada vez más inalcanzable.

Al mismo tiempo se nos vende la idea de que "el objetivo de lucir suficientemente bello/a parece posible en cualquiera que trabaje suficientemente fuerte, se ejercite por el suficiente tiempo y coma suficientemente poco". Lo cual más que una idea es un espejismo.

Esta presión social y cultural hace que se incurra en comportamientos alimentarios inapropiados que pueden salirse de las manos. Tal es el caso de dietas excesivas y/o repetitivas, que pueden volver lento el metabolismo y aumentar el riesgo de comer en exceso, haciendo que cada vez resulte más difícil perder peso o mantenerlo. En este contexto aparece la **distorsión de la imagen corporal**: donde la persona continúa percibiéndose gorda, aunque no lo esté, e insiste en seguir reduciendo su peso.

La preocupación por el peso, la figura y las conductas encaminadas a evitar engordar, poco a poco van desplazando otras actividades e intereses en la vida de las personas afectadas al punto que todo lo relacionado con ello pasa a ser lo más importante.

Infortunadamente esto se da en la forma de una inmensa y persistente preocupación, es decir con mucho sufrimiento emocional.

Dada la relevancia que hoy en día manifiestan estas patologías, y el interés que despierta dada su etiología y comorbilidad con otras alteraciones psicológicas: se considera conveniente la realización de prácticas preventivas, encaminadas a disminuir el riesgo a padecerlas y por ende la prevalencia de las mismas. Promoviendo de esta manera el bienestar no solo físico, sino también psicológico y familiar en los adolescentes, como ya se ha manifestado anteriormente son los más sufren las devastadoras consecuencias de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, por esto y por diversas causas anexas se desarrollará el presente trabajo investigativo, cuyo tema a continuación se expone:

“PLAN DE INTERVENCIÓN PRIMARIA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 -16 AÑOS. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CENTRO EDUCATIVO “CORDILLERA” DE LA CIUDAD DE LOJA DE AGOSTO 2013 A FEBRERO DE 2014”

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

- Elaborar un plan de intervención primaria en Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Evaluar el riesgo a presentar trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes del Centro Educativo “Cordillera”.
- Investigar las características de personalidad de los adolescentes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera”.
- Determinar la relación entre características de personalidad y el riesgo a presentar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de 14 – 16 años del Centro Educativo “Cordillera”

4. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I ADOLESCENCIA

1.1 LA ADOLESCENCIA.

1.1.2 Concepto Fisiológico

1.1.3 Concepto Psicológico

1.1.4 Concepto Socio – Cultural

1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

1.2.1 El desarrollo biosocial

1.2.2 El desarrollo cognitivo

1.2.3 El desarrollo psicosocial

1.3 TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

1.3.1 Teoría Cognitivo Conductual

1.3.2 Teoría Piagetiana.

1.3.3 Teoría Psicoanalítica

1.3.4 Teoría Sociológica

CAPÍTULO II PERSONALIDAD

2.1 PERSONALIDAD

2.1.1 Definición y concepto

2.2 Influencias ambientales y genéticas

2.3 Personalidad y el cerebro

2.4 Principales teorías de la personalidad

2.5 Clasificación de los Trastornos de Personalidad según el DSM

2.5.1 Grupo A

2.5.2 Grupo B

2.5.3 Grupo C

CAPÍTULO III TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

(TCA)

3.1 DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1.2 Definición de los Trastornos De La Conducta Alimentaria

3.1.3 Etiología y patogenia

3.1.4 Antecedentes históricos

3.1.5 Clasificación de los Trastornos De La Conducta Alimentaria según el DSM IV

3.2 ANOREXIA

3.2.1 Definición

3.2.2 Causas

3.2.3 Características Diagnosticas para la Anorexia

3.2.4 Subtipos de anorexia

3.2.5 Efectos

3.2.6 Perfil de la persona anoréxica

3.2.7 Curso y Pronóstico

3.3 BULIMIA

3.3.1 Definición

3.3.2 Causas

3.3.3 Características Diagnosticas para la Bulimia

3.3.4 Subtipos de Bulimia

3.3.5 Efectos

3.3.6 Perfil de la persona Bulímica

3.3.7 Curso y Pronóstico

3.4 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TCANE)

3.4.1 Definición

3.4.2 Características Diagnosticas para el TCANE

- 3.5 Factores Desencadenantes y Perpetuantes de los TCA**
- 3.6 Comorbilidad de los TCA**
- 3.7 Diagnóstico diferencial**

CAPÍTULO IV TRATAMIENTO

- 4.1 DEFINICIÓN**
- 4.2 INTERVENCIÓN PRIMARIA**
 - 4.2.1 Definición
 - 4.2.2 Terapias y Técnicas empleadas
- 4.3 INTERVENCIÓN SECUNDARIA**
 - 4.2.1 Definición
 - 4.2.2 Terapias y Técnicas empleadas
- 4.4 INTERVENCIÓN TERCIARIA**
 - 4.2.1 Definición
 - 4.2.2 Terapias y Técnicas empleadas

5. METODOLOGÍA

1. **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:** La presente investigación se efectuará durante los meses Julio 2013 - Febrero de 2014, con adolescentes de 14- 16 años del Centro educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja.

Para la elaboración del trabajo investigativo se utilizaran herramientas psicológicas prácticas y actuales, que permitirán el cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados por la autora, entre estos tenemos: entrevista clínica psicológica, reactivos psicológicos, métodos y técnicas científicas y humanistas que permitirán un abordaje global del paciente.

Posteriormente se procesará los resultados de técnicas y métodos ya antes mencionados para lo cual se utilizara Microsoft Office Excel, el mismo que ayudara en la categorización de la información obtenida. Con los resultados de este proceso se procederá al análisis de datos y la obtención de los resultados para la elaboración de conclusiones y recomendaciones en caso de que estas sean emergentes.

2. **TIPO DE ESTUDIO:**

La investigación es descriptiva ya que detalla de modo sistemático las características de una población de interés, promoviendo la búsqueda de conocimiento y posibles soluciones, correlacional puesto que busca establecer la medida en que dos variables se correlacionan entre sí, es decir el grado en que las variaciones que sufre un factor se corresponden con las que experimenta el otro.

De acuerdo con el tiempo de recolección de datos y aplicación de instrumentos es de tipo transversal ya que se examina las variables en una población determinada y en un momento del tiempo.

3. **LUGAR DE INVESTIGACIÓN:** La investigación tendrá efecto en el Centro Educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja, calles Bernardo Valdivieso, 10 de Agosto y Colón.
4. **UNIVERSO Y MUESTRA.-** Constituido por estudiantes de 14- 16 años del Centro Educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja.
5. **UNIDAD DE ESTUDIO.-** Estudiantes del Centro Educativo “Cordillera” de 14- 16 años con riesgo a padecer Trastornos de Conducta Alimentaria, durante Julio – Febrero de 2014
6. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

Criterios de inclusión: participarán en el presente estudio:

- Estudiantes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja.
- Adolescentes detectados con riesgo para trastornos de Conducta Alimentaria
- Sin excepción hombres y mujeres.

Criterios de exclusión: No participarán en este estudio:

- Estudiantes cuyas edades sean menores a 14 años o mayores a 16 años.
- Estudiantes no pertenecientes al Centro Educativo “Cordillera”
- Adolescentes que por voluntad propia se rehúsen a colaborar.
- Adolescentes de 14-16 años del Centro Educativo “Cordillera” que no presenten riesgo para trastornos de Conducta Alimentaria, previamente evaluados con el Inventario de desórdenes alimenticios EDI.

7. **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para efectuar la vigente investigación se utilizara principalmente: Entrevista Psicológica, Reactivos Psicológicos, Observación Clínica directa e indirecta, Historia Clínica Psicológica y técnicas que se consideren necesarias según sea el caso de cada paciente.

El uso de cada una de estas técnicas se llevara a efecto con el único fin de cumplir los objetivos propuestos y promover el bienestar del paciente.

Descripción de instrumentos

➤ **HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA:**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN: Incluye la recolección de información básica del paciente.

(Nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, instrucción, profesión, ocupación, lugar de residencia, procedencia)

2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN: Condiciones físicas y psíquicas del paciente al momento de la entrevista, asiste solo o acompañado, voluntario o involuntariamente, conciencia lucida o no.

3. MOTIVO DE CONSULTA: Razón por la que el paciente solicita asistencia psicológica, enumerar los síntomas principales que obligan al paciente a la consulta, señalando tiempo, duración de cada uno de ellos, su frecuencia, intensidad y características.

4. ENFERMEDAD ACTUAL: Momento de aparición de los síntomas actuales y forma de evolución; así como también periodicidad, localizador frecuencia e intensidad; causas y factores desencadenantes que han motivado la aparición del trastorno, duración, etc.

5. HISTÓRIA PASADA DE LA ENFERMEDAD: Detalle cronológico de los síntomas, comienzo, forma de presentación, caracteres, evolución, medicación y tratamientos recibidos, resultados de tales tratamientos, hospitalizaciones remisiones, etc.

6. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas de los padres durante la concepción y el embarazo. Condiciones económicas, sociales y culturales del hogar y circunstancias que rodearon el embarazo y gestación, si fue hijo deseado o no.

Natal: El parto fue normal o no; fue a término o prematuro, condiciones que lo rodearon, lugar del parto, por quien fue ha tendido, complicaciones o traumatismos, asfixias, medicación recibida.

Infancia: Ambiente del hogar, frustración o disgusto del o los padres y familiares, tipo de nutrición, atención y cuidados que rodean al niño; dentición, marcha, lenguaje, ritmo de desarrollo físico y psíquico, juegos preferidos, ambiente.

Instrumentos y facilidades para el juego, principales rasgos del infante; tipo de relación con padres, hermanos y más familiares cercanos. Grado de sociabilidad: comunicativo o retraído; emprendedor o tímido; egoísta o sociable; terco u obediente; irritable o apacible; sumiso o agresivo; optimista o pesimista, etc.

Pubertad, adolescencia y juventud: Principales cambios provocados en su estructura somática o en su fisiología que han dejado huellas en su personalidad. Características de la crisis de adolescencia y forma en que logró superarlas; proyecciones futuras; anhelos y aspiraciones, identificación y dependencia; cursos superados éxitos y fracasos; intereses vocacionales, aptitudes y habilidades. Preocupaciones, hábitos y conflictos sexuales; relaciones con el sexo complementario.

6. PSICOANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLÓGICA:

Organización familiar, número de miembros; nombre, ocupación, edad de; padres, hermanos; aspecto económico, vivienda, alimentación, influencias emocionales; relaciones familiares; exigencias, rigidez y severidad.

Rasgos temperamentales de la familia que pudieron influir sobre el paciente; actitud familiar respecto al sexo; a la religión y a la política; fanatismo o actitudes exageradas.

Antecedentes patológicos familiares; enfermedades familiares de valor hereditario; muertes en parientes inmediatos (causa, edad). Tipo de familia: integrada, desintegrada, incompleta, intelectual, sobretrabajadora, invertida, unida, desunida, etc.

8. HISTORIA SOCIAL: desenvolvimiento social en el medio familiar, escolar, colegial, laboral, etc. Hace o no amistades fácilmente y con qué tipo de personas ha establecido sus relaciones de amistad en cuanto a: sexo, edad, nivel cultural, rasgos temperamentales, condiciones económicas. Cuales han sido sus manifestaciones en sus relaciones con las demás personas; ha sido sociable, egoísta, emprendedor, tímido, resentido, indiferente, hostil, generoso, ambicioso, etc.

9. HISTORIA PSICOSEXUAL: Orientación sexual que ha recibido; actitud hacia el sexo; experiencias sexuales; inclinación hacia el afeminamiento o masculinización, enamoramientos, desenvolvimiento de sentimientos; actitud hacia el matrimonio.

10. EXÁMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS: Aspecto psíquico y físico en general: exilado, deprimido, perplejo, ansioso, preocupado, etc. Indumentaria, arreglo personal, limpieza, arreglo de ropa, cuidado de cabellos, barba, uñas, etc. Paciente descuidado, llamativo, extravagante en el vestir, mímico facial, gestos y maneras: poca expresividad, discordancia, etc.

Expresión verbal, tono de voz, sonrisas, miradas, etc. Actitud activa, pasiva, cooperativo o no.

- **Conciencia:** a. Lucidez b. Orientación
- **Atención:** Trastornos Cuantitativos y Cualitativos
- **Sensopercepciones:** Ilusiones, alucinaciones, pseudoalucinaciones.
- **Memoria:** Trastornos Cuantitativos y Cualitativos
- **Afectividad:** Depresión, distimia, apatía, labilidad, ambivalencia
- **Inteligencia:** Tipo de inteligencia
- **Pensamiento:** Trastornos de curso, estructura y contenido
- **Voluntad:** Hipoabulia, abulia, catalepsia.
- **Instintos:** Nutrición, sueño, defensa, instinto sexual.
- **Hábitos:** Alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas.
- **Juicio y Razonamiento:** Lógico, ilógico, paralógico.

11. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Realizamos un análisis cuidadoso de todos los datos obtenidos en: anamnesis personal y familiar normal y patológica; tipo de personalidad (premórbida) a través de la anamnesis. Factores concurrentes a la aparición del cuadro clínico, sintomatología, profundidad de las alteraciones, evolución, etc.

12. EXÁMENES PSICOLÓGICOS: Incluye los resultados de todos los reactivos aplicados al paciente.

13. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Se toma los exámenes de los especialistas que nos servirán para el diagnóstico, en el caso de que estos hayan o se soliciten.

14. PSICOANAMNESIS ESPECIAL: Factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de la enfermedad, características de personalidad.

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Consiste en distinguir de qué tipo de entidad se trata realizando una comparación o diferenciación con cuadros clínicos similares o que puedan confundirnos por su semejanza. Igualmente de la personalidad.

16. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza de una enfermedad o desorden sobre la base de los conocimientos anteriores (diagnóstico presuntivo y diferencial), para encuadrar dando un denominador común al conjunto de datos obtenidos en el proceso de investigación de un paciente.

Encontramos tres puntos importantes:

- Discriminación y clasificación nosológica.
- Descripción de la personalidad y;
- Otros diagnósticos.

17. PRONÓSTICO: Llamado también predicción de los resultados; que se refiere a las posibilidades de superación del trastorno, del tiempo aproximado de terapia, del tipo de terapia que requiere, o la respuesta del individuo a la terapia.

18. RECOMENDACIONES: Dentro de este punto se puede anotar el tipo de terapia a seguirse de acuerdo a las necesidades del caso (Racional, sugestiva, familiar, etc.). La realización de exámenes de especialidad, si se requiere: exploración de ciertas áreas (para descartar primeramente problemas orgánicos) lenguaje, vista, oído, etc. Tratamiento y atención de especialidad; ubicación adecuada de centros e instituciones especializadas.

➤ **INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EDI**

Ficha Técnica

Nombre: EDI – Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

Nombre original: EDI, Eating Disorder Inventory- 2 Autores: David M. Garner, Ph. D. Procedencia: PAR Psychological Assessment Resources, Inc, Odessa, Florida.

Adaptación española: Sara Corral, Marina Gonzalez, Jaime Pereña y Nicolas Seisdedos (TEA Ediciones, S.A.)

Aplicación: Individual y colectiva.

Duración: Variable, 20 minutos aproximadamente.

Edad: De 11 años en adelante

Ámbitos de aplicación: Clínica y escolar.

Descripción

El EDI (Garner, 1998) es un instrumento de auto informe muy utilizado para evaluar síntomas que normalmente acompañan a la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

Consta de 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas diferentes: que son clínicamente relevantes en el caso de trastornos de la conducta alimentaria.

- Impulso a la delgadez (7 ítems)
- Sintomatología bulímica (7 ítems)
- Insatisfacción corporal (9 ítems)
- Inefectividad y baja autoestima (10 ítems)
- Perfeccionismo (6 ítems)
- Desconfianza interpersonal (7 ítems)
- Conciencia interoceptiva (10 ítems)
- Miedo a madurar (8 ítems)

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de siempre a nunca, de las cuales sólo tres se puntúan del 1-3, por ello la puntuación total de este test puede oscilar entre 0-192

➤ **IPDE TEST DE PERSONALIDAD**

Ficha Técnica

Nombre: Examen Internacional de los Trastornos de las Personalidad

Nombre original: Internacional Personality Disorder Examination (I.P.D.E.)

Loranger, A. W., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, Pl. y otros (1994).

Adaptación española: Juan J. López-Ibor Aliño, Antonio Pérez Urdániz y Vicente

Rubio Larrosa. (1996).

Significación: Evaluar los trastornos de personalidad según criterios de la CIE-10 y de DSM-IV.

Aplicación: Individual.

Duración: 60-90 minutos. Si dura más, se debería administrar en varias sesiones.

Edad: Mayores de 18 años (con ligeras modificaciones parece útil a partir de 14 años). No es apropiada para pacientes muy agitados o con depresión grave, psicosis, retraso mental o deterioro cognitivo importante. El uso en paciente con un proceso psicótico en remisión es controvertido.

Ámbitos de aplicación: Clínica y escolar.

Descripción:

La entrevista está formulada en dos módulos, según la DSM-IV y según el CIE-10. Los ítems están ordenados bajo seis encabezamientos: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. Las preguntas son abiertas, cerradas y de respuesta "Si/No".

8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la tabulación de los datos se utilizará el programa Microsoft Office Excel, mientras que para la representación de los mismos se esgrimirán tablas y gráficos en los cuales se mostrara la frecuencia, el análisis de los resultados se hará por medio de la comparación e interpretación de porcentajes.

9. TALENTOS HUMANOS Y RECURSOS MATERIALES

RECURSOS:

9.1 RECURSOS HUMANOS:

- Tutor: Docente encargado para guiar y dirigir el proceso de investigación
- Investigador: Egresada de la Carrera de Psicología Clínica del Área Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Estudiantes del Centro Educativo “Cordillera” de la Ciudad de Loja.

9.2 RECURSOS FÍSICOS:

- Medios de transporte
- Materiales de escritorio
- Internet
- Textos
- Ordenador

9.3 RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Centro Educativo “Cordillera”

9.4 RECURSOS PRESUPUESTARIOS

El financiamiento del proyecto de investigación será asumido por la autora.

MATERIALES E INSUMOS	COSTOS
FOTOCOPIAS	250.00
IMPRESIONES COLOR	40.00
IMPRESIONES B/ N	55.00
SUMINISTROS DE OFICINA	80.00
INTERNET	150.00
GASTOS DE MOVILIZACION	400.00
PENDRIVE	15.00
CDS	5.00
IMPREVISTOS	100.00
PRESENTACION FINAL	40.00
EMPASTADO DE TESIS	70.00
TOTAL	1205

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes/ Semana	Juni o 2013	Juli o 2013	Septiemb re 2013	Octubr e 2013	Noviemb re 2013	Diciembr e 2013	Ener o 2014	Febrer o 2014
Actividades	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Realización de prueba piloto para búsqueda de la muestra	x x							
Tabulación de datos para encontrar muestra	x							
Presentación y aprobación del tema		x						
Presentación y aprobación del pre proyecto			x x					
Recolección de información (test psicológicos)			x					
Corrección y aprobación de proyecto				x x				
Autorización para la investigación					x			
Desarrollo de Investigación y aplicación de					x x x	x x x x		

reactivos								
Correcciones de la investigación							x x	
Análisis e interpretación de Datos							x	
Conclusiones y Recomendaciones							x	
Presentación del borrador								X
Preparación de la exposición final								X
Sustentación Pública								x

11. BIBLIOGRAFIA

1. *Anorexia Nerviosa y Bulimia, Clínica y terapéutica*, Behar R, Figueroa G, Editorial Mediterráneo, Santiago, Buenos Aires, Montevideo.
2. *Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes*, Morales A, Ramírez W, Ureña Ma, Sevilla A, Umaña P, Chaves R
Disponibile en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900902002000300002&script=sci_art_ext
3. "Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas", Calvo R, GeoPlaneta, Editorial, S. A., 2002, P. 361.
4. *Alteraciones Alimentarias en niños y adolescentes argentinos*, 23 Nov 05, Dra. Bay L, Sociedad Argentina de Pediatría.
Disponibile en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=37924&pagina=2>
5. *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*, Bobes J, Portilla M, Bascarán Ma, Sáiz P, Bousoño M, Tercera Edición, Ars Medica 2004.
6. *Conductas Alimentarias: Un Factor de Riesgo en la Adolescencia. Resultados Preliminares en Base a Grupos Focales con Adolescentes y Profesores** Loubat O M. (DESS) Universidad de Santiago de Chile. USACH (Rec: 17 agosto 2005 – Acep: 14 marzo 2006) *TERAPIA PSICOLÓGICA* - 2006, Volumen. 24, Nº 1, 31–37 - Copyright 2006 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica -ISSN 0716-6184
Disponibile en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2055188>
7. *Detección Precoz De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Atención Primaria*, Grupo de Salud Mental del PAPPS, Montón C, García J, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández M^a, Tizón J
Disponibile en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 2005. American Psychiatric Association. APA Washington.

9. *Eating attitudes, socio demographic factors and body shape evaluation in adolescence.* Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L. *Br J Med Psychol* 1989; PP 62: 61-70.
10. *El Modelo Cognitivo Conductual. Manual de Psicoterapia.* Dr. Quinto E, Editorial Búho, República Dominicana, Jul 2008.
11. *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE 10,* Editorial Médica Panamericana 2004, Madrid, España.
12. *Guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico.* Balarezo L, Mancheno S, Unigraf Quito, 2003
13. *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.*

INDICE

Contenidos	Páginas
PORTADA	ii
CERTIFICACIÓN	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iii
AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISION DE LA LITERATURA	9
CAPÍTULO I	9
ADOLESCENCIA	9
4.1. DEFINICIÓN:	9
4.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	10
4.2.1. La Adolescencia Temprana o pre-adolescencia: desde los 10 hasta los 14 años	10
4.2.2. Adolescencia Tardía: desde los 15 hasta los 19 años	12
4.3. ADOLESCENCIA Y DESARROLLO	13
4.3.1. El Desarrollo Psicosocial	14
4.3.2. Desarrollo Físico	15
CAPÍTULO II	18
PERSONALIDAD	18
4.4. Definición	18
4.5. Desarrollo de la personalidad: Influencias genéticas y ambientales	18
4.5.1. Influencias genéticas	18
4.5.2. Influencias ambientales:	19
4.6. Personalidades predisponentes para TCA	19
CAPÍTULO III	22
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	22
4.7. Definición de los trastornos de la conducta alimentaria	22
4.7.1. Antecedentes históricos.	22

4.7.2.	Etiología y patogenia	23
4.7.3.	Clasificación de los Trastornos De La Conducta Alimentaria según el DSM IV	24
4.8.	ANOREXIA NERVIOSA	24
4.8.1.	Definición	24
4.8.2.	Perfil de la persona anoréxica.....	25
4.8.3.	Causas.....	25
4.8.4.	Características Diagnosticas para la Anorexia Nerviosa	28
4.8.5.	Efectos	28
4.8.6.	Curso y pronostico.....	30
4.9.	BULIMIA NERVIOSA	31
4.9.1.	Definición	31
4.9.2.	Perfil de la persona Bulímica.....	32
4.9.3.	Causas.....	32
4.9.4.	Características Diagnosticas para la Bulimia	34
4.9.5.	Subtipos de Bulimia	35
4.9.7.	Curso y Pronóstico	37
4.10.	Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE)	37
4.10.1.	Definición	37
4.10.2.	Características Diagnosticas para el TCANE.....	37
CAPÍTULO IV.....		39
4.11.	TRATAMIENTO	39
4.11.1.	Consideraciones para la elección del tratamiento.....	40
4.11.2.	Tratamiento de hospitalización.....	42
4.11.3.	Hospital de Día	43
5.	MATERIALES Y METODOS	45
6.	RESULTADOS	50
7.	DISCUSIÓN	54
8.	CONCLUSIONES	59
9.	RECOMENDACIONES	60
10.	BLOGRAFÍA	61
11.	ANEXOS	66