

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



TRABAJO DE GRADO:

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LAS CONDUCTAS DE ANOREXIA Y BULIMIA, EN ADOLESCENTES DEL CENTRO ESCOLAR CATÓLICO SANTA SOFÍA DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL, DURANTE EL PERIODO FEBRERO-AGOSTO DEL AÑO 2015.

PRESENTADO POR:

CHÁVEZ MARTÍNEZ, RENÉ ALBERTO.
GONZÁLEZ CRUZ, JULIA EMÉRITA.
LÓPEZ DE MERLOS, KARLA MARINA.

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS.

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, AGOSTO DE 2015 SAN MIGUEL

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

AUTORIDADES

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MTRA. ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

VIERRECTORA ACADEMICA

MTRO. OSCAR NOE NAVARRETE

VICERRECTOR ACADEMICO

DRA. ANA LETICIA ZAVALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LIC. CRISTOBAL HERNAN RIOS BENITEZ

DECANO

LIC. CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICE-DECANO

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ

SECRETARIO GENERAL

MTRA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

DIRECTORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACION

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES

LIC. RUBEN ELIAS CAMPOS MEJIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LIC. NAHUN VASQUEZ NAVARRO

COORDINADOR DE LA SECCION DE PSICOLOGIA

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS GOMEZ

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO DE LA SECCION DE
PSICOLOGIA

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS GOMEZ

DOCENTE ASESOR

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICDA. EVA DE JESUS CALDERÓN MATA

PRESIDENTE

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS GOMEZ

SECRETARIO

LIC. RUBEN ELÍAS CAMPOS MEJÍA

VOCAL

DEDICATORIA

Se dedica este triunfo a todas aquellas personas que a lo largo de nuestra formación académica nos han brindado su apoyo incondicional, su cariño, comprensión y han creído en nosotros en especial:

A Dios, por brindarnos sabiduría, serenidad y fortaleza en cada uno de nuestros proyectos de vida.

A nuestros padres, por sus consejos y estar siempre cuando los necesitamos brindándonos su cariño y motivarnos para alcanzar este logro académico.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS PADRE TODOPODEROSO: Por haberme brindado la oportunidad de crecer y mejorar cada día.

A MIS PADRES: Ana Dinia Martínez, Carlos Alberto Chávez, por el apoyo incondicional, amor y cariño en toda la formación de mi vida.

A MIS HERMANO/AS: David Chávez, Francisca Chávez, Fanny Martínez, por estar conmigo en todo momento de mi vida.

A MIS DEMAS FAMILIARES: A mi abuela, Juana De Chávez, por el apoyo en todo momento en el trascurso de mi vida, sobrina, Dinia Concepción, y a mi cuñada, Concepción Pacheco.

A UNA PERSONA MUY ESPECIAL EN MI VIDA: Mis amigos y en especial a Sucey, por compartir momentos inolvidables y brindarme apoyo.

DOCENTES: Por haber compartido sus conocimientos y forjar la vocación de un buen Psicólogo.

DOCENTE ASESOR: Luis Roberto Granados Gómez, por compartir los conocimientos brindados a lo largo de esta tesis y apoyarme a lograr este objetivo de mi vida.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Julia Emérita, Karla Marina, por compartir este momento inolvidable de mi vida, el apoyo, la comprensión y el cariño.

ATT. René Alberto Chávez Martínez

AGRADECIMIENTOS

A DIOS PADRE TODOPODEROSO: Por brindarme fe, esperanza, sabiduría y fortaleza en aquellos momentos en los que mi espíritu de lucha se veía debilitado.

A MI MADRE: Rosa Elva Cruz, por ser mi fuente de inspiración para ser una mejor persona brindándome su apoyo incondicional, consejos y ser mi fortaleza en cada uno de mis proyectos académicos y personales.

A MIS HERMANAS: Ana Elizabeth, Rosa Yamileth, Marta Jeannette, por brindarme su cariño y apoyo moral siendo parte importante en todas las etapas de mi vida.

A MIS SOBRINAS: Celina, Diana, Elizabeth, por su cariño incondicional.

A UNA PERSONA MUY ESPECIAL EN MI VIDA: Melvin Morataya, por brindarme su amor, comprensión, apoyo y consejos para el logro de mis objetivos personales y académicos.

DOCENTES: A los/as docentes de la Sección de Psicología por ser parte fundamental de mi formación académica y compartir sus conocimientos para el triunfo académico.

DOCENTE ASESOR: Luis Roberto Granados Gómez, por brindarme sus conocimientos académicos y guiarme a través del proceso de grado y la culminación del mismo.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS: Karla Marina, René Alberto, por brindarme su amistad y apoyo a nivel académico y personal.

ATT. Julia Emérita González Cruz

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por haberme acompañado siempre a lo largo de mi carrera, por darme la sabiduría necesaria llena de aprendizajes y experiencias vividas, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles.

A MIS PADRES: María Luisa López De Machuca, por haberme instruido en el buen camino con el temor de Dios, por su apoyo incondicional, los valores que me ha inculcado y brindarme una excelente educación y a mi padre Galileo de Jesús Machuca Chávez, por brindarme su apoyo siempre que lo necesite y ser un buen padre.

A MIS HERMANOS: Galileo de Jesús y Francisco Javier, por brindarme su apoyo moralmente, comprensión y cariño en todas las etapas de nuestra vida.

A MI ESPOSO: Pablo Efraín Merlos Romero, por ser esa persona especial en mi vida que siempre está a mi lado brindándome su apoyo, comprensión, amor y cariño para salir adelante.

A MI HIJO: Pablo Ezequiel Merlos, por ser mi fuente de inspiración, mi fortaleza y el motor que me inspira a salir adelante.

A MIS DEMAS FAMILIARES: Abuela y Abuelo, Tíos/as, primos, a mis suegros por ser parte importante de mi vida y brindarme su apoyo moral y comprensión.

DOCENTES: A los/as docentes de la Sección de Psicología por dedicar parte de su tiempo a mi formación y contribuir a este logro.

DOCENTE ASESOR: Luis Roberto Granados Gómez, por brindarnos su ayuda, tiempo, dedicación y consejos para el desarrollo de este trabajo.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS: Julia Emérita y René Alberto, por su apoyo, paciencia, comprensión, amistad y cariño.

ATT. Karla Marina López De Merlos

INDICE GENERAL

CONTENIDO	N° PAG.
AUTORIDADES	ii
TRIBUNAL CALIFICADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
INDICE GENERAL.....	XI
INDICE DE TABLAS	xv
INDICE DE GRAFICAS	xvii
RESUMEN	xix
INTRODUCCION	xx
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	23
1.1 Situación problemática.	23
1.2 Enunciado del problema.	23
1.3 Justificación.....	24
1.4 Objetivos.	26
1.4.1 Objetivo general:	26
1.4.2 Objetivos específicos:.....	26
1.5 Riesgos y beneficios.....	27
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.	28
2.1 Definiciones sobre anorexia y bulimia.....	28
2.2 Propuestas para la delimitación conceptual de la anorexia y bulimia.....	28
2.3 Antecedentes de la anorexia y la bulimia.....	33
2.4 Criterios estándar recomendados por el manual psiquiátrico para un correcto diagnóstico de la anorexia nerviosa.	35

2.5 Características diagnosticas de la anorexia según el dsm-5:.....	36
2.6 Manifestaciones menores de anorexia. dsm-v.....	39
2.7 Manifestaciones psiquiátricas de anorexia. dsm-v.....	40
2.8 Manifestaciones dermatológicas de anorexia.	41
2.9 Manifestaciones cardíacas de anorexia.....	42
2.10 Factores de riesgo de anorexia	42
2.11 Causas de la anorexia y la bulimia.	43
2.11.1 Causas biológicas de anorexia y bulimia, haluzik m. (2008)	44
2.11.2 Causas sociales de anorexia y bulimia, pereña garcia f. (2007).	45
2.11.3 Causas psicológicas de anorexia y bulimia, rosa maría raich escursell (2011).	46
2.11.4 Causas psiquiátricas de anorexia y bulimia, zandian m, ioakimidis i, bergh c, södersten p. (2007)	46
2.11.5 Causas genéticas de anorexia y bulimia, kaye w. (2008).....	47
2.12 Subtipos de anorexia y bulimia según el dsm-5:.....	47
2.13 Síntomas de anorexia y bulimia dependientes de la cultura, la edad y el sexo según el dsm-5:	48
2.14 Características diagnósticas de la bulimia según el dsm-5:	49
2.15 Subtipos de anorexia según el dsm-5:.....	53
2.16 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo según el dsm-5:	53
2.17 Teorías que explican los trastornos alimenticios.....	54
2.18 Relación entre medios de comunicación y los trastornos alimenticios	57
2.19 Mensajes contradictorios de los medios de comunicacion:.....	60
2.20 El mercado del adelgazamiento.....	61
2.20.1 Adelgazamiento en jovenes.....	63
2.20.2 El rechazo al sobrepeso	63
2.20.3 El mundo de la moda.....	65
2.21 Terapias para los trastornos alimenticios.....	66

2.21.1 Terapia nutricional	66
2.21.2 Terapia farmacológica	66
2.21.3 Terapia psicológica.....	68
2.21.4 Hospitalización	69
2.22 Tratamiento para los trastornos alimenticios.....	69
2.23 Prevención de los trastornos alimenticios.....	71
2.24 Pronostico general de los trastornos alimenticios	71
2.25 Psicológica-psiquiátrica	72
2.26 Riesgos de los trastornos alimenticios.....	72
2.27 Mortalidad por suicidio a causa de los trastornos alimenticios	73
CAPITULO III SISTEMA DE HIPOTESIS	74
3.1.1 Hipótesis de investigación	74
3.1.2 Hipótesis nula de investigación.....	74
3.2 Variables:	74
CAPITULO IV. METODOLOGÍA.....	78
4.1 Diseño metodológico.	78
4.2 Tipo de investigación.....	78
4.3 Poblacion y muestra	79
4.3.1 Universo	79
4.3.2 Población	79
4.3.3 Muestra	79
4.4 Criterios de inclusión	79
4.5 Aspectos éticos	80
4.6 Procedimiento	80
4.7 Manejo de datos.....	82
4.8 Instrumento	82

CAPITULO V. RESULTADOS	85
5.2 Discusión.....	132
5.3 Prueba de hipótesis.....	142
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	143
6.1 Conclusiones.....	143
6.2 recomendaciones.....	144
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	145
ANEXOS.....	145
anexo 1: Programa de intervencion.....	1
anexo 2: Ficha diagnostica.....	75
anexo 3: EDI-2 Cuestionario.....	76
anexo 4: Guía de entrevista	81
anexo 5: tabla EDI – 2 Cuestionario	85
anexo 6: Tabla población, sección “a” escala edi-2	90
anexo 7: Tabla población, sección “b” escala edi-2	98
anexo 8: Presupuesto.....	105
anexo 9: Cronograma.....	106

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalizacion de variables	75
Tabla 2 edades población.....	85
Tabla 3 Edades de la población	86
Tabla 4 Peso población.....	87
Tabla 5: Peso muestra	88
Tabla 6: Estatura población.....	89
Tabla 7: Estatura muestra	90
Tabla 8: Tipo de familia Población.....	91
Tabla 9: Tipo de familia muestra	92
Tabla 10: Situación Socio económica de población	93
Tabla 11: Situación socio económica muestra	94
Tabla 12: Aspectos muestra	95
Tabla 13: Resultados, de 2 aspectos muestra	97
Tabla 14: Resultados, de 3 aspectos muestra	98
Tabla 15: Resultado, 4 aspectos muestra.....	99
Tabla 16: Resultado, aspecto 5 muestra	100
Tabla 17: EDI-2 pregunta #5 suelo hartarme de comida.....	101
Tabla 18: EDI-2 pregunta #7. Pienso en ponerme a dieta.....	102
Tabla 19: EDI-2 Pregunta #9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.....	103
Tabla 20: EDI-2 Pregunta #11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	104
Tabla 21: EDI-2 Pregunta #16 Me aterroriza la idea de engordar.....	105
Tabla 22: EDI-2 Pregunta #25 exagero o doy demasiada importancia al peso	106

Tabla 23: EDI-2 Pregunta # 28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer ...	107
Tabla 24: EDI-2 Pregunta #32. Estoy preocupada porque queria ser una persona mas delgada	108
Tabla 25: EDI-2 Pregunta #38suelo pensar en darme un atracón	109
Tabla 26: EDI.2 Pregunta #40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	110
Tabla 27: EDI-2 Pregunta #45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.....	111
Tabla 28: EDI-2 Pregunta #46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.....	112
Tabla 29: EDI-2 Pregunta #47. Me siento Hinchada después de una comida normal.	113
Tabla 30: EDI-2 Pregunta #49. Si engordo un kilo me preocupa que siga ganando peso.....	114
Tabla 31: EDI-2 Pregunta #53. Pienso en vomitar para perder peso	115
Tabla 32: EDI-2 Pregunta #59. Creo que mi trasero es demasiado grande	116
Tabla 33: EDI-2 Pregunta #61. Como o bebo a escondidas.....	117
Tabla 34: EDI-2 Pregunta #64. Cuando estoy disgustada temo empezar a comer	118
Tabla 35: EDI-2 Pregunta #68. Me gustaría poder tener el control total sobre mis necesidades corporales.....	119
Tabla 36: EDI-2 Pregunta #86. Me siento incomoda por las necesidades de mi cuerpo	120
Tabla 37: Indicador por escala, población, sección "A"	121
Tabla 38: Tendencia, población, sección "A"	123
Tabla 39: Indicador por escala, población, sección "B"	124
Tabla 40: Tendencia, población, sección "B"	126
Tabla 41: Resultados tendencia, población.....	127
Tabla 42: Resultados Psicosociales, sujetos de la muestra	128

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Edades de la población	85
Grafica 2. Edades de la muestra	86
Grafica 3: Peso población	87
Grafica 4: Peso muestra	88
Grafica 5: Estatura población	89
Grafica 6: Estatura muestra.....	90
Grafica 7: Tipo de familia Población.....	91
Grafica 8: Tipo de familia muestra	92
Grafica 9: Situación socio económica de población	93
Grafica 10: Situación socio económica de muestra	94
Grafica 11. Resultado de aspecto de muestra.....	97
Grafica 12. Resultados, de 3 aspecto muestra	98
Grafica 13. Resultado, 4 aspecto muestra.....	99
Grafica 14. Resultado, de 5 aspecto muestra.....	100
Grafica 15. EDI-2 Pregunta #5. Suelo hartarme de comida.....	101
Grafica 16. EDI-2 Pregunta #. Pienso en ponerme a dieta	102
Grafica 17. EDI-2 Pregunta #9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	103
Grafica 18. EDI=2 Pregunta #11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	104
Grafica 19. EDI-2 Pregunta #16. Me atemoriza la idea de engordar.....	105
Grafica 20. EDI-2 Pregunta #25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	106
Grafica 21. EDI-2 Pregunta #28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer. 107	
Grafica 22. EDI-2 Pregunta 332. Estoy preocupada porque quería ser una persona más delgada	108

Grafica 23. EDI-2 Pregunta #38. Suelo pensar en darme un atracón.....	109
Grafica 24. EDI-2 Pregunta # 40. No se muy bien cuando tengo hambre o no.....	110
Grafica 25. EDI-2 Pregunta # 45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	111
Grafica 26. EDI-2 Pregunta # 46. Como con moderacion delante de los demas, pero me doy un atracon cuando se van.	112
Grafica 27. EDI-2 Grafica # 27. Me siento hinchada después de una comida normal	113
Grafica 28. EDI-2 Grafica # 28. Si engordo un kilo me preocupa que siga ganando peso	114
Grafica 29, EDI-2 Pregunta # 53. Pienso en vomitar para perder peso.....	115
Grafica 30. EDI-2 Pregunta # 59. Creo que mi trasero es demasiado grande	116
Grafica 31. EDI-2 Pregunta # 61. Como o bebo a escondidas	117
Grafica 32. EDI-2 Pregunta # 64. Cuando estoy disgustada temo empezar a comer.....	118
Grafica 33. EDI-2 Pregunta # 68. Me gustaría poder tener el control total sobre mis necesidades corporales.....	119
Grafica 34. EDI-2 Pregunta # 86. Me siento incomoda por las necesidades de mi cuerpo.....	120
Grafica 35. Indicador por escala, población, sección "A"	121
Grafica 36. Tendencia, Población, sección "A"	123
Grafica 37. Indicador por escala, población, sección "B"	124
Grafica 38. Tendencia, Población, sección "B"	126
Grafica 39. Resultados tendencia, población.	127
Grafica 40. Resultados Factores psicosociales, sujetos de la muestra.....	129

RESUMEN

En esta investigación se aborda el tema “Factores Psicosociales que influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el período Febrero-Agosto del año 2015”, el cual tiene como objetivo general “Conocer los factores Psicosociales que influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes” formulando la pregunta de investigación, ¿Cuál es el factor psicosocial que más influye en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el período Febrero-Agosto del año 2015?, planteando la hipótesis de investigación: “Los Medios de Comunicación es el factor psicosocial que más influye en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el período Febrero-Agosto del año 2015”, utilizando el método cuantitativo el cual se fundamenta en el método hipotético deductivo para la cual se dispone con una población de 90 señoritas, entre las edades de 12 a 17 años, obteniendo resultados mediante sistema informático Microsoft Excel haciendo una representación mediante gráficas, tablas y analizando por medio de una discusión dichos resultados, de los cuales se obtuvo que las tendencias a presentar trastornos alimenticios fue: Tendencia Alta 56%, Tendencia Media 27%, Tendencia Baja 17% y en Ninguna Tendencia 0%, esto hace un 100% de la población encuestada, mientras que los resultados de los factores psicosociales que influyen en el desarrollo de las tendencias de Anorexia y Bulimia se encuentran: Aspectos Sociales con

un 30%; Aspectos Interpersonales (Grupos de Amigos) 14%; Aspectos Familiares combinado con Aspectos sociales 6%; y Medios de Comunicación 1%.

INTRODUCCION

En el presente trabajo se habla sobre los trastornos y desordenes de alimentación. Existen dos trastornos fundamentales de la alimentación, anorexia y bulimia que son la restricción de alimentos o la desregulación de ingesta en un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por la adquisición de la delgadez, el mantenimiento de peso bajo o el control de la ingesta.

La adolescencia es uno de los períodos más desafiantes del desarrollo humano, en los últimos tiempos, la sociedad parece dar una mayor importancia a lo que en realidad tiene la estética corporal y trastornos alimenticios, la "anorexia-bulimia" han adquirido una propagación alarmante, considerándose una verdadera avalancha social a la búsqueda desenfadada de la delgadez como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social, esto nos ha llevado a plantearnos la inquietud de investigar acerca de lo que sucede con las señoritas del Centro Escolar Católico Santa Sofía.

Para efectos de esta investigación se presentó la prevalencia de la tendencia a desarrollar estos trastornos, así como la influencia de los factores psicosociales, los cuales son: Factores Sociales, Relaciones Interpersonales (amigos) y los Factores Socio-Familiares en el desarrollo de estas conductas.

Este trabajo de investigación se compone de las siguientes partes: un primer capítulo planteamiento del problema, dónde se plantea lo que es la situación problemática, enunciado del problema con su respectiva pregunta de investigación, la justificación del estudio, los objetivos que sirven de parámetro en el desarrollo de la investigación, se presentan los riesgos y beneficios un segundo capítulo dónde se plantea el marco teórico, se plasman las diversas teorías que sustentan el tema en estudio; un tercer capítulo que está conformado por el sistema de hipótesis, las variables de la investigación y seguidamente la operacionalización de variables tenemos un cuarto capítulo que incluye el diseño metodológico tipo de investigación población y muestra, criterios de inclusión, aspectos éticos, procedimiento, manejo de datos, instrumento y un quinto capítulo llamado resultados lo componen presentación de datos, análisis cuantitativo y cualitativo, prueba de hipótesis, seguidamente el sexto capítulo se encuentran lo que son las conclusiones y recomendaciones.

Toda la información presentada puede ser constatada en lo que son las referencias bibliográficas y finalmente se encuentran anexos como lo son; propuestas de intervención, ficha diagnóstica, instrumento utilizado, entrevista, presupuesto y cronograma de actividades.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Situación Problemática.

En los últimos tiempos, en El Salvador, los Medios de Comunicación han tomado mayor importancia para los estudios sobre la influencia que éstos ejercen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia en adolescentes ya que estar delgado se ha convertido en la carta de presentación de hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente.

Se propuso en el presente trabajo realizar un estudio sobre problemas alimenticios en señoritas del Centro Escolar Católico Santa Sofía con la inquietud de conocer la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia para lo cual se llevó a cabo una visita diagnóstica, en donde nace la importancia de determinar el grado de tendencias que presentan las adolescentes de dicha institución y posteriormente investigar como estos factores inciden en el desarrollo de dicha condición.

1.2 Enunciado del Problema.

¿Cuál es el factor psicosocial que más influye en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015?

1.3 Justificación.

La base fundamental de este trabajo de investigación es poder determinar si los factores psicosociales influyen en las adolescentes para el desarrollo de tendencias a los trastornos alimenticios, cómo lo son Anorexia y Bulimia que hoy por hoy afectan a un gran número de adolescentes. Esto se pretende desarrollar tomando como muestra a las alumnas de los primeros años de Bachillerato general del Centro Escolar Católico Santa Sofía.

La iniciativa por investigar este tema, tiene su origen en que actualmente tanto la anorexia como la bulimia son patologías que atacan a la población juvenil y lo más preocupante, es que existe un desconocimiento por parte de la sociedad acerca de las características típicas de las mismas, con las que puedan estar alertas y detectar a tiempo cualquier indicio de éstos trastornos y acudir a los tratamientos necesarios para lograr evitar que trascienda y degenera la vida de la persona afectada con sus síntomas.

Es importante descubrir si existe o no, una tendencia en las jóvenes de nuestra localidad a los trastornos alimenticios y cuáles son las posibles causas que la originan, para poder tomar las medidas necesarias que eviten en lo posible que nuestros jóvenes sean víctimas de este tipo de patologías, que atentan contra la salud física y mental de las adolescentes. Las jóvenes al encontrarse en un estado de auto-desprecio, fácilmente logran privarse totalmente de la alimentación, esconderle a su entorno que no lo hacen e ir maltratando su vida con rigurosas

rutinas de ejercicios que representan gasto de energía en situaciones donde no se están consumiendo los alimentos necesarios para producirla.

Los trastornos alimenticios según el DSM-5 son concebidos como un trastorno dismórfico, puesto que las jóvenes parecen estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario, es decir, que solo está en su mente y ha sido originado por la presión de su entorno.

El punto anterior es muy relevante para esta temática, puesto que allí, se centra tanto el origen de una tendencia a los trastornos, como el de los trastornos mismos, es decir, en el auto imagen, la percepción que tengan de sí mismos y los niveles de autoestima.

Según el DSM-5, el nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Un proyecto de ésta índole, es de vital importancia para la comunidad educativa, puesto que permitirá conocer en qué porcentaje se presenta una tendencia a los trastornos alimenticios, y, en qué medida se pueden estandarizar la influencia de factores psicosociales predominantes para el desarrollo de las conductas de anorexia y bulimia, y finalmente elaborar una propuesta de intervención apropiada para minimizar el desarrollo de estas patologías en adolescentes de esta Institución.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo General:

- Conocer los factores Psicosociales que influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la presencia de tendencias a desarrollar conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015.
- Establecer los factores psicosociales que influyen el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015.
- Elaborar un plan de tratamiento que ayude a controlar la influencia de los factores psicosociales que predisponen el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015.

1.5 RIESGOS Y BENEFICIOS

Riesgos.

Que las estudiantes presenten una conducta negativa a la hora de aplicar la prueba.

Falta de honestidad por parte de las estudiantes a la hora de realizar la prueba.

Beneficios.

Para la Institución:

Obtener datos o cifras estadísticas de la población que presenta las conductas de Anorexia y Bulimia.

Se proporcionará un plan de acción para dar seguimientos a nuevos casos de señoritas que atraviesen el problema de conducta alimenticia.

Brindar orientación informativa sobre la problemática planteada en la investigación a las adolescentes de los dos primeros generales.

Minimizar las conductas de Anorexia y bulimia en las adolescentes identificadas.

Para los investigadores:

Conocer el nivel de la problemática dentro de la Institución.

Adquisición de nuevos conocimientos sobre la problemática de las Conductas de Anorexia y Bulimia.

Contribuir con las adolescentes para una buena salud mental.

Formarnos como profesionales y tener una mejor perspectiva de la problemática.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 Definiciones sobre Anorexia y Bulimia.

- Anorexia: Se caracteriza por un deseo intenso de “pesar” cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se ven más gordas de lo que están en realidad. (DSM-5).¹
- Bulimia: El control que ejerce la paciente sobre las conductas de alimentación no es suficiente para eliminar la sensación de hambre, lo que conduce a los atracones, a lo que a su vez conduce a mayor sensación de pérdida de control, sentimientos de culpa, baja autoestima, y las conductas subsiguientes como vómito, etcétera. (DSM-5).²

2.2 Propuestas para la delimitación conceptual de la Anorexia y Bulimia.

Enfermedad psicósomática (defendida por **Deutsch**; **Blitzer**, 1961; **Sperling**, **en Wilson**, 1983; **Strauss**, 1987); trastorno del comportamiento alimentario (creado por la American Psychiatric Association); patología del peso o fobia al peso (por **Crisp**, 1970; **Kalucy**, 1977; **Hall**, 1986) y desregulación del balance narcisista (**Jeammet**, 1991).

¹ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

² Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

Todos los anteriores sistemas tienen en común el diagnóstico de los problemas de pérdida y límites con respecto a sí mismo (la motivación que desencadena el trastorno.)³

Y a ciertas conductas (los procedimientos extremos a los que se recurre para la pérdida de peso como vómitos auto provocados, laxantes, diuréticos que generan una dinámica de auto-centramiento, rituales y aislamiento) y síntomas (la pérdida de peso, la alteración del juicio sobre la imagen corporal, la desnutrición) como responsables de la afectación corporal y del riesgo de muerte.

Aclarado esos pequeños problemas de lenguaje y terminología se puede especificar con más propiedad algunas de las posibles causas de los trastornos del comportamiento alimentario desde diversas disciplinas.

En el imaginario colectivo se cree que los trastornos de la alimentación se originan porque situaciones adversas en la vida de la persona afectada desencadenan el problema. Esto es parcialmente cierto para los autores que creen que las situaciones adversas son los que producen el desarrollo de un trastorno alimenticio.⁴

Para otros autores estos problemas son sólo los detonantes -disparadores- que al "encender el mechero" revelan el verdadero problema que es la existencia de un yo débil o inmaduro.

Para **Peggy-Claude Pierre (1998)**, las víctimas de la anorexia desde pequeñas han desarrollado lo que ella llama un Síndrome de Negatividad

³ ALVAREZ, Gago, MENI BATTAGLIA, Geraldine "Monografía Bulimia y Anorexia"
" <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>

⁴ Levenkron, STEVE, "Obsessive-Compulsive Disorders", pag. 91-95, Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1992

Confirmada -SNC-; otros autores acordes con esta hipótesis le dan otros nombres, pero aun así se refieren a una falta de maduración normal del yo. Para el autor **Peggy-Claude Pierre (1998)** la anorexia y la bulimia tienen una causa subyacente en la falta de fortalecimiento del yo de las personas afectadas. Estas mismas esconden tras su deseo de delgadez, que logran y no les colma ninguna satisfacción, y el manejo del peso y la comida, conjurar angustias ocultas. Son en cierta manera la forma en que se enfrentan con la vida.⁵

La psicoterapeuta inglesa **Julia Buckroyd (1997)** cree que cuando la víctima se recupera por medio de un tratamiento eficaz multidisciplinario que ataque todo los frentes que logre fortalecer el yo debilitado, la persona sale fortalecida, con una personalidad definida que no poseía antes de padecer el mal.⁶

La Anorexia y la Bulimia son patologías originadas en los adolescentes que sienten un vacío insaciable en sus vidas, que buscan en el entorno aceptación, valoración, son personas con un autoestima muy bajo. Lo anterior lo confirma **Steven Levenkron (1992)**, psicoterapeuta neoyorkino, cree que todas las características de la anorexia, como los rituales de seguridad, los rasgos perfeccionistas y rígidos, la conducta enérgica, agresiva y desafiante, esconden la pretensión de llenar una sensación de vacío y recuperar la confianza en sí mismo mediante estos comportamientos aparentemente absurdos⁷.

Steven Levenkron (1992), cree que se debe diferenciar a la depresión, el retraimiento, la ansiedad y la excesiva preocupación por la comida como causas de

⁵ PIERRE, Peggy-Claude, "El lenguaje Secreto de los Trastornos de la Alimentación" p. 69., Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 1998

⁶ BUCKROYD, Julia. "Anorexia y Bulimia". Pag 39, Ediciones Martínez Roca S.A., Barcelona, 1997

⁷ Levenkron, STEVE, "Obsessive-Compulsive Disorders", pag. 91-95, Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1992

la anorexia, manifiesta que estos últimos síntomas son consecuencias de la enfermedad que esta subyace en una personalidad vulnerable, poco definida y con límites permeabilizados. Que la enfermedad y su evidente manifestación de alteración del cuerpo desfigurado, junto con todas sus Características, se confabulan para crear una identidad pseudo-funcional que le aliviará de la pavorosa sensación de vacío que le envuelve. ⁸

Para el caso de las bulímicas, **Levenkron (1992)** cree que estas tienen una personalidad más arraigada que la de las anoréxicas, por ello pueden en cierta forma limitar su obsesión y manejar su trastorno a su acomodo. Él cree que las bulímicas buscan regular, con su manejo de la comida y el uso de laxantes, sensaciones de ansiedad, pánico y depresión. Que esto se demuestra cuando la anoréxica "muestra orgullosa su enfermedad", mientras que la bulímica prefiere que sus hábitos pasen desapercibidos. ⁹ **Levenkron (1992)** cree que ambas enfermedades causan retraimiento emocional, rigidez, forma de pensar obsesiva y, a largo plazo, la sensación de pérdida de la identidad.

La especialista **Colette Dowling (1994)**, autora del libro 'Mujeres Perfectas', investigadora experta en el tema de las mujeres con problemas de dependencia, cree que las personas con trastornos de la alimentación tienen un sentido de identidad frágil, experimentan cambios bruscos en su salud emocional, con grandes problemas para ordenar su ingestión de alimento. ¹⁰

⁸ Levenkron, STEVE, "Obsessive-Compulsive Disorders", pag. 91-95, Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1992

⁹ Levenkron, STEVE, "Obsessive-Compulsive Disorders", pag. 91-95, Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1992

¹⁰ DOWLING, Colette. "Mujeres perfectas", p.98,100., Editorial Grijalbo, México, 1994.

Esta situación revela que la raíz del mal se halla en un problema crítico de identidad y autoestima; no saben quiénes son y no conocen tampoco su verdadero estado de ánimo y estos cambios repentinos de humor alteran su relación con la comida, como si esa inestabilidad emocional les impidiera conocer sus mecanismos naturales y conscientes con los cuales podrían controlar sus hábitos alimenticios. Son seres con una inmensa sensación de vacío interior, extremadamente insegura e incapaz de tomar decisiones; "Están perdidas, vacías, inquietas, confusas e insatisfechas." En esta particular esterilidad "yoica", la persona afectada trata de luchar secretamente por su desarrollo personal. La autora **Colette Dowling (1994)**, cree que en esa pretensión de querer ser se halla la base de todos los problemas alimentarios.¹¹

A través de las investigaciones alrededor de la patología y la lectura minuciosa de la posición de cada autor frente a estas conductas alimenticias se considera que su origen se debe en gran parte a la familia de la paciente, principalmente en los padres, que en muchas ocasiones optan por un tipo de crianza sobre protector y controlador, en el que él menor no logra desarrollar una identidad propia, criterios y decisiones propias, pues su vida esta subvalorada por los padres, quienes finalmente son los que toman todo tipo de decisiones que les afecte. Esta opinión es sustentada por **Hilde Bruch 1970**, psiquiatra que en los años sesenta se convirtió en pionera del tratamiento de la anorexia y de sus posibles causas, descubrió que todas sus pacientes anoréxicas tenían padres que tenían ideas muy rígidas acerca de cómo

¹¹ DOWLING, Colette. "Mujeres perfectas", p.98,100., Editorial Grijalbo, México, 1994

deberían ser sus hijas y se mostraban intolerantes con cualquier manifestación de independencia por parte de ellas.¹²

Salvatore Minuchin (1970), un teórico del sistema familiar, ha observado que las chicas anoréxicas proceden de familias controladoras, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver los conflictos de forma efectiva, y por ende aprendan a subordinar sus necesidades a las de la familia convirtiéndose en seres siempre dependientes de sus padres y con la responsabilidad permanente de no hacer nada que perjudique a la familia. Como las anoréxicas renuncian a cualquier modo apropiado de influir en quienes las rodean, acaban haciendo lo único sobre lo que tienen poder: renunciar a comer.¹³

2.3 Antecedentes de la Anorexia y la Bulimia.

La anorexia se considera una enfermedad del "mundo industrializado", a pesar de que los primeros casos detectados y reconocidos se refieren a períodos anteriores, también es muy probable que en la antigüedad ya existiese este trastorno.¹⁴

En la Edad Media, una época en que los valores religiosos estaban muy arraigados en las personas, la anorexia era vista como una meta espiritual a alcanzar, de hecho, se habló de la "santa anorexia" y "el ayuno ascético" en un período histórico en el cual se perseguía con frecuencia la búsqueda de las virtudes espirituales mediante la mortificación del cuerpo.¹⁵

¹² PIPHER, Mary. "Hambre a la moda", pag 121, Editorial Grijalbo, 1999, Barcelona.

¹³ PIPHER, Mary. "Hambre a la moda", pag 121, Editorial Grijalbo, 1999, Barcelona.

¹⁴ TEORÍAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ETIOLOGÍA), 2007, <http://aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html>

¹⁵ TEORÍAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ETIOLOGÍA), 2007, <http://aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html>

Aunque fue el médico **genovés Simone Porta 2007**¹⁶ el primero que en el año **1500** comenzó a estudiar y describir el cuadro clínico de la anorexia nerviosa, tradicionalmente se considera que su descubrimiento se produce en el año **1689**. Es entonces cuando fue publicado por el médico británico **Richard Morton 1970** el primer informe de dos pacientes que, en ausencia de enfermedad manifiesta, se negaban a comer. Morton llamó a este trastorno "consumición nerviosa":

En **1860**, **Louis-Victor Marcé** describió por primera vez un "desorden del estómago", con un predominio en el sexo femenino, un concepto que fue recuperado e identificado casi simultáneamente en **1870 por Charles Lasègue** como *anorexia histérica* en París, utilizando esta expresión para resaltar el origen psíquico de las alteración alimentaria y **William Gull 1940** como *anorexia nerviosa* en Londres, utilizando este término por primera vez en una conferencia en Oxford y describiéndola como una enfermedad de origen psicológico. Fue el mismo Lasegue el que proporcionó la primera descripción detallada del núcleo psicopatológico central del disturbo, por lo que a él se debe el mérito de haber prestado atención al origen no orgánico de este trastorno y haber considerado el importante rol que tiene la familia en el desarrollo de la anorexia. Se puede encontrar en la obra de neurólogos como **Jean-Martin Charcot y Gilles de la Tourette 2007**. El psicólogo francés **Pierre Janet Marie Félix, 2007** en su ensayo "Les Obsessions et la Psychasthénie", describió las características de la enfermedad al dar otra definición: psicoastenia. El psicólogo pensó que era debido a la negativa por parte de la mujer de su sexualidad.

¹⁶ TEORÍAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ETIOLOGÍA), 2007, <http://aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html>

El fisiólogo **Morris Simmonds 1968** sugirió la hipótesis de la insuficiencia pituitaria grave (es decir, una insuficiencia de la hipófisis) como la base de la patología, estableciendo así para los años sucesivos un enfoque endocrinológico a la anorexia nerviosa. La categoría de diagnóstico de anorexia nerviosa apareció en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) desde su segunda edición (DSM-II), **1968**, y desde entonces la enfermedad sigue presente en el DSM a través de todas las ediciones y revisiones hasta el actual DSM-5.

Incluso **Sigmund Freud 1922**¹⁷ fue capaz de estudiar la enfermedad, que según su pensamiento, la anorexia nerviosa se relaciona con una forma de melancolía en la cual no corresponde a una evolución sexual, o que la persona no ha desarrollado su propia identidad sexual realizada.

2.4 Criterios estándar recomendados por el manual psiquiátrico para un correcto diagnóstico de la anorexia nerviosa.

1. Una delgadez extrema (no constitucional, sino voluntaria), con rechazo a mantener el peso por encima de un umbral mínimo considerado normal. Anoréxico es un sujeto con peso por debajo del 85 % del esperado según la edad, la altura y/o el índice de masa corporal (IMC) menos de 15,5;
2. Un fuerte temor a aumentar de peso, incluso en presencia de insuficiencia ponderal evidente;
3. Una preocupación extrema por el peso y la apariencia física, que incluye tanto una alteración de la experiencia corporal, se le da demasiada importancia al

¹⁷ TEORÍAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ETIOLOGÍA), 2007, <http://aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html>

peso a expensas de la autoestima, e incluso la negativa a admitir la gravedad de sus condiciones fisiológicas, el no estar conforme con su cuerpo (el factor de riesgo es más alto);

4. En pacientes de sexo femenino, amenorrea (suspensión del ciclo menstrual) durante al menos tres ciclos consecutivos después de la menarquia.

El estrés psicológico puede expresarse a través de la ansiedad o la depresión, pero en cualquier caso pone en cuestión las relaciones y modelos culturales.¹⁸

2.5 Características diagnosticas de la anorexia Según el DSM-5:

Las características esenciales de la Anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.¹⁹

Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.) La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior.²⁰

¹⁸ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

¹⁹ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

²⁰ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura.)

Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas.

Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.²¹

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y el uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, de hecho, va aumentando cuando el peso va disminuyendo.

²¹ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

Hay una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas».

El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

2.6 Manifestaciones menores de Anorexia. DSM-V

- Disminución de la densidad mineral ósea que conduce a la osteopenia, y su forma más grave, osteoporosis, presentan entre un 20 % hasta la mitad de todas las personas;
- Disminución del deseo sexual (derivando en la disfunción eréctil en los hombres), debido a la deficiencia de la testosterona;
- Exceso de cortisol o síndrome de Cushing
- Deficiencia de zinc, cuya administración se ofrece como terapia nutricional adicional (en dosis de 14 mg por día);
- Cefalea;
- Caries dentales;
- Disminución de la capacidad de concentración bajo estrés, especialmente en los casos de larga duración, mientras que en condiciones normales no se notan alteraciones.
- Hipoglucemia, que resulta de una secreción anormal de la hormona péptido glucagón;
- Pancreatitis crónica y su forma aguda están relacionados con la anorexia y la malnutrición en general, aunque no está claro cómo surge la patología;
- Disminución en el número de leucocitos en la sangre, debido a la disminución de IGF-I.²²

²² Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

2.7 Manifestaciones psiquiátricas de Anorexia. DSM-V

Teniendo en cuenta sus características, se hace imposible cuantificar el porcentaje preciso de los síntomas psiquiátricos que se encuentran en personas que sufren de anorexia nerviosa. Muchos estudios sobre el tema han sido realizados por una lista de los diferentes eventos posibles:

- Depresión, dependiendo del estudio su incidencia varía de 25 % de los casos y es actualmente casi tanto como el 80 %, que puede persistir incluso después de la recuperación de la enfermedad. Algunos autores argumentan que la depresión y el ayuno prolongado llevan a eventos idénticos, lo que sugiere la pérdida de peso por sí sola y no la presencia del estado depresivo.
- Ansiedad, cuya convivencia es difícil de entender, los estudios demuestran un *rango* alto (es decir, una diferencia notable entre el mínimo y máximo) del 20-65 %, pero la cifra es mayor si se evalúa la condición pre-inicial del estado morbozo (90 %).
- Trastorno de la personalidad. En el caso del trastorno de anorexia nerviosa se refiere a la categoría C (incluye trastornos de la personalidad evitante, dependiente y trastorno obsesivo-compulsivo), detectado principalmente en el tipo de alimentación compulsiva. Otros autores difieren ligeramente de la declaración, incluyendo en forma de compulsiva grupo B (incluye trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista).

- Trastorno obsesivo-compulsivo. Según algunos autores, este evento sería una subespecie de los trastornos alimentarios. Los investigadores, gracias a un meta-análisis de todos los estudios realizados, se han pronunciado señalando cómo los resultados son heterogéneos, lo que lleva en muchos casos a los cambios en la evolución de la enfermedad y con frecuencia el deterioro de la misma.

Con respecto a la expresión de la ira y la agresión dirigida hacia los demás, la ausencia de tal factor es realmente una característica que distingue a la anorexia nerviosa de la bulimia nerviosa.

2.8 Manifestaciones dermatológicas de Anorexia.

Hay muchos eventos en dermatología en la anorexia nerviosa, que ocasionalmente afectan a las manos de la persona, aunque ninguno de ellos es característico de la enfermedad. Entre ellos se encuentran:

- Xerosis, la ausencia anormal de humedad en la piel;
- Gingivitis, inflamación de los tejidos gingivales;
- Fragilidad y la consiguiente lesión de la uña;
- Acné, que puede ser curado al momento, con una combinación de acetato de ciproterona y etinilestradiol;
- Queilitis, inflamación del labio.

- «El signo de Russell», una forma de formación de callo numular en el dorso de la mano, causada por frotamiento repetido con los incisivos superiores durante la introducción de los dedos en la boca, para la inducción del vómito.

2.9 Manifestaciones cardíacas de Anorexia.

Basándose en un estudio profundo, utilizando muchos de los resultados obtenidos hasta ese momento, para entender lo que ocurrió se debió a un paro cardíaco que llevó a la muerte a varias personas con anorexia sin ser poder comprender cuál fue la razón. En el mismo estudio meta-analítico se destacó que las manifestaciones son halladas principalmente a nivel cardiológico.

- Bradicardia, que se manifiesta más fácilmente cuando hay una pérdida considerable de peso
- Alteración (arritmias cardíacas a nivel ventricular) y la prolongación de intervalo de la onda QT.

2.10 Factores de riesgo de Anorexia

Algunos estudios han encontrado varios factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar un caso clínico de la anorexia:

- Cefalohematoma, una hemorragia en el cerebro de los bebés, que pueden derivarse de los daños al encéfalo;

- Parto prematuro: nacimiento prematuro predispone mayormente el nacer al riesgo de desarrollar como resultado anorexia nerviosa, en comparación con un parto normal. Hay muchas manifestaciones relacionadas con un nacimiento prematuro, tales como retraso cognitivo, que a su vez puede influir en los problemas de comportamiento, incluyendo dificultades relacionadas con la ingesta de alimentos.

2.11 Causas de la Anorexia y la Bulimia.

Las causas de la anorexia nerviosa no están del todo claras. Hay algunas razones que predisponen de naturaleza, puede ser de origen biológico, social como psicológico, a los cuales se superponen los factores desencadenantes que conducen al desarrollo de la enfermedad. Existen multitud de teorías que intentan explicar su aparición, la mayor parte de las mismas inciden en los aspectos psicológicos como los principalmente implicados. Sin embargo, los desórdenes alimentarios también podrían tener causas físicas de origen bioquímico y la disfunción serotoninérgica²³ parece jugar algún papel.

El hecho de que la anorexia nerviosa tienda a presentarse en determinadas familias sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada. Se ha sugerido que la causa de la anorexia nerviosa no debe buscarse en un único factor,

²³ https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_serotonin%C3%A9rgico

sino en una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamiento, factores biológicos, familiares y sociales.

Resumiendo, se puede afirmar que parece existir una predisposición genética y son más susceptibles las adolescentes del sexo femenino con ciertas características de la personalidad (personas perfeccionistas, inseguras, estrictas, constantes, autoexigentes).

Desempeñan un papel no totalmente aclarado las circunstancias familiares y socioculturales. No puede descartarse la implicación de un factor endocrinológico o bioquímico no totalmente conocido.

2.11.1 Causas biológicas de anorexia y bulimia, Haluzik M. (2008)

Las hormonas gastrointestinales desempeñan un rol importante en la regulación neuroendocrina de la ingesta de alimentos y en el sentido de la saciedad. La Grelina es una hormona que estimula el apetito: si no funciona correctamente puede ser una causa, así como la también de la obesidad y de la anorexia nerviosa.

24

Estudios recientes muestran la influencia que los neuropéptidos de la tiroides y la disminución de la leptina, una hormona que controla el peso corporal, tienen sobre la

²⁴ Dostálová I, Haluzík M. (agosto de 2008). «The role of ghrelin in the regulation of food intake in patients with obesity and anorexia nervosa.». *Physiol Res.* (en inglés).

incidencia de la anorexia. Por el contrario, otros estudios muestran que la anorexia nerviosa está asociada con la osteoporosis en los 38-50% de los casos.²⁵

2.11.2 Causas sociales de anorexia y bulimia, Pereña Garcia F. (2007).

Entre los factores que predisponen, es importante el hecho de tener un miembro de la familia que esté sufriendo o ha sufrido un trastorno alimenticio. Otra causa que puede llevar al desarrollo de este tipo de problemas es el crecer en una familia donde existe una seria dificultad en la comunicación interpersonal y la expresión de las emociones, en cuyo caso, la anorexia puede tener el significado de una "comunicación sin palabras" para la familia (con varios aspectos de la protesta, de solicitud de atención, de manifestación de dificultades individuales o el sistema familiar en su conjunto).²⁶

En otros casos, el trastorno puede depender de problemas de autoestima significativos, posiblemente relacionados con la retroalimentación negativa y repetido por el sistema social, la familia o los amigos. Los trastornos alimenticios también pueden ocurrir como resultado de los delirios afectivos marcados, o problemas de relación graves en la pareja.

Otros factores de riesgo incluyen la pertenencia a ciertos grupos sociales en los que es importante el tema del control de peso. (p. ej. los bailarina/as, gimnasta/s, ciclista/s y otros deportes profesionales), que viven en un área urbana de un país occidental, donde se enfatiza la delgadez como un valor

²⁵ Legroux-Gerot I, Vignau J, Collier F, Cortet B. (2005) Bone loss associated with anorexia nervosa. *Joint Bone Spine*, 72 (6), 489-95. PMID 16242373

²⁶ Pereña Garcia F. (febrero de de 2007). «Body and subjectivity: about anorexia nervosa». *Rev Esp Salud Publica*. (en inglés) **81**: 529-542.

social positivo, y el hecho de sufrir un trastorno de personalidad. Un papel importante es el desempeñado por los medios de comunicación, mostrando a las mujeres más jóvenes cánones de belleza que no se corresponden con su físico.

2.11.3 Causas psicológicas de anorexia y bulimia, Rosa María Raich Escursell (2011).

Se ha afirmado que la mayoría los pacientes presentan una personalidad previa al inicio de la enfermedad, caracterizada por tendencia al perfeccionismo, baja autoestima y personalidad obsesiva. Por otra parte, la imagen que una persona tenga de sí misma puede ser factor de riesgo si ésta es negativa. **Rosa M. Raich (2011)** dice en uno de sus libros: "El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan solo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte".²⁷

2.11.4 Causas psiquiátricas de anorexia y bulimia, Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Södersten P. (2007)

En la literatura científica se sugiere que en el origen de la anorexia nerviosa hay una comorbilidad psiquiátrica positiva previa o un pariente con trastornos en la esfera

²⁷ Rosa María Raich Escursell: *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide, 2011.

obsesivo-compulsiva, y esta comorbilidad explica la estructura obsesiva compulsiva presente sobre todo en uno de las dos las formas de la enfermedad.²⁸

2.11.5 Causas genéticas de anorexia y bulimia, Kaye W. (2008).

Datos obtenidos con la resonancia magnética funcional.

En los últimos años la atención se ha centrado en la genética y en este sentido, los investigadores están tratando de determinar las posibles causas de la enfermedad. Los estudios se han centrado en la 5-HT (2A) (un subtipo de receptor de serotonina), cuya función puede resultar durante la etapa de la pubertad. Tal operación anormal se cree que es una posible causa de la anorexia, pero los resultados son contradictorios.²⁹

2.12 Subtipos de Anorexia y Bulimia Según el DSM-5:

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de Anorexia nerviosa:

2.12.1 Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de Anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

²⁸ Zandian M, Ioannidis I, Bergh C, Södersten P. (setiembre de de 2007). «Cause and treatment of anorexia nervosa.». *Physiol Behav.* (en inglés) **92**: 283–290.

²⁹ Kaye W. (abril de de 2008). «Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa.». *Physiol Behav.*(en inglés) **25**: 121–135.

2.12.2 Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

2.13 Síntomas de Anorexia y Bulimia dependientes de la cultura, la edad y el sexo Según el DSM-5:

La Anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres).

Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por

ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.³⁰

La Anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos pre-puberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres.³¹

2.14 Características diagnósticas de la bulimia Según el DSM-5:

Las características esenciales de la Bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.³²

Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C). Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como

³⁰ Anorexia y Bulimia, Rincon del Vago, Salamanca 1998, http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_6.html

³¹ Anorexia y Bulimia, http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

³² Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas.

Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono.

Los individuos con Bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin Bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.³³

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa

³³ Anorexia y Bulimia, http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de auto desprecio y estado de ánimo depresivo.³⁴

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones.

A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos.

35

La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito.³⁶ Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la

³⁴ Anorexia y Bulimia, http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

³⁵ Anorexia y Bulimia, http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

³⁶ Anorexia y Bulimia, http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos.

Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones.

Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.³⁷

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al auto valorarse, y estos factores son los más importantes a la

³⁷Trastornos Alimenticios
alimenticios.shtml

[http://www.monografias.com/trabajos16/trastornos-alimenticios/trastornos-](http://www.monografias.com/trabajos16/trastornos-alimenticios/trastornos-alimenticios.shtml)

hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen Anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

2.15 Subtipos de Anorexia Según el DSM-5:

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

2.15.1 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.

2.15.2 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.

2.16 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo Según el DSM-5:

La Bulimia nerviosa afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información

sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos. Por lo menos un 90 % de las personas que padecen Bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. El DSM-V presenta datos que sugieren que en los varones con Bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad pre-mórbida que en las mujeres.³⁸

2.17 Teorías que explican los trastornos alimenticios

2.17.1 Teoría psicoanalista: Algunos psicoanalistas insisten en considerar a la anorexia como un mecanismo mediante la cual la afectada recuperará la libertad e independencia perdida a manos de su padre. No está clara la forma en que esta secuencia podría causar el intenso temor a volverse obeso, que es el hecho central tanto de la anorexia como de la bulimia.

Para aquellos que tienden a considerar que el trastorno es de índole psicósomática estos rasgos no son sino la expresión de un defecto constitucional en la capacidad de formular las fantasías, cuadro denominado alexitimia por **Sifneos y Nemiah** (1967), quienes lo describieron en pacientes que padeciendo enfermedades orgánicas presenta dificultades para expresar emociones.

Lo consideraron, en principio, un defecto de origen neurológico que ocasiona dificultades en la simbolización y una mayor tendencia a resolver las situaciones de tensión a través del cuerpo, causando la anorexia y la bulimia.

³⁸ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013

Al revisar la literatura sobre el tema, el papel otorgado a la madre resalta con tanta contundencia que pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuviera como única responsable a la madre.

Marty y Col (1992) creen que ciertas fallas en la constitución del aparato psíquico impedirían la tramitación del afecto por vía psíquica.

El registro de las sensaciones corporales se hallaría alterado por condiciones que pueden variar entre: 1) un cuerpo excesivamente narcisizado por la madre con una imposibilidad de reconocimiento de los límites corporales propios y ajenos, base de frecuentes expresiones tales como: "me siento llena, atascada, invadida, ahogada"; 2) un cuerpo deficientemente libidinizado, no semantizado que se expresa a través de frases como "estoy vacía, no llegó al fondo, no conozco mi límite". Para **Likierman (1997)**, madres dominantes, controladoras, intrusivas: Son aquellas que usan a sus hijas como barrera contenedora de su confusa mezcla de sentimientos y emociones no asimiladas o procesadas, las cuales oscilan entre infantilismo y sexualidad.³⁹

Por supuesto las madres sobreprotectoras son incapaces de controlar las emociones de su propia hija. Por lo demás, casi todas las madres de anoréxicas relatan con cierta facilidad haber tenido malas relaciones con sus propias madres.

2.17.2 Teoría cognitivista: Los cognitivistas estudian la alteración mental de las chicas anoréxicas. El psicoterapeuta **Eric Button 1969** cree que esas chicas han desarrollado una visión de la realidad tan pobre que les es imposible enfrentarse

³⁹ Volcana Anorexia o Bulimia en positivo, 2013 <https://mbasic.facebook.com/notes/volcana-anorexia-o-bulimia-en-positivo/anorexia-una-delgada-linea-entre-madre-e-hija/406452619455772/>

adecuadamente a las complejidades de la vida adulta. Como todas las personas, las anoréxicas necesitan experimentar cierto control sobre la vida y que ésta sea, siquiera en parte, predecible. Perder peso significa que se sienten bien y seguras, mientras que engordar significa que son un fracaso y que son malas. No se tolera ninguna ambigüedad.

Su manera de pensar, excesivamente simple, no les permite resolver los problemas a los que se enfrentan. Y como fracasan a la hora de encontrarle sentido a la vida, las anoréxicas evitan tantas situaciones de la vida real como pueden.

David Epston 1970, psicoterapeuta Neozelandés, ve la anorexia como una especie de lavado de cerebro. Según su análisis, las chicas anoréxicas han desarrollado un conjunto de creencias rígidas y equivocadas acerca de sí mismas que debe ser destruido antes de proceder a su rehabilitación.

Aman a su peor enemiga: la Anorexia. **Epston** sostiene que el terapeuta se ha de convertir en una especie de des programador que anime a las chicas a pelear con esa enemiga.

2.17.3 Teoría socio cultural: Finalmente, la teoría sociocultural de la anorexia sugiere que los trastornos alimenticios se dan más frecuentemente en grupos que valoran la delgadez sobre todas las cosas.

Entre los bailarines, un colectivo conocido por la exagerada delgadez que buscan sus miembros, existe una alta tasa de anoréxicos. Cualquier sector de la población cuya forma de vida dependa básicamente de la delgadez es un sector de riesgo. En un trabajo de investigación realizado por **Garner y Garfinker (1980)**,

donde se compararon estudiantes normales de danza, música y modelaje, los resultados revelaron que la anorexia nerviosa y las dietas excesivas se sobrepresentaron en las estudiantes de danza y modelaje. Dentro del grupo de danza los ambientes de mayor competencia tenían mayor frecuencia de anorexia nerviosa. En el grupo de modelaje, la mayoría se volvieron anoréxicas después de comenzada su carrera. Los resultados muestran que las actitudes anoréxicas y la anorexia nerviosa se dan más en ambientes con alta exigencia de competencia y de éxito.⁴⁰

2.18 Relación entre medios de comunicación y los trastornos alimenticios

Internet es el medio de comunicación más eficaz de finales del siglo xx y será sin duda el medio estrella en el nuevo siglo, Internet llega cada vez a más y más hogares en el mundo y permite a sus usuarios encontrar cualquier tipo de información de cualquier parte del mundo, por supuesto, las ventajas que este nuevo medio nos trae son innumerables, sin embargo, este flujo libre de información por la red también tiene sus contras, la pedofilia por ejemplo ha encontrado una manera de intercambiar información sin mucho riesgo de ser detenidos, en el caso de la anorexia y la bulimia, el libre intercambio de información está sirviendo para que muchas de estas enfermas puedan comunicarse trucos y técnicas entre ellas para perder peso, intercambien dietas, o consejos para que su entorno no llegue nunca a descubrir que padecen algún trastorno alimentario.⁴¹

⁴⁰Trastornos alimenticios, Garner y Garfinker (1980), <https://trastornosalimenticiosentame.wordpress.com/acerca-de/>

⁴¹ Trastornos alimenticios, Garner y Garfinker (1980), <https://trastornosalimenticiosentame.wordpress.com/acerca-de/>

- Se conoce de la existencia de varias webs donde se hace apología de la anorexia o la bulimia, en estas páginas se describe a las enfermedades como estilos de vida, y reúnen a cientos y miles de adolescentes que se intercambian experiencias a través de los foros de estas páginas. En cada página podemos encontrarnos unas 700 u 800 chicas registradas, de ellas un 68% son adolescentes de 14 a 17 años, las menores de 14 años son un 10%, y un 22% son mayores de 18 años, la mayoría de todas ellas se encuentra en la fase de inicio de la enfermedad, se estima que solo un 7% estaría recibiendo algún tipo de tratamiento.⁴²

El lugar preferido de la página es el foro, donde se intercambian trucos e información, en este lugar incluso nacen líderes, que suelen coincidir con las chicas que menos kilos pesan, cuando una de las chicas pesa alrededor de 40 kilos se convierte rápidamente en la líder, todas las demás le piden consejo. Se llegan a intercambiar incluso consejos para autolesionarse, porque piensan que el dolor hace que el organismo quemé calorías.⁴³

- Con el objetivo de luchar contra estas páginas Web pro-anorexia, surgió en 2004 la primera campaña contra la anorexia y la bulimia en Internet, promovida por la página “protegeles.com”, en esta asociación un grupo de expertos atiende las demandas de niñas, adolescentes y jóvenes que se encuentran alguna fase del desarrollo de alguno de estos trastornos de la conducta alimentaria, en junio de 2004, protégelos localizo y denunció más de

⁴²Trastornos alimenticios, Garner y Garfinker (1980), <https://trastornosalimenticiosentame.wordpress.com/acerca-de/>

⁴³Trastornos alimenticios, Garner y Garfinker (1980), <https://trastornosalimenticiosentame.wordpress.com/acerca-de/>

250 páginas pro-anorexia, logrando que fueran clausuradas, aquí va un ejemplo de algunas de ellas:

- <http://groups.msn.com/anamiadiosasyprincesas>
- **<http://groups.msn.com/estamostodasunidas>**
- <http://groups.msn.com/juntassomosmas>
- <http://groups.msn.com/Cuandocomeresuninfierno>
- **<http://groups.msn.com/ESPEJODELATOR>**

Esta es solo una muestra de las más de 250 páginas con nombres parecidos que protégeles a logrado clausurar por atentar contra la salud pública, además se ha creado otra página de información para estas jóvenes, para informarles como pedir ayuda, donde deben acudir, donde pedir consejo, en definitiva para conseguir que salgan de la espiral que comprende el trastorno.

El mundo en el que vivimos está repleto de contradicciones, mientras una parte del mundo presenta un lamentable aspecto de desnutrición por causa del hambre, en el mundo occidental, en el que disponemos de todo tipo de alimentos y nutrientes necesarios para una vida saludable, cada vez son más las personas que sufren algún trastorno relacionado con la alimentación. Estas enfermedades son nuevas, y sus causas muy probablemente son los nuevos valores e ideales que trasmite la actual sociedad occidental a sus jóvenes, el ideal de belleza ha cambiado radicalmente desde hace unas décadas, la extrema delgadez se empieza a

considerar como una imagen positiva, y sus consecuencias ya las estamos sufriendo⁴⁴.

Los medios de comunicación son en gran parte responsables de la trasmisión de estos valores, la televisión, el cine, la moda, premia constantemente a personas que por su apariencia deben estar por debajo de su peso normal. En el presente trabajo intento ahondar en este tema, hasta qué punto y de qué manera los medios de comunicación, incluido Internet, facilitan el desarrollo de enfermedades como la anorexia y la bulimia, en qué consisten estas enfermedades, y en que está convirtiendo la sociedad actual a sus jóvenes, y cada vez más, a sus niños.⁴⁵

2.19 MENSAJES CONTRADICTORIOS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION:

El noventa por ciento de quienes padecen anorexia o bulimia son mujeres de edades muy tempranas, normalmente entre los 12 y los 25 años aunque la edad va disminuyendo por momentos y podemos encontrar ya a niñas menores de 12 años con trastornos de alimentación, aunque también últimamente el número de varones que padece esta enfermedad aumenta, todavía son una gran mayoría de mujeres quienes sufren estos trastornos, las mujeres desde muy temprana edad están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor, es una especie de dictadura de la moda.

El peso medio de las chicas jóvenes se ha incrementado en los últimos años, los medios de comunicación publicitan sin interrupción gran cantidad de cosméticos,

⁴⁴ Zagalaz Luisa, romero santiago, Contreras onofre. (2002). "La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal, http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_30.html

⁴⁵ Zagalaz Luisa, romero santiago, Contreras onofre. (2002). "La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal, http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_30.html

prendas de vestir, además continuamente nos bombardean con imágenes de modelos, estrellas de cine que lleva a muchas mujeres a pensar, “si ella está así, yo también puedo conseguirlo”, y esto lo hacen a cualquier precio, incluida la salud, la delgadez se vende como sinónimo de éxito, como lo que es socialmente aceptado, pero, a la vez que estos medios nos envían este mensaje, las jóvenes reciben otro tipo de información que está cogiendo mucho auge, el fast food, el consumo de bebidas gaseosas, golosinas⁴⁶.

Todo esto también ocupa un gran espacio en los medios, que hacen estos productos cada vez más tentadores para las jóvenes, productos de un alto valor calórico y engordante pero de muy poco valor nutritivo, la joven de hoy en día se ve con esto atrapada en una trampa que le tiende la cultura reinante, y las consecuencias son que cada vez sea mayor la brecha entre la realidad y el cuerpo ideal.

2.20 EL MERCADO DEL ADELGAZAMIENTO

En la década de los 90, los ciudadanos de estados unidos se gastaban más de 10 billones de dólares anuales en servicios y productos relacionados con la búsqueda y pérdida de peso, más de 20 millones de personas decían seguir una dieta rigurosa, estas personas se gastaron alrededor de 74.000 millones de dólares en alimentos dietéticas, programas para adelgazar, libros de dietas y consejos para perder peso⁴⁷.

⁴⁶ Zagalaz Luisa, romero santiago, Contreras onofre. (2002). “La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal, http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_30.html

⁴⁷ Maite (2007) Anorexia y Bulimia en la Sociedad Actual, <http://maite-actualidad.blogspot.com/2007/01/en-la-actualidad-el-canon-de-belleza-es.html>

Alrededor del 40% de las mujeres y del 23% de los varones estaban intentando perder peso, todo esto puede considerarse un fenómeno normal si tenemos en cuenta lo dicho en apartados anteriores sobre los valores que transmite la sociedad actual, sin embargo, nos encontramos con datos todavía más preocupantes, ya que en estos estudios se concluye que un porcentaje bastante alto de estos jóvenes se encuentran en un peso que podríamos considerar normal según su altura y características físicas, es decir, estaban realizando una dieta sin tener ningún tipo de sobrepeso, y más grave todavía, en la década de los 90, se estimó que es porcentaje de chicas con un peso inferior al recomendado que estaba siguiendo una dieta adelgazante era del 20%.⁴⁸

Todos estos datos llevan a una conclusión muy clara, detrás de todos estos mensajes que la sociedad actual nos envía sobre los cánones de belleza adecuados y el cuerpo y peso ideal, se esconde un mercado que factura al año millones y millones de euros, los medios de comunicación y la cultura nos enseñan cómo debemos ser, y las empresas del mercado de la belleza nos ofrecen los medios para que consigamos ser así, previo pago de su importe nos suministran numerosos productos y servicios para que intentemos adecuarnos al canon de belleza reinante en nuestra sociedad, es evidente que el interés económico puede ser otro de los alicientes para seguir manteniendo los valores y creencias que los medios nos muestran sobre el aspecto físico ideal.

⁴⁸ Maite (2007) Anorexia y Bulimia en la Sociedad Actual, <http://maite-actualidad.blogspot.com/2007/01/en-la-actualidad-el-canon-de-belleza-es.html>

2.20.1 ADELGAZAMIENTO EN JOVENES

Parece haber datos fiables como los de un grupo de investigadores de la universidad de Leeds, en Inglaterra, realizaron algunos estudios sobre este tema, en ellos trabajaron con 213 niñas y 166 niños de 9 años de edad, los hallazgos que encontraron son en cierta medida preocupantes, ya que encontraron que muchos de estos niños presentaban una autoestima muy baja, tenían un evidente deseo de adelgazar, y presentaban altos niveles de restricción de la comida, esto era así independientemente del peso actual del niño.

Estos estudios pueden mostrar como los modelos estéticos que la sociedad impone son interiorizados por niños en edades cada vez más tempranas, además se muestra como se está reduciendo la edad en que se experimenta y se interioriza esta presión pro-adelgazamiento, y que llevan a pensar que quienes emplean métodos peligrosos para perder peso ya no son solo jóvenes en edad adolescente, sino que son incluso niñas.

2.20.2 EL RECHAZO AL SOBREPESO

Uno de los rechazos sociales más claros es el rechazo al obeso, los niños de una edad tan temprana como los 6 años ya tienen interiorizado este rechazo, en un estudio de observación como los niños de esta edad atribuyen ya características positivas como bueno, simpático o feliz a las personas delgadas, y características negativas como tramposo, sucio o lento a las personas gruesas. En otro estudio de Richardson en los años 60 se puso de manifiesto algo parecido con niños de 10 y 11

años, en dicho estudio los niños debían elegir entre una serie de figuras aquellas que les resultaran más agradables, en todos los casos se dio que el niño obeso era el menos elegido.

Pero esta discriminación tiene de fondo algo más que un simple rechazo, a las personas que tienen sobrepeso se les atribuye además la responsabilidad de estar así, la obesidad en muchos casos se trata de una enfermedad, sin embargo, socialmente está considerada como la consecuencia de un vicio y se tiene la imagen del obeso como alguien que se entrega a este vicio, se cree que el obeso como con glotonería y con gula, come sin control y por eso está así porque quiere estar así.

Esta forma de ver la obesidad tiene varias manifestaciones, tanto a nivel escolar, como a nivel laboral, en el colegio por ejemplo hay varios estudios que indican como en colegios privados de prestigio era desproporcionalmente menor el número de chicas obesas admitidas que el de chicas delgadas, esto pasaba sin que existieran diferencias ni en el cociente intelectual ni en el expediente académico previo, a nivel laboral, recientemente se realizó un estudio para saber algo más sobre la relación entre obesidad y empleo, este estudio concluyó que las personas obesas eran consideradas como menos competentes, inactivas y desorganizadas. Sin embargo hay un sector de la población a la que todo esto le afecta mucho más, son las mujeres, se ha comprobado cómo es más asequible la promoción profesional para una mujer delgada, un ejemplo de esto son las azafatas de vuelo, que pueden ser despedidas si se les considera con problemas de sobrepeso, llegándose incluso a controlar sus medidas de caderas y muslos, no es de extrañar por lo tanto que los trastornos de alimentación sean frecuentes entre estas empleadas.

En las mujeres la presión social es mucho más fuerte, incluso en la atribución de roles esto queda patente, varios estudios indican como a las mujeres delgadas se las ve como más emprendedoras y más activas en el terrenos social y en el laboral, sin embargo, a las mujeres con sobrepeso se les atribuyen más roles basados en estereotipos como el de madre o esposa.

2.20.3 EL MUNDO DE LA MODA

En el mundo de la moda encontramos dos modelos famosas que pueden servir de ejemplo, la que está considerada como la mejor top model del momento, Kate Moss, mide 1,70m y pesa solo 44kg, según ha manifestado su dieta habitual son los huevos, carne, verdura y mucho café y Claudia Schifer solo come pescado y verdura, el aspecto externo de estas dos modelos son muy alarmantes por su estado de decadente peso, estas chicas sufren trastornos de alimentación, aunque últimamente gracias a la prensa se puede sospechar que este porcentaje es todavía mayor, según algunas fuentes, es incluso usual ver a varias de estas chicas salir rápidamente a vomitar después de una de las comidas que realizan en grupo, protagonizando una imagen desoladora algunas modelos que han desfilado este año en pasarelas como las de Milan o cibeles, cuerpos extremadamente delgados y que evidencian un deterioro físico alarmante.

Las modelos son protagonistas exhibiendo su cuerpo en numerosos lugares donde son observadas por todo el mundo, revistas, televisión, carteles publicitarios en las ciudades..., las siluetas de la mayoría de estas modelos (por supuesto no podemos generalizar ni en este punto ni en ninguno) son extremadamente delgadas.

Las modelos no son las causantes de todo esto, al contrario, más bien son las víctimas de este mundillo, ya que quienes realmente les exigen estas medidas llegando incluso a las amenazas (de no trabajar) y la presión son los diseñadores, ellos son quienes escogen a las modelos para sus desfiles, cada vez escogen más a modelos con cuerpos de apariencia enfermiza, esto obliga a estas chicas a procurar tener ese aspecto si quieren trabajar en algo que para ellas es probablemente un sueño.

2.21 TERAPIAS PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

El tratamiento de la anorexia tiene como objetivo lograr el techo mínimo de 90 % del peso corporal en comparación con el ideal. El tratamiento, dada la diversidad de causas, es múltiple: psicológica, nutricional y farmacológica.

2.21.1 TERAPIA NUTRICIONAL

Es necesario introducir en el cuerpo 1500-1800 kcal por día. Para reducir la pérdida ósea usando vitamina D y calcio.

2.21.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA

Se han probado muchos fármacos, con el fin de obtener el más adecuado para tratamiento de la enfermedad: en la década de 1970 se intentó el uso de clorpromazina, un antipsicótico para el tratamiento de la esquizofrenia. Fue utilizado más adelante como la naltrexona, y en sus líneas, seguido de varios otros experimentos con analgésicos derivados del opio, como el tramadol, pero con

resultados inciertos. Por consiguiente, los estudios se dirigen hacia los antipsicóticos atípicos tales como la risperidona y la olanzapina, que todavía se utiliza con cierto éxito, aunque se desaconseja encarecidamente el uso de tales ingredientes activos en la presencia de demencia, debido a la posible aparición de accidentes cerebrovasculares.⁴⁹

De acuerdo con las directrices de 2007, para el tratamiento se utilizan corticosteroides, como la prednisolona (a un ritmo de 15-30 al día), o en sustitución, la dexametasona (con menos de altas dosis: 2-4 mg por día).

Se discute el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, más conocida con el nombre de ISRS, se usan antidepresivos conocidos. Estos fármacos deben ser excluidos de los pacientes con convulsiones, y el *Committee on Safety of Medicines* (Comité de Seguridad de Medicamentos) ha advertido de que hay pruebas de que los sujetos menores de edad han traído menos beneficios respecto al aumento de la gravedad de las situaciones de autoagresión. El uso de estos fármacos no ha dado los resultados deseados (como en el caso de la fluoxetina)

También se utilizan otros antidepresivos, la clase de antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina, objeto de estudio llevados a cabo por el método de doble ciego (se le da a algunos pacientes, el fármaco excepto el placebo, sin ellos saber para tomar la droga o sustancia inocua). La dosis administrada fue en un caso de 175 mg por día, y 160 mg por día en otro, pero los resultados han demostrado ser modestos.

⁴⁹ British national formulary (2007). *Guida all'uso dei farmaci 4 edizione pp. 160-161* (en italiano). Lavis: agenzia italiana del farmaco.

Las pruebas se están realizando en otros principios activos, como la mirtazapina, pero el número de personas que participa en los estudios aún no es suficiente para obtener algunos datos (aunque se notaron las mejoras en los participantes).

La terapia farmacológica para la anorexia nerviosa está en constante evolución, pero aún no está claro cuál es el tratamiento de elección.

2.21.3 TERAPIA PSICOLÓGICA

En los últimos años se le ha dado mucha importancia, en el plano de la intervención, incluso a las formas de acción eficaz apoyo psicológico-clínico y la psicoterapia han demostrado ser de ayuda psicológica y sobre todo la psicoterapeuta, que tienen como objetivo investigar y revisar el conflicto emocional y relacionados que dan lugar a la denegación de alimentos. La psicoterapia puede ser individual, familiar y de grupo. La terapia familiar, a menudo deseada por los miembros del grupo familiar, ponen en entredicho todo el sistema relacional del grupo familiar, que se cree que tienen un papel patogénico importante y patoplástico en el nacimiento, evolución y mantenimiento de la enfermedad, esta forma de intervención clínica generalmente lleva a obtener buenos resultados. En los últimos años estas formas de terapia también se jugaban con la contribución de los grupos de autoayuda, en los que existe la figura del "terapeuta" en el sentido clásico, donde el médico asume, en vez de sanar pacientes, el papel de "facilitador", que alienta a los miembros del grupo con el diálogo y el diálogo de las dificultades prácticas y emocionales. Así, los pacientes se convierten en "co-terapeutas" de sí mismos.

Como parte de la evaluación de las intervenciones psicoterapéuticas, se está tratando de comprender la percepción de los pacientes sobre las distintas formas de intervención psicológica se llevó a cabo, es un elemento importante, teniendo en cuenta la ambivalencia de la enfermedad: de las respuestas de los pacientes indican que se prefieren las reuniones psicoterapia individual (por mucho, el tratamiento preferido), y el trabajo clínico se centraron en la corrección de los hábitos alimenticios.

2.21.4 HOSPITALIZACIÓN

En los casos en que la vida puede estar en peligro, como en la extrema delgadez con consecuencias clínicas significativas, puede ser necesaria la hospitalización, aunque esté ausente la voluntad o la conciencia de la enfermedad de la persona involucrada. Este tipo de vivienda se llama TSO (tratamiento médico obligatorio). Esto es muy recomendable esto cuando la persona ha perdido mucho peso (por debajo del 30 % de su peso corporal ideal, respecto a su edad, complexión y talla), y continúa perdiendo peso a pesar del tratamiento o se presentan complicaciones médicas, como insuficiencia cardíaca, alteraciones en los niveles de sodio, cloro y potasio en sangre, depresión o intento de suicidio.

2.22 TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

A menudo las personas que sufren de anorexia nerviosa se niegan cualquier tipo de ayuda y terapia. En el campo de la medicina no existe el dilema de la ética médica y el tratamiento agresivo, de la posibilidad del cuidado que el paciente de rechazar

cualquier oferta⁵⁰, por lo que es una intervención factible solo cuando se pierde la propia capacidad de razonar. En el caso de la anorexia nerviosa hay diferentes escuelas de pensamiento, que se reflejan en las siguientes ubicaciones:

- Por una parte, indica la imposibilidad de un enfoque eficaz, de una colaboración de la persona que padezca la enfermedad, debido a la constricción en sí misma lo que conduce a un deseo de desobediencia;
- por el otro están los que dicen que los resultados se verían solo en lo inmediato y en el largo plazo debería morir para volver a situaciones críticas.

Con el fin de entender si una persona que padezca la enfermedad puede decidir por sí misma si, en los Estados Unidos se ha estudiado en un cuestionario, denominado MacCAT-T, que todavía se considera una valiosa herramienta. Tal examen no se limita a la comprensión objetiva por parte del paciente de la enfermedad, sino que va más allá de preguntar si el entrevistado comprende si se ha enfermado. Cuando el interesado sea un menor la crítica aumenta.

Se han hecho estudios para comprender si el tratamiento es eficaz coercitivo, y señaló que en la práctica se utiliza muy poco y solo cuando hay tres factores:

- antecedentes de recaída;
- complejidad (por manifestaciones psiquiátricas asociadas);
- peligro de vida (presencia del síndrome de realimentación y el IMC muy bajo).

⁵⁰ Kennedy, I.; Grubb, A., *Medical law*, Londra: Butterworths 2000, cap. 5, pp. 575–773.

2.23 PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Hay un programa de control alemán, denominado "PriMa", efectuado sobre niñas de 12 años o mayores. Este programa se lleva a cabo durante el año escolar por los profesores. A partir de un estudio de más de 60 escuelas, a los tres meses ya se tienen repercusiones positivas, tanto en la conciencia de sí mismo como en el papel que los alimentos deben asumir. La literatura posterior revela que los cuestionarios utilizados para comprender las mejoras de la gente era más cortas de lo necesario, y sugiere la necesidad de expansión en múltiples niveles (ambas preguntas, sino también al proceso que se utiliza) para entender el impacto real en los jóvenes, que siguen siendo positivas.

2.24 PRONOSTICO GENERAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Aunque entre todos los trastornos de la alimentación es el que se registra la más alta de mortalidad, la anorexia rara vez conduce a la muerte, los casos de muerte también se registran por suicidio, y llegar a un máximo del 5%, aunque dividido por década.

La mayoría de las mujeres, después de cinco años de la atención clínica, fueron capaces de superar el estado de la enfermedad crónica, viniendo después de la recuperación completa. Cuando el estado de la anorexia ha desaparecido por completo la persona tienen una buena oportunidad de ser capaz de llevar a cabo una vida normal y superar otros trastornos psiquiátricos. a menudo, sin embargo, la reinserción social, profesional y de relación no es fácil, y que habían pasado graves

de anorexia nerviosa que pueden arriesgar fenómenos de estigmatización social. El pronóstico varía dependiendo de la edad de la persona implicada, y en la mayoría de las personas adultas es peor.

2.25 PSICOLÓGICA-PSIQUIÁTRICA

En cuanto a los resultados que se tienen los trastornos más marcados de la personalidad (grupo C), a una distancia de 6 años después del final del tratamiento y también próximos 10 años, los estudios muestran resultados positivos en cuanto al peso, así como también a los trastornos físicos (tales como hirsutismo) y diversos trastornos relacionados con las manifestaciones psicológicas-psiquiátricas: En tales casos, los resultados realmente muy positivos se acercan al 40%.

2.26 RIESGOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Durante el tratamiento de los riesgos más altos se deben a la negativa del paciente a cooperar y la interrupción voluntaria del tratamiento. Esto sugiere que se debe dividir la cura en dos partes: la primera vez a la recuperación del peso corporal normal, el segundo destinado a prevenir posibles recaídas.

Los estudios han identificado seis "objetivos" para reducir el riesgo de recaída en la anorexia:

1. adquirir una motivación intrínseca en su deseo de cambiar;
2. evaluar la atención y la recuperación como un "trabajo en curso";
3. percibir la importancia de la experiencia del tratamiento;

4. desarrollar relaciones de apoyo social;
5. tomar conciencia y tolerancia de sus emociones negativas, y ser capaz de gestionarlas;
6. ser capaz de ganar autoestima.

2.27 MORTALIDAD POR SUICIDIO A CAUSA DE LOS TRASTORNOS

ALIMENTICIOS

La "ideación suicida", seguida o no del intento real de poner fin a la propia vida, es muy común en los trastornos de la alimentación, la anorexia se sitúa en segundo lugar, precedida solo por la bulimia nerviosa. Los intentos reales de suicidio, sin embargo, no son muy comunes en las personas con anorexia: estudios realizados a gran escala en el pasado han demostrado que la tasa es de poco más del 1% de los casos.

En esta etapa de la enfermedad a varias personas siguen pensando en la muerte, imaginándola frecuentemente, a menudo es un proceso relacionado con la fuerte depresión que sigue el curso de largo. Entre las dos formas de anorexia, según estudios recientes, aquella menos propensa a actos de suicidio es restrictiva.

Otros estudios enfatizan la particularidad de este fenómeno, teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes (o la totalidad de estos, dependiendo del número de personas del cual se efectúan los estudios), se deben a la enfermedad, y en especial, a la interrupción del cuidado. Incluso el estudio meta-analítico más importante llevado a cabo sobre la incidencia del suicidio de la anorexia nerviosa.

CAPITULO III SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1.1 Hipótesis de investigación

- Los Medios de Comunicación es el factor psicosocial que más influye para el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015

3.1.2 Hipótesis Nula de investigación

- Los Medios de Comunicación no es el factor psicosocial que más influye en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015

3.2 Variables:

- **Variable Independiente:** Factores Psicosociales
- **Variable Dependiente:** Desarrollo de las Conductas de Anorexia y Bulimia

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores Psicosociales (Variable Independiente)	Son todos aquellos elementos de la vida que tiene influencia en alguna medida sobre la conducta del ser humano y al intervenir en él, actúan de diferentes maneras, puede ser directamente en el desempeño creativo de cada individuo de acuerdo al contexto en el que se interactúe con los demás miembros, determinando lo que puede lograr, crear o desarrollar en sus emociones, sentimientos y acciones. Autor: Ignacio Martin Baro.	Se hace referencia a aquellas condiciones presentes que tienen capacidad para afectar al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) de forma indirecta en el ser humano.	Familia Amigos Medios de Comunicación	Presión familiar Exigencias Modelamiento Vinculación afectiva Programas sobre perfeccionismo físico Apreciación emocional Persuasión	Ficha Diagnóstica Guía de entrevista

<p>Desarrollo de las Conductas de Anorexia y Bulimia (Variable Dependiente)</p>	<p>Enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal, Autora: Esther 2008.</p>	<p>Anorexia Privación de la ingesta mediante prácticas tales como: dietas, método purgativo.</p> <p>Bulimia Atracones de forma compulsiva generando sentimientos de culpa después de la ingesta.</p>	<p>Físicas</p> <p>Psicológicas</p> <p>Social</p>	<p>Bajo peso</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Insatisfacción corporal</p> <p>Inseguridad para identificar sensaciones viscerales (hambre y sed)</p> <p>Regulación de impulsos</p> <p>Inseguridad</p> <p>Auto desprecio</p> <p>Falta de control</p> <p>Atracones</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Autoimagen</p> <p>Distorsión del</p>	<p>EDI 2</p>
---	--	--	--	---	--------------

				<p>pensamiento</p> <p>Inseguridad en las relaciones</p> <p>Insatisfacción social</p> <p>Desinterés por establecer relaciones intimas</p> <p>Dificultad para expresar sentimientos</p> <p>Rendimiento perfeccionista</p> <p>Desconfianza interpersonal</p>	
--	--	--	--	---	--

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico.

Método cuantitativo: Se fundamenta en el método hipotético deductivo. Establece teorías y preguntas iniciales de investigación, de las cuales se derivan hipótesis. Estas se someten a prueba utilizando diseños de investigación apropiados. Mide las variables en un contexto determinado, analiza las mediciones, y establece conclusiones. Si los resultados corroboran las hipótesis, se genera confianza en la teoría, si no es refutada y se descarta para buscar mejores. Reduccionista. Utiliza medición numérica, conteo, y estadística, encuestas, experimentación, patrones, recolección de datos. **(Hernández Sampieri, R 1991)**

4.2 Tipo de Investigación

1. Exploratoria.

Es aquella que se realiza cuando el objeto es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Esta fase de investigación sirve para desarrollar métodos a utilizar en estudios más profundos.

2. Descriptiva.

Es aquella que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles (rasgos) de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se

someta a su análisis, miden evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos o componentes del fenómeno a investigar.

Los estudios descriptivos sirven para analizar como es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes.

3. Explicativa.

Pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian, de una investigación.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

4.3.1 Universo

1216 adolescentes

4.3.2 Población

Población general 90 estudiantes

4.3.3 Muestra

50 estudiantes de los primeros años de Bachillerato general.

4.4 Criterios de inclusión

Criterios de inclusión general

1. Adolescentes
2. Cursando primer año de Bachillerato General.
3. Estudiantes que presentan conducta de Anorexia y Bulimia según EDI 2.

4.5 Aspectos éticos

1. Compromiso por parte del grupo investigador.

Como grupo investigador nuestro compromiso es investigar un fenómeno que afecte significativamente una población determinada y que requiere de una intervención oportuna.

2. La ética a la hora de evaluar el instrumento

Respetando las respuestas brindadas por parte de la población encuestada.

3. La confidencialidad en los datos obtenidos en la investigación

Reflejar de forma correcta los datos obtenidos, respetando la integridad de las adolescentes siendo transparentes en cada una de sus respuestas para obtener mejores resultados en esta investigación.

4. Responsabilidad social.

Como grupo investigador se acepta que el compromiso científico y profesional está al servicio de las personas y de la sociedad; se esfuerza por contribuir al desarrollo de la Psicología como disciplina para lograr la salud integral, y en especial la salud mental del individuo y de la comunidad.

4.6 Procedimiento

La importancia de la investigación surge a partir del interés de conocer la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia en adolescentes de los Primeros años de Bachillerato del Centro Escolar Católico Santa Sofía, para lo cual se elaboró un perfil de investigación, el cual consta

de los siguientes apartados: Tema, Problema de investigación, Objetivos de la investigación, Hipótesis, Variables, Operacionalización de Variables y población. Posterior a esto se dio la elaboración de protocolo de la investigación.

Pasos que se efectuaron en la presente investigación:

Paso I: Para la recopilación de información primeramente se partió con la recolección de datos mediante una ficha diagnóstica, Ver Anexo # 2; seguidamente se aplicó el test EDI-2, Ver Anexo # 4; para la obtención de información cuantitativa, el cual fue administrado a señoritas de las secciones “A” y “B” de primer año de Bachillerato General en un tiempo de 40 minutos, los primeros 10 minutos se asignaron para la orientación de la prueba seguidamente los 30 minutos restantes la aplicación de la prueba.

Paso II: Seguidamente se pasó a la recolección de la información de manera cualitativa para ello se usó una guía de entrevista estructurada Ver Anexo # 5; el tiempo que se llevó para su aplicación fue de 35 minutos.

Paso III. Al contar con la información recopilada se procedió a su tabulación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos mediante el test EDI-2 y la entrevista se representa por medio de gráficas cilíndricas y para ello se hizo el uso del Programa Microsoft Excel, desarrollado en cuatro semanas, posterior a esto se elaboró una propuesta de intervención para controlar la problemática estudiada, Ver Anexo # 1

Paso IV: Elaboración del documento final con cada uno de sus respectivos apartados.

4.7 Manejo de datos

En la investigación que se realizó en el Centro Escolar Católico Santa Sofía, el manejo de los datos se trabajó por medio del programa Excel y los baremos propios del EDI - 2.

4.8 Instrumento

El EDI-2 permite obtener un perfil psicológico que es consistente con la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria como síndromes heterogéneos. El EDI-2 es un valioso instrumento de tipo auto-informe muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia (BN). Es un instrumento de tipo auto-informe, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca” “pocas veces” “a veces” “a menudo” “casi siempre” o “siempre”.

Ficha Técnica:

Nombre: EDI-2- Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Nombre original: EDI-2, eating Disorder Inventory-2 Autores: David M. Garner, Ph.

D. Procedencia: PAR Psychological Assessment Resources, Inc, Odessa, Florida.

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

Significación: Evaluación II escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN)

Aplicación: Individual y colectiva

Duración: Variable, 20 minutos aproximadamente

Edad: De 11 años en adelante

Ámbito de aplicación: CLINICA, proyectivos/ ESCOLAR, proyectivos

Tipificación: Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos

Interpretación de tendencias:

NINGUNA TENDENCIA (0-25): Ausencia de rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, sin ninguna alteración de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y sin preocupación exagerada por el control de peso.

TENDENCIA BAJA (26-50): Preocupación mínima por el control del peso corporal, propenso a desarrollar los trastorno de alimentación.

TENDENCIA MEDIA (51-75): Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor normal, miedo presente a engordar, insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social en un nivel intermedio.

TENDENCIA ALTA (76-99): obsesión a mantener el peso corporal por encima del valor normal, miedo generalizado a engordar, también implica una alteración de la

percepción por la auto imagen, alteración de atracones con pérdida de control de los mismo, adaptación de medidas extremas para mantener el peso, insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social en un nivel significativo.

Materiales de aplicación:

- Cuadernillo
- Hojas de respuestas

Manual de aplicación e interpretación

CAPITULO V. RESULTADOS

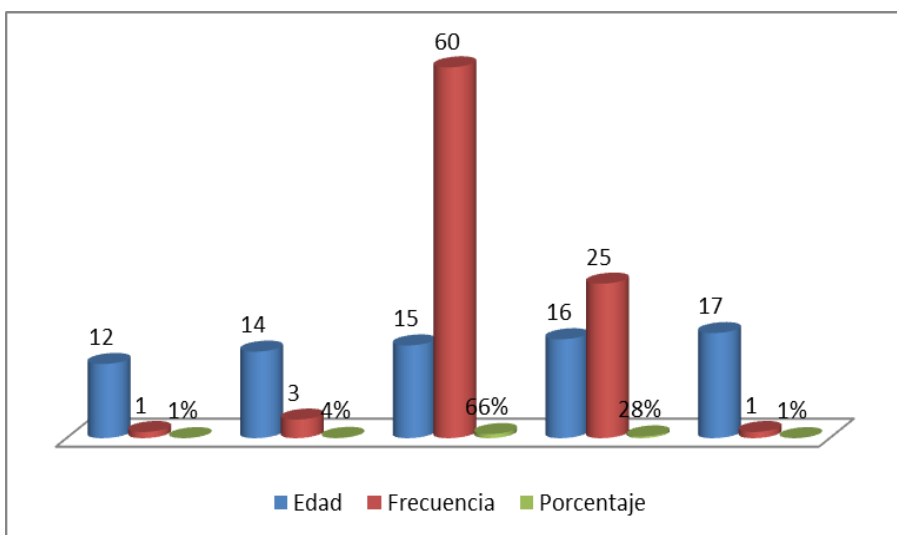
5.1 PRESENTACION DE DATOS.

Tabla 2. Edades población

Edad	F	%
12	1	1
14	3	4
15	60	66
16	25	28
17	1	1
Total	90	100

Fuente: Entrevista

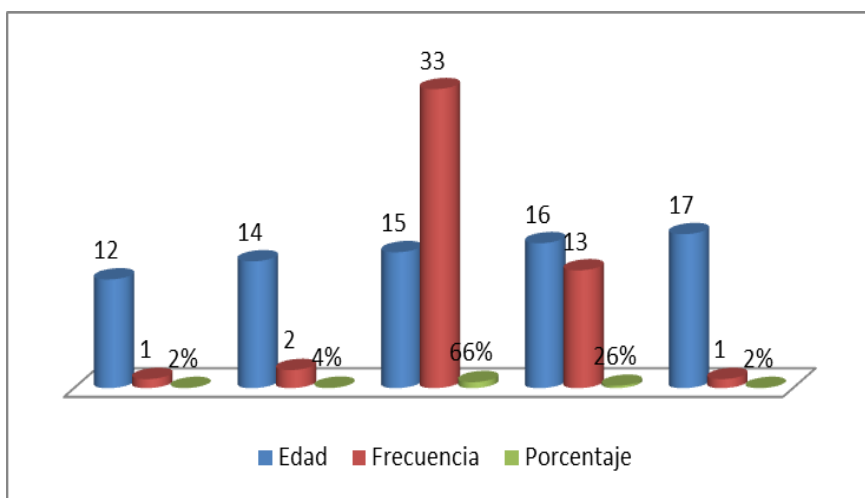
Grafica 1. Edades de la población



Descripción: Se observa en la gráfica # 1 que 66%, de la población en estudio tiene 15 años de edad; 28%, 16 años; el 4%, 14 años; el 1%, 12 años, y otro 1%, tiene 17 años.

Tabla 3. Edades de la población Grafica 2. Edades de la muestra

Edad	F	%
12	1	2
14	2	4
15	33	66
16	13	26
17	1	2
Total	50	100



Fuente: Entrevista.

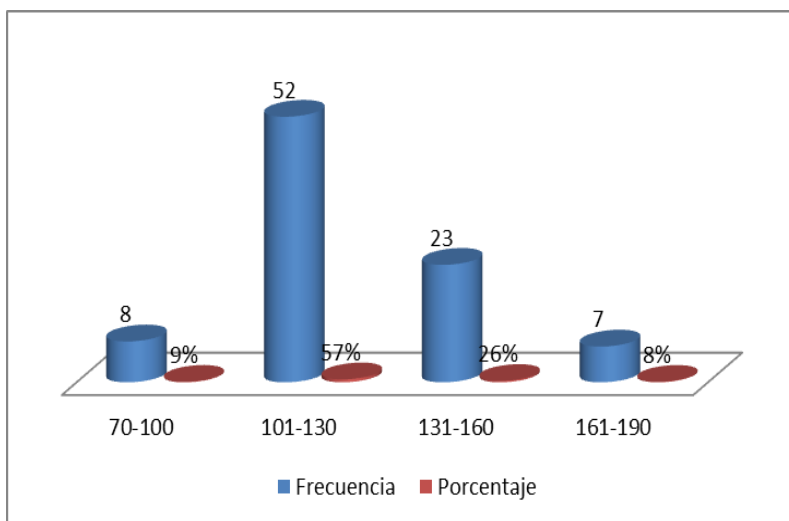
Descripción: Se observa en la gráfica #2 que el 66%, de la muestra tiene 15 años de edad; 26%, 16 años; el 4%, 14 años; el 2 % tiene 12 años y el otro 2%, tiene la edad de 17 años.

Tabla 4. Peso población

Peso	F	%
70 - 100 libras	8	9
101 – 130 libras	52	57
131 – 160 libras	23	26
161 -190 libras	7	8
Total	90	100

Fuente: Entrevista

Grafica 3. Peso población

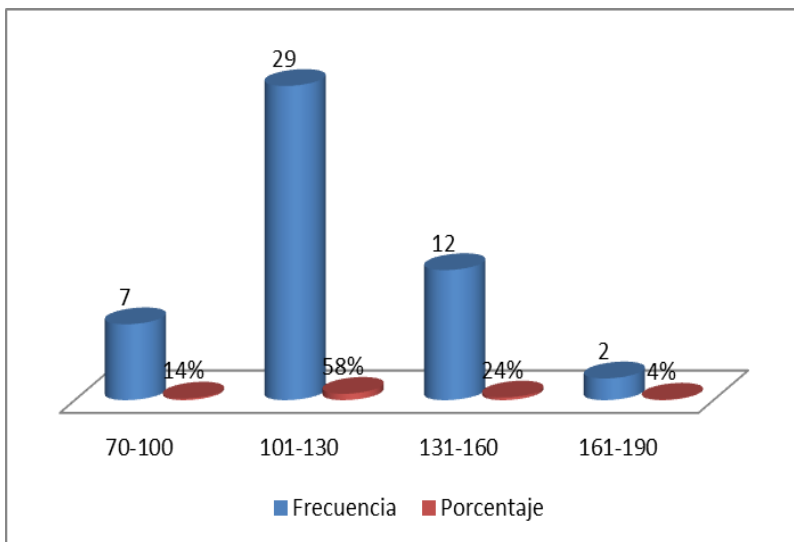


Descripción: Se observa en la gráfica # 3 que el 57%, de la población en estudio varía entre los 101 – 130 libras; el 26%, oscila entre 131 – 160 libras; el 9%, varía entre 70 – 100 libras y el 8%, varía entre 161 – 190 libras.

Tabla 5: Peso muestra

Peso	F	%
70 – 100 libras	7	14
101 – 130 libras	29	58
131 – 160 libras	12	24
161 -190 libras	2	4
Total	50	100

Grafica 4: Peso muestra



Fuente: Entrevista

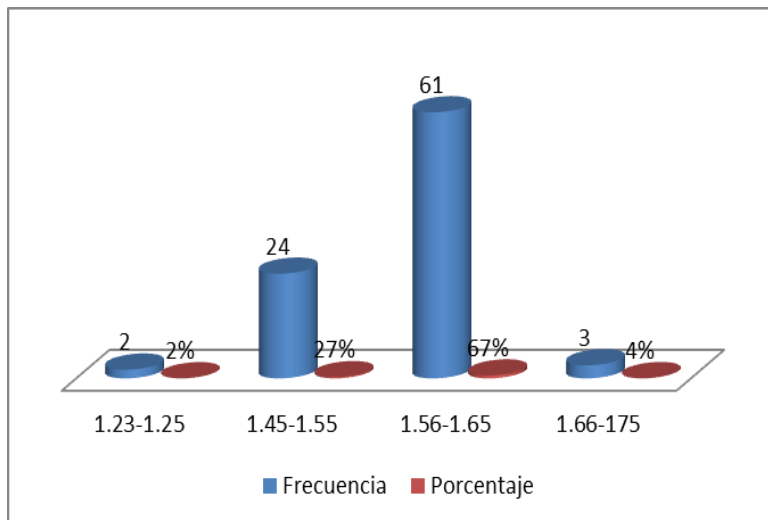
Descripción: Se puede apreciar en la gráfica # 4 que el 58%, de la muestra oscila entre el peso de 101 – 130 libras; el 24%, varia el peso entre 131 – 160 de peso; el 14%, está entre los pesos de 70 – 100 libras; y el 4%, varia su peso entre 161 – 190 libras.

Tabla 6: Estatura población

Estatura	F	%
1.23 – 1.25	2	2
1.45 – 1.55	24	27
1.56 – 1.65	61	67
1.66 – 1.75	3	4
Total	90	100

Fuente: Entrevista

Grafica 5: Estatura población

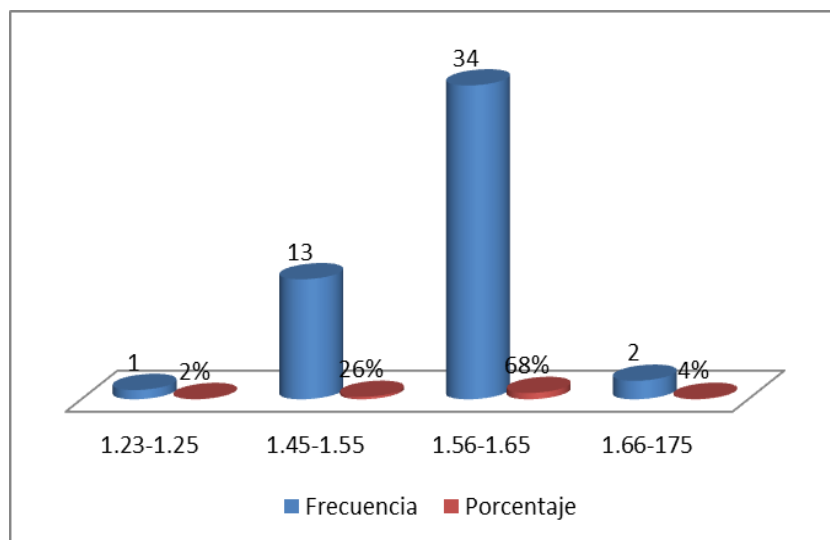


Descripción: Se observa en la gráfica # 5 que el 27%, de la población en estudio está entre la estatura de 1.56 – 1. 65; el 27%, varia su estatura entre 1.45 – 1.55; el 4%, varia su estatura entre 1.66 – 1.75; el 2 %, oscila entre 1.23 – 1.25 de su estatura.

Tabla 7: Estatura muestra

Estatura	F	%
1.23 – 1.25	1	2
1.45 – 1.55	13	26
1.56 – 1.65	34	68
1.66 – 1.75	2	4
Total	50	100

Grafica 6: Estatura muestra



Fuente: Entrevista.

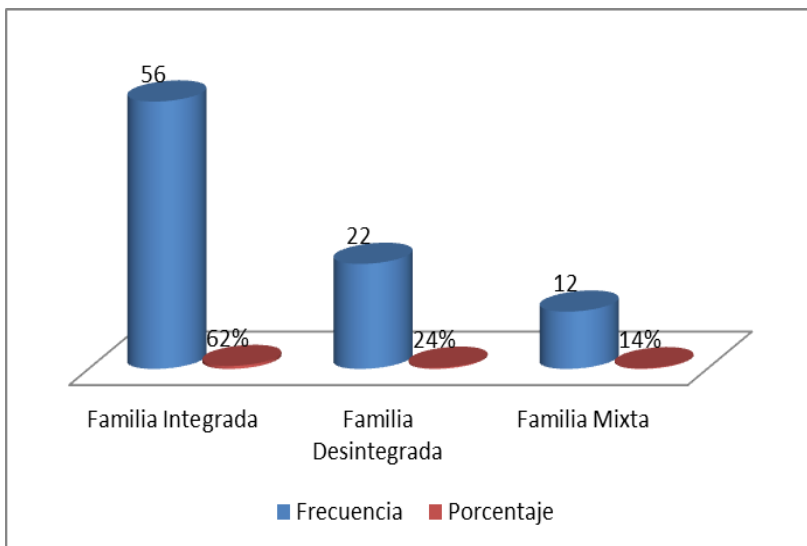
Descripción: Se puede observar en esta Gráfica # 6 que el 68%, de la muestra varía su estatura entre 1.56 – 1.65 metros de estatura; el 26%, se encuentra entre la estatura de 1.45 – 1.55 metros de estatura; el 4%, oscila su estatura entre 1.66 – 1.75; 2%, varía su estatura entre 1.23 – 1.25 metros de estatura.

Tabla 8: Tipo de familia Población

Tipo de Familia	F	%
Familia Integrada	56	62
Familia Desintegrada	22	24
Familia Mixta	12	14
Total	90	100

Fuente: Entrevista

Gráfica 7: Tipo de familia Población



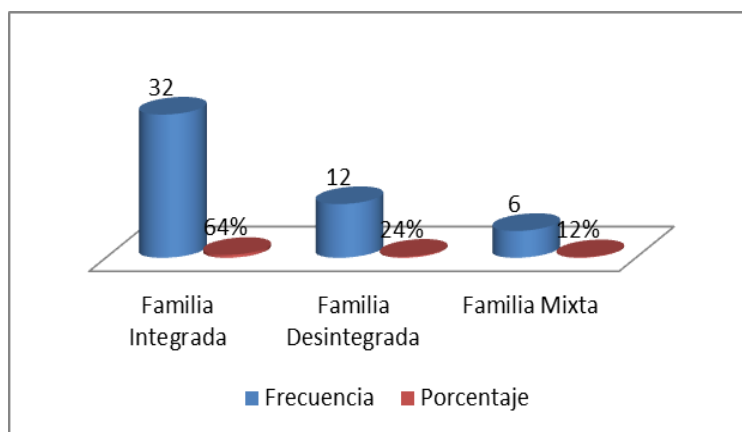
Descripción: Se puede apreciar en la Gráfica # 7 que el 62%, de la población en estudio se encuentra en tipo de Familia Integrada; el 24%, está dentro del tipo de Familia Desintegrada y el 14%, está situado dentro del tipo de Familia Mixta.

Tabla 9: Tipo de familia muestra

Tipo de Familia	F	%
Familia Integrada	32	64
Familia Desintegrada	12	24
Familia Mixta	6	12
Total	50	100

Fuente: Entrevista

Grafica 8: Tipo de familia muestra

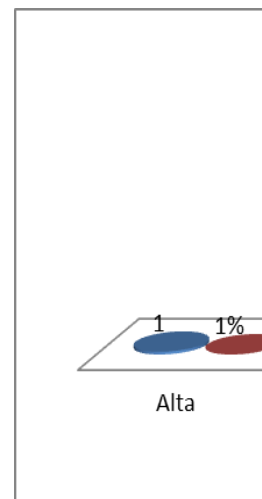


Descripción: Se puede observar en la gráfica # 8 que el 64%, de la muestra está situado dentro del tipo de Familia Integrada; el 24%, está dentro del núcleo Familiar Desintegrada; el 12%, se sitúa dentro de Familia Mixta.

Tabla 10: Situación Socio económica de población

Situación Socioeconómica	F	%
Alta	1	1
Media	85	95
Baja	4	4
Total	90	100

Fuente: Entrevista

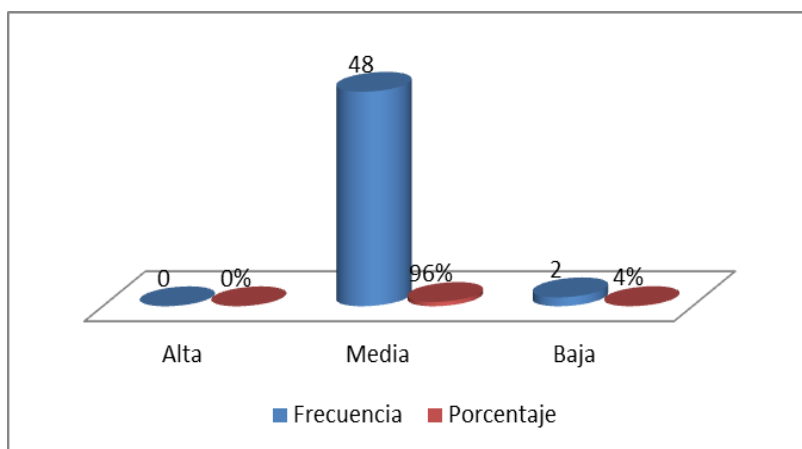


Descripción: Se puede observar en la Gráfica # 9 que el 95%, de la población en estudio está dentro de la situación socioeconómica Media; el 4%, presenta una situación socioeconómica Baja; 1%, está en una situación socioeconómica Alta.

Tabla 11: Situación socio económica muestra

Grafica 10: Situación socio económica de muestra

Situación Socioeconómica	F	%
Alta	0	0
Media	48	96
Baja	2	4
Total	50	100



Fuente: Entrevista.

Descripción: se puede observar en la Gráfica # 10 que el 96%, de la muestra se sitúa en una situación socioeconómica Media; 4%, presenta una situación socioeconómica Baja; de la muestra de la investigación.

Tabla 12: Aspectos muestra

SUJETO	ASPECTOS
1	Aspectos Sociales
2	Aspectos Sociales
3	Aspectos Sociales
4	Aspectos Sociales
5	Aspectos Sociales
6	Aspectos Sociales
7	Aspectos Sociales
8	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
9	Aspectos Familiares
10	Aspectos Sociales
11	Aspectos Sociales
12	Aspectos Psicológicos
13	Aspectos Físicos
14	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
15	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
16	Aspectos Sociales
17	Aspectos Sociales
18	Aspectos Sociales
19	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
20	Aspectos Sociales
21	Aspectos Sociales
22	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
23	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
24	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
25	Aspectos Psicológicos
26	Aspectos Sociales

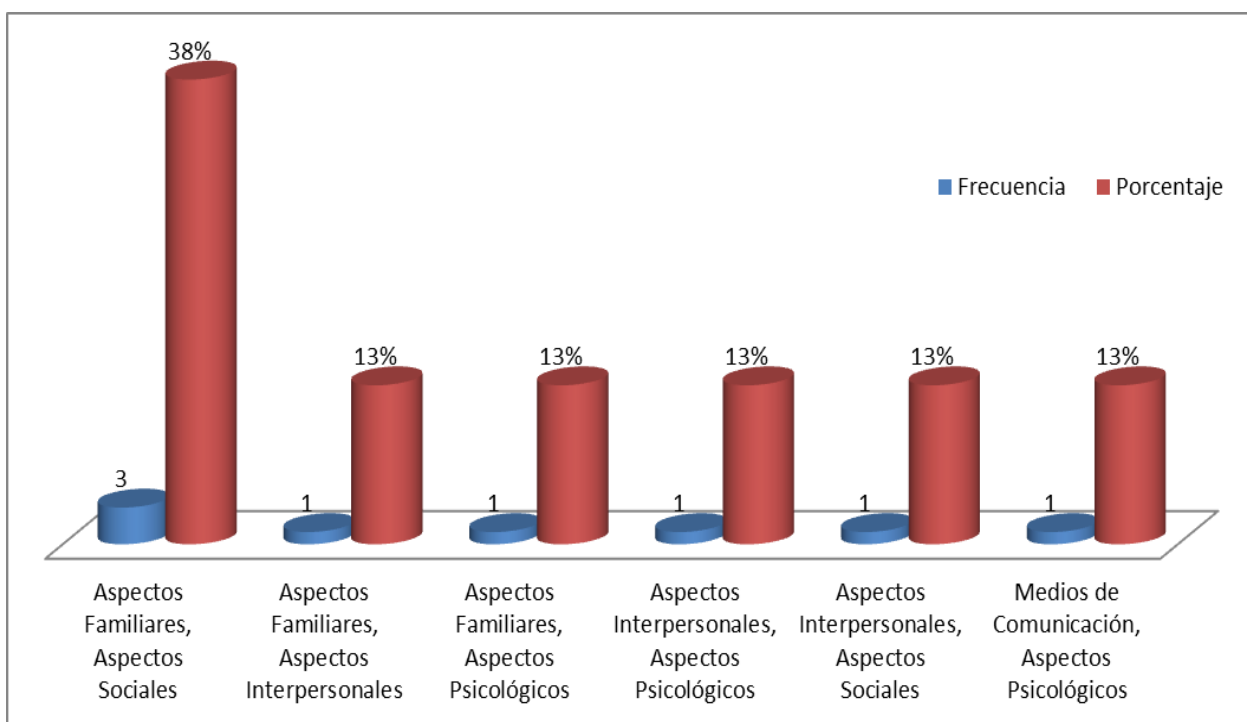
27	Aspectos Físicos
28	Aspectos Familiares, Aspectos Sociales
29	Aspectos Familiares, Aspectos Sociales
30	Aspectos familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)
31	Aspectos Familiares, Aspectos Sociales
32	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Psicológicos
33	Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos
34	Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos
35	Medios de Comunicación, Aspectos Físicos
36	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Sociales
37	Aspectos Familiares, Medios de Comunicación, Aspectos Sociales
38	Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales
39	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Sociales
40	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos
41	Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales
42	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Psicológicos
43	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos) Aspectos Sociales
44	Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales
45	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales
46	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales
47	Aspectos Familiares, Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales
48	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos
49	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales
50	Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales

Fuente: Entrevista

Tabla 13: Resultados, de 2 aspectos muestra

Factores	F	%
Aspectos Familiares, Aspectos Sociales	3	38
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales	1	13
Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos	1	13
Aspectos Interpersonales, Aspectos Psicológicos	1	13
Aspectos Interpersonales, Aspectos Sociales	1	13
Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos	1	13
TOTAL	8	100

Grafica 11. Resultado de aspecto de muestra



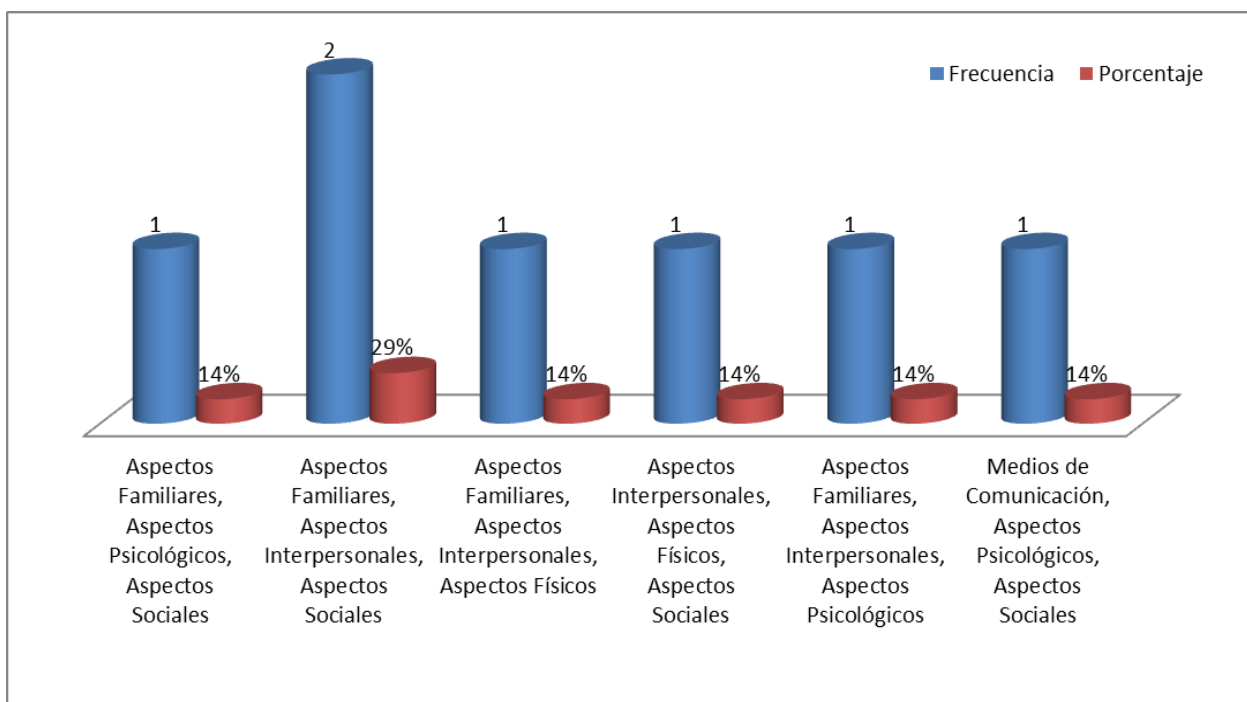
Fuente: Instrumento.

Descripción: Se puede observar en la gráfica # 11 que el 38% de la muestra con 2 aspectos manifiesta aspecto como lo son Familiares, Aspecto Sociales; el 13%, Familiares, Interpersonales, el 13% Familia, Psicológico; y el 13%, Interpersonales, Psicológico; además el otro 13%, aspecto Interpersonales, Sociales; y por último con un 13%, Medios de comunicación, Aspecto Psicológico.

Tabla 14: Resultados, de 3 aspectos muestra

Factores	F	%
Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	14
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales, Aspectos Sociales	2	29
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales, Aspectos Físicos	1	14
Aspectos Interpersonales, Aspectos Físicos, Aspectos Sociales	1	14
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales, Aspectos Psicológicos	1	14
Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	14
TOTAL	7	100%

Grafica 12. Resultados, de 3 aspecto muestra



Fuente: Instrumento.

Descripción: Se observa en la gráfica # 12 los resultado de tres indicadores de la muestra tenemos que el 29%, Familia, Interpersonales, Sociales; 13%, Familiares, Psicológico, Social; además con 13%, Familiares, Interpersonales, Aspecto Físico, así también con 13%, Interpersonales, Físicos, Sociales, además también con 13%, Familiares, Interpersonales, Psicológicos; y por ultimo con 13%, Medios de comunicación, Psicológicos, Sociales

Tabla 15: Resultado, 4 aspectos muestra

Factores	F	%
Aspectos familiares, Aspectos Interpersonales, Aspectos Físicos, Aspectos Sociales	2	50%
Aspectos Familiares, Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	25%
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales, Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos	1	25%
TOTAL	4	100%

Fuente: Instrumento.

Descripción: Se observa en la Gráfica # 13 que con el 50%, de la muestra en estudio se sitúan Aspecto Familiar, Aspecto Interpersonal, Aspecto Físico, Aspecto Sociales; y el 25%, Aspecto Familiar, Aspecto Interpersonal, Medios de Comunicación, Aspecto Psicológico; además con el 25%, Aspecto Familiar, Aspecto Interpersonal, Aspecto Físico, Aspecto Social.

Grafica 13. Resultado, 4 aspecto muestra

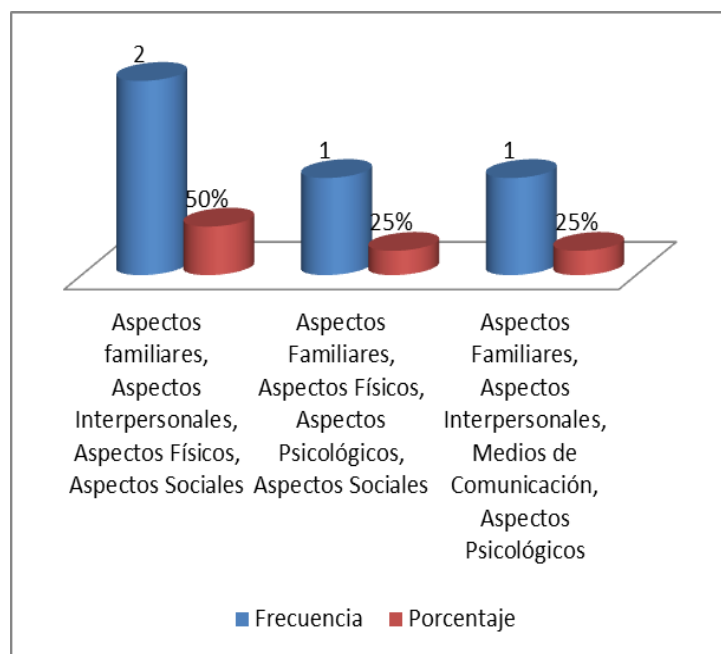
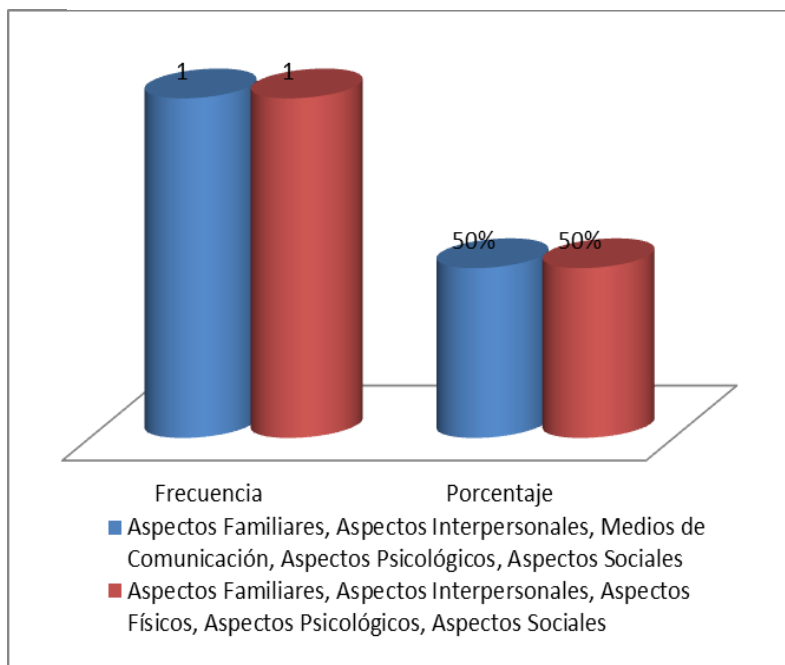


Tabla 16: Resultado, aspecto 5 muestra

Factores	F	%
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales, Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	50%
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales, Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	50%
TOTAL	2	100%

Fuente: Instrumento.

Grafica 14. Resultado, de 5 aspecto muestra



Descripción: Se puede observar en la Gráfica #14 que con el 50%, de la muestra tenemos a los indicadores como: Aspecto Familiar, Aspecto Interpersonal, Medios de Comunicación, Aspecto Psicológico, Aspecto Social; y con 50%, Aspecto Familiar, Aspecto Interpersonal, Aspecto Físico, Aspecto Psicológico, Aspecto Social.

PREGUNTAS DEL TEST EDI-2 CON MAYOR TENDENCIA A ANOREXIA Y BULIMIA

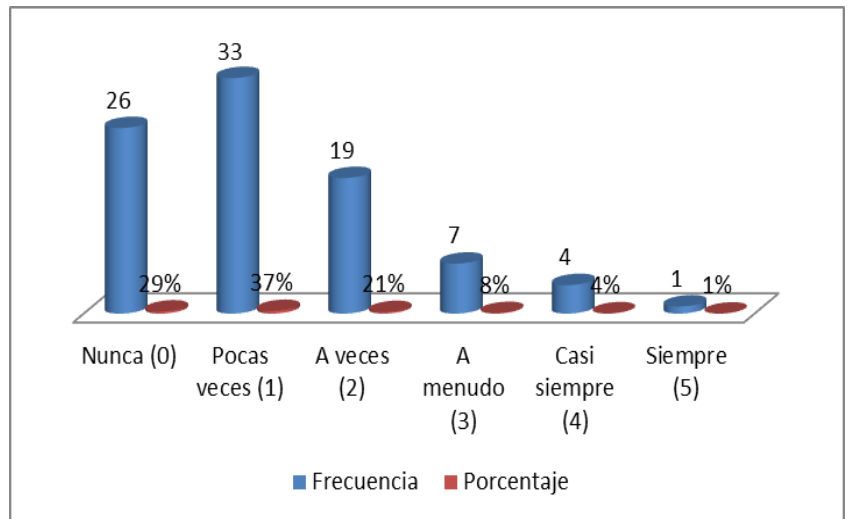
El test EDI-2 tuvo como objetivo seleccionar a las adolescentes que se encontraban con mayor tendencias a desarrollar trastornos alimenticios, de igual manera se seleccionaron preguntas de suma importancia para la investigación, las cuales tienen mayor indicador para establecer la presencia de conducta Anoréxica y Bulímica en la población investigada. Estas preguntas se presentan mediante cuadros y gráficas.

Tabla 17: EDI-2 pregunta #5 suelo hartarme de comida

Respuestas	F	%
Nunca	26	29
Pocas veces	33	37
A veces	19	21
A menudo	7	8
Casi siempre	4	4
Siempre	1	1
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Gráfica 15. EDI-2 Pregunta #5. Suelo hartarme de comida



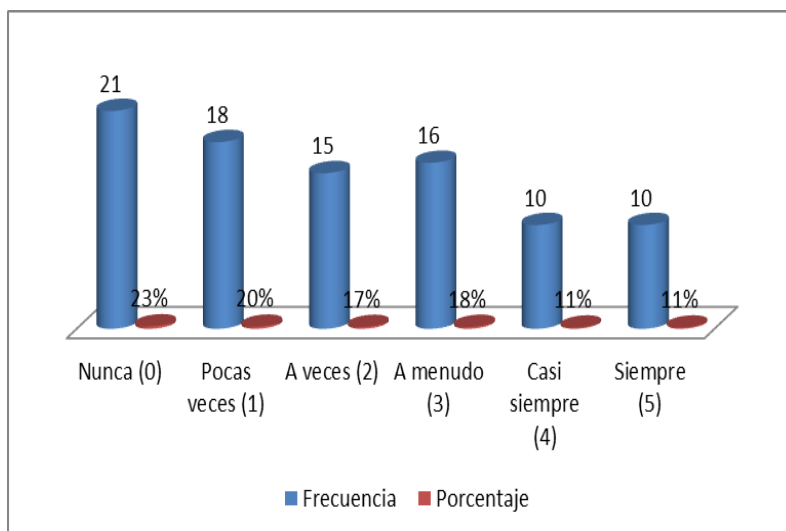
Descripción: Se observa en la gráfica # 15 que el 37%, de la muestra respondió A veces a la interrogante Suelo hartarme de comida; 29%, respondió Nunca a la misma interrogante; 8%, manifestó que A menudo a la interrogante; 4%, respondió que Casi siempre a la misma pregunta y por último tenemos que el 1%, afirma que Siempre a la interrogante.

Tabla 18: EDI-2 pregunta #7. Pienso en ponerme a dieta

Respuestas	F	%
Nunca	21	
Pocas veces	18	20
A veces	15	17
A menudo	16	18
Casi siempre	10	11
Siempre	10	11
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 16. EDI-2 Pregunta #. Pienso en ponerme a dieta



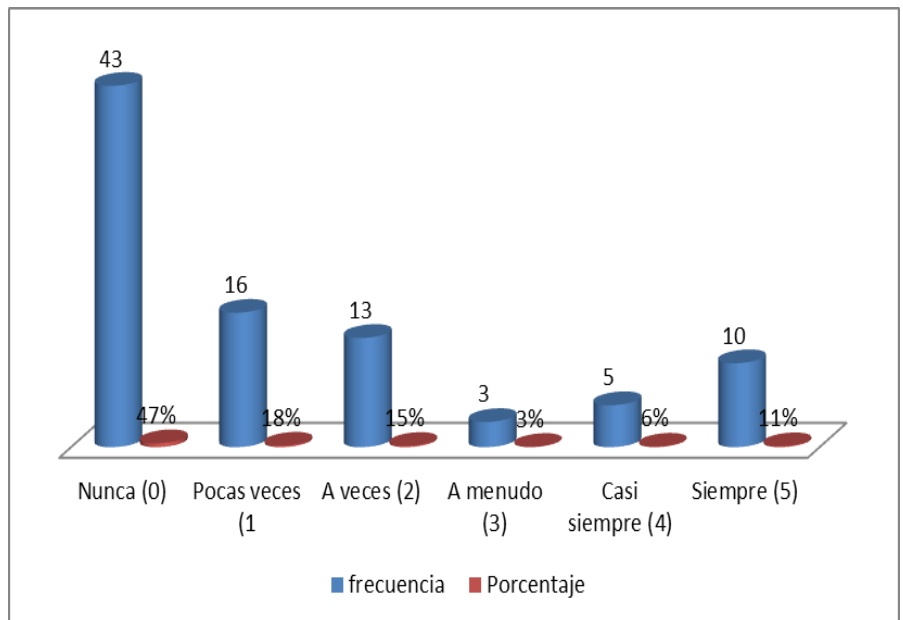
Descripción: Se observa en la Gráfica # 16 la cual manifiesta Pienso en ponerme a dieta; el 23%, afirma que Nunca; el 20%, responde Pocas veces; el 18%, respondió que A menudo; el 17%, A veces; el 11%, Casi siempre; un 11%, afirma que Siempre.

Tabla 19: EDI-2 Pregunta #9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos

Respuestas	F	%
Nunca	43	47
Pocas veces	16	18
A veces	13	15
A menudo	3	3
Casi siempre	5	6
Siempre	10	11
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 17. EDI-2 Pregunta #9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos



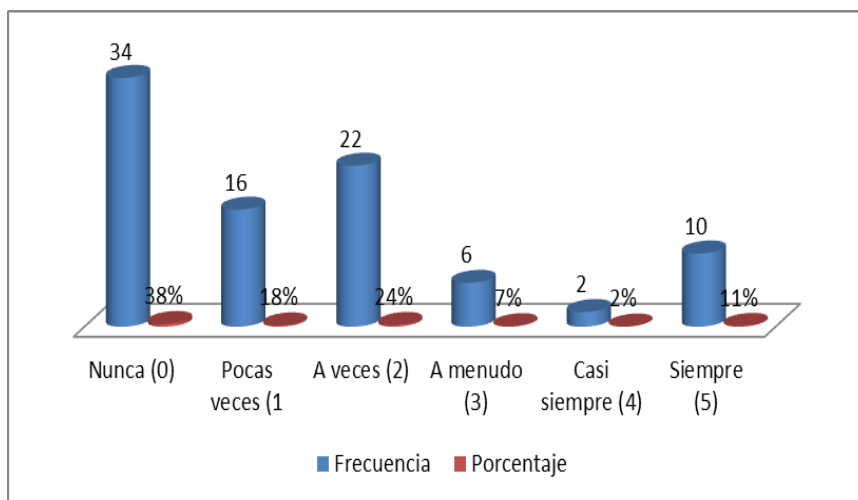
Descripción: Se observa en la Grafica # 17 con la interrogante Pienso que mis muslos son demasiado gruesos; el 47%, respondió que Nunca; el 18%, afirma Pocas veces; el 15%, dice A veces; el 11%, respondió Siempre; el 6%, manifiesta que Casi siempre y el 3%, A menudo.

Tabla 20: EDI-2 Pregunta #11. Me siento muy culpable cuando como en exceso

Respuestas	F	%
Nunca	34	38
Pocas veces	16	18
A veces	22	24
A menudo	6	7
Casi siempre	2	2
Siempre	10	11
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 18. EDI=2 Pregunta #11. Me siento muy culpable cuando como en exceso

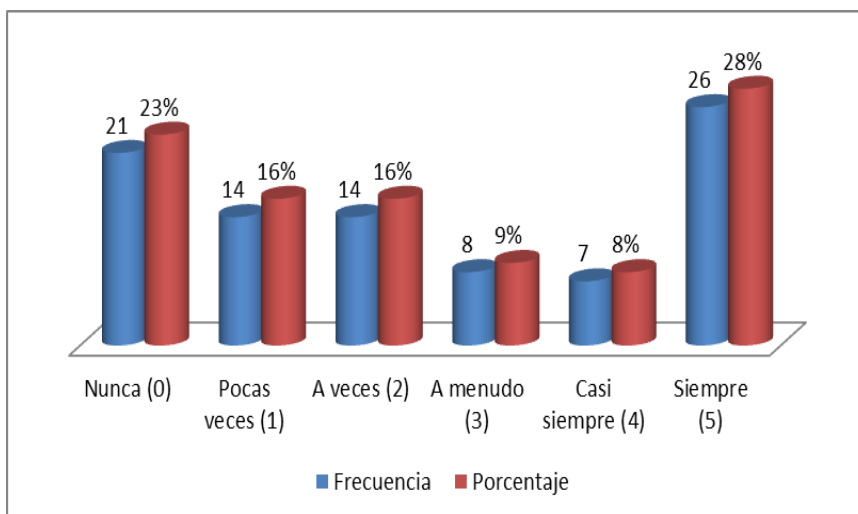


Descripción: Se observa en la Gráfica # 18 con la pregunta, Me siento muy culpable cuando como en exceso; el 38%, respondió que Nunca; el 24%, afirma A veces; el 18%, manifiesta que Pocas veces; el 11%, responde que Siempre; el 7%. Afirma que A menudo y el 2%, comenta que Casi siempre.

Tabla 21: EDI-2 Pregunta #16 Me aterroriza la idea de engordar

Gráfica 19. EDI-2 Pregunta #16. Me aterroriza la idea de engordar

Respuestas	F	%
Nunca	21	23
Pocas veces	14	16
A veces	14	16
A menudo	8	9
Casi siempre	7	8
Siempre	26	28
Total	90	100



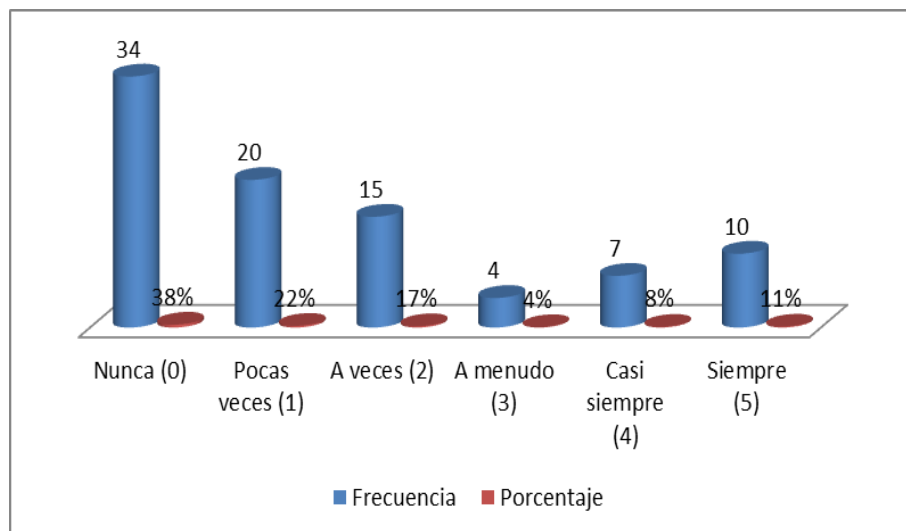
Fuente: EDI-2.

Descripción: Se observa en la Gráfica # 19 con la interrogante aterroriza la idea de engordar; el 28%, manifiesta que Siempre; el 23%, afirma que Nunca; el 16% respondió que Pocas veces; y el otro 16%, afirma que A veces; el 9%, asegura A menudo; el 8%, manifestó que Casi siempre a esta interrogante.

Tabla 22: EDI-2 Pregunta #25 exagero o doy demasiada importancia al peso

Grafica 20. EDI-2 Pregunta #25. Exagero o doy demasiada importancia al peso

Respuestas	F	%
Nunca	34	38
Pocas veces	20	22
A veces	15	17
A menudo	4	4
Casi siempre	7	8
Siempre	10	11
Total	90	100



Fuente: EDI-2.

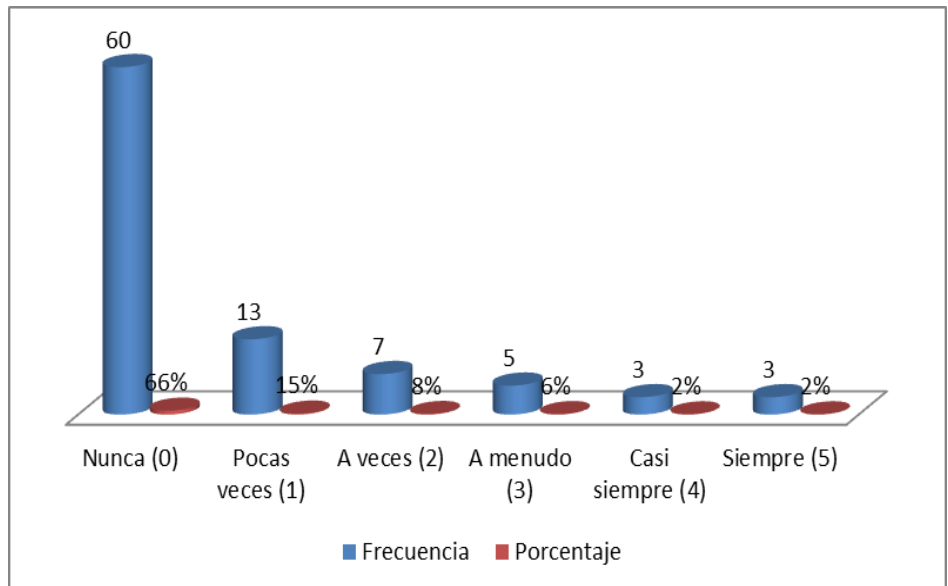
Descripción: Se observa en la Gráfica # 20 con la interrogante Exagero o doy demasiada importancia al peso; el 38%, respondió que Nunca a esta pregunta; el 22 %, afirma Pocas veces; el 17%, dice que A veces; el 11%, manifiesta que Siempre; el 8%, asegura que Casi siempre; el 4%, dice que Casi siempre a esta pregunta.

Tabla 23: EDI-2 Pregunta # 28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer

Respuestas	F	%
Nunca	60	66
Pocas veces	13	15
A veces	7	8
A menudo	5	6
Casi siempre	3	2
Siempre	3	2
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 21. EDI-2 Pregunta #28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer



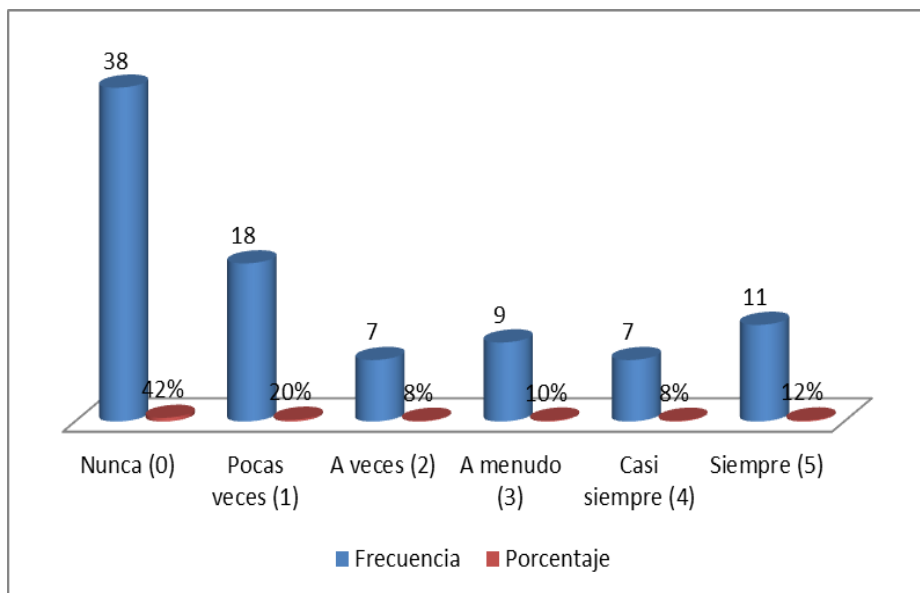
Descripción: Se observa en la Gráfica # 21 con la pregunta He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer; el 66%, manifestó Nunca a esta pregunta; el 15%, respondió que Pocas veces; el 8%, afirma que A veces; el 6%, dice que A menudo; el 2%, asegura Casi nunca; y el otro 2%, afirma Siempre a esta pregunta.

Tabla 24: EDI-2 Pregunta #32. Estoy preocupada porque quería ser una persona mas delgada

Respuestas	F	%
Nunca	38	42
Pocas veces	18	20
A veces	7	8
A menudo	9	10
Casi siempre	7	8
Siempre	11	12
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 22. EDI-2 Pregunta 332. Estoy preocupada porque quería ser una persona más delgada

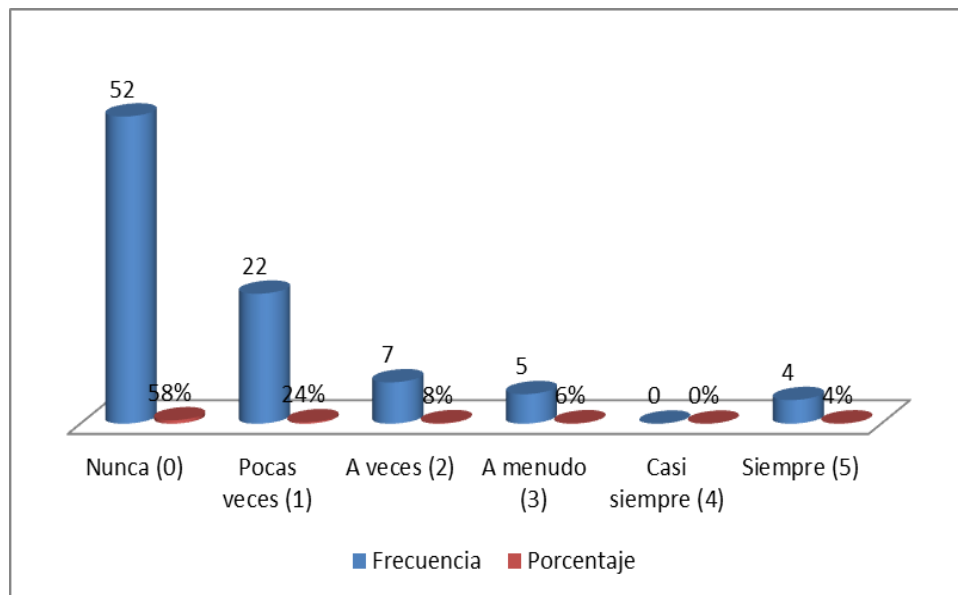


Descripción: Se observa en esta Grafica # 22 con la interrogante Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada; el 42%, afirma que Nunca; el 20%, dice que Pocas veces; el 12%, asegura que Siempre; el 10%, afirma que A menudo; el 8%, responde A veces; y el 8%, dice que Casi siempre a esta pregunta.

Tabla 25: EDI-2 Pregunta #38suelo pensar en darme un atracón

Grafica 23. EDI-2 Pregunta #38. Suelo pensar en darme un atracón

Respuestas	F	%
Nunca	52	58
Pocas veces	22	24
A veces	7	8
A menudo	5	6
Casi siempre	0	0
Siempre	4	4
Total	90	100



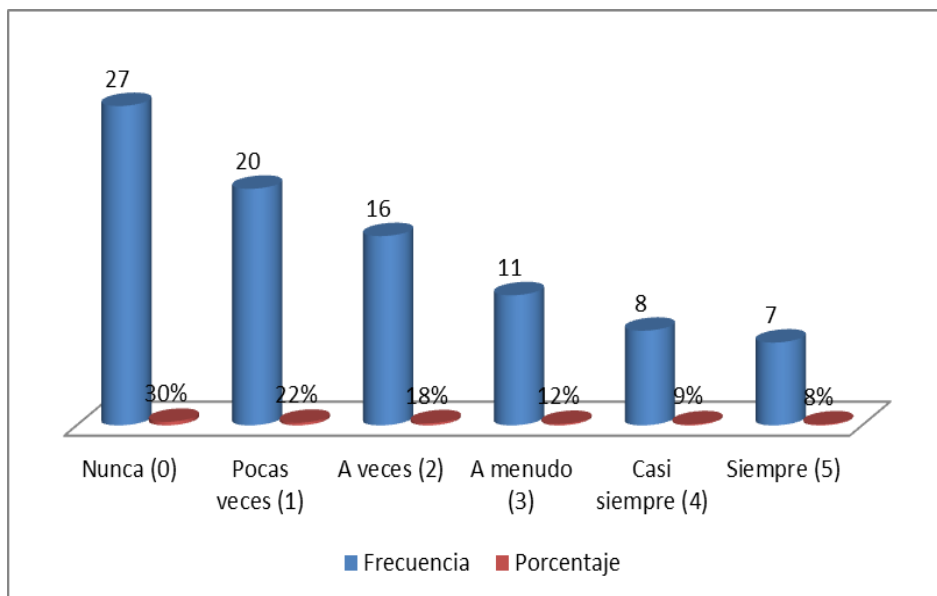
Fuente: EDI-2.

Descripción: Se observa en la Gráfica # 23 con la pregunta Suelo pensar en darme un atracón; el 58%, respondió que Nunca a esta pregunta; el 24%, manifestó que Pocas veces; el 8%, afirma que A veces; el 6%, asegura que A menudo; y el otro 6%, respondió que Casi siempre a esta interrogante.

Tabla 26: EDI.2 Pregunta #40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no

Grafica 24. EDI-2 Pregunta # 40. No se muy bien cuando tengo hambre o no

Respuestas	F	%
Nunca	27	30
Pocas veces	20	22
A veces	16	18
A menudo	11	12
Casi siempre	8	9
Siempre	7	8
Total	90	100



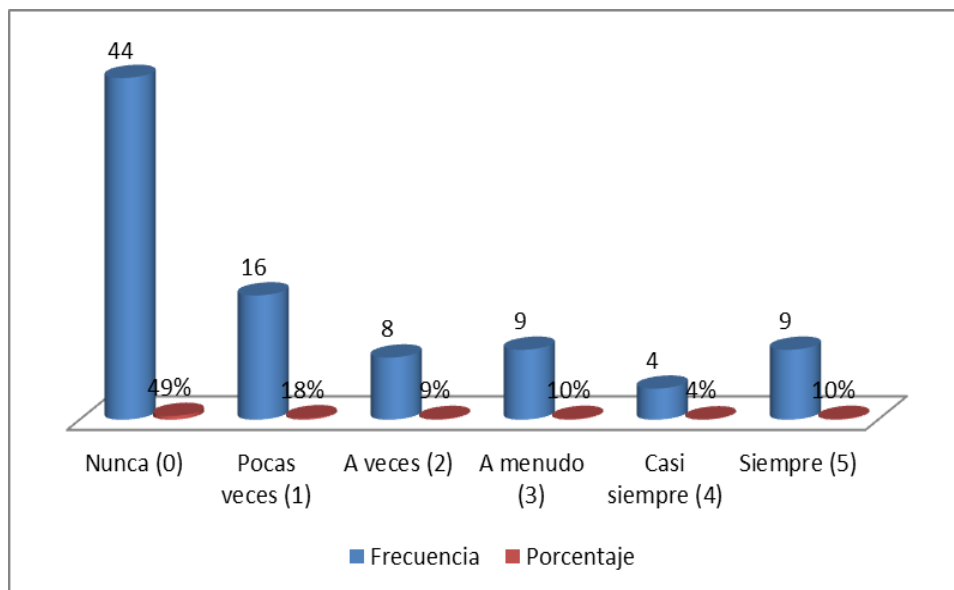
Fuente: EDI-2.

Descripción: Se observa en la Gráfica # 24 con la interrogante sé muy bien cuando tengo hambre o no el 30%, afirma Nunca; el 22%, dijo que Pocas veces; el 18%, afirma que A veces; el 12 %, asegura que A menudo; el 9%, respondió que Casi siempre; el 8% manifestó que Siempre a esta interrogante.

Tabla 27: EDI-2 Pregunta #45. Creo que mis caderas son demasiado anchas

Grafica 25. EDI-2 Pregunta # 45. Creo que mis caderas son demasiado anchas

Respuestas	F	%
Nunca	44	49
Pocas veces	16	18
A veces	8	9
A menudo	9	10
Casi siempre	4	4
Siempre	9	10
Total	90	100



Fuente: EDI-2.

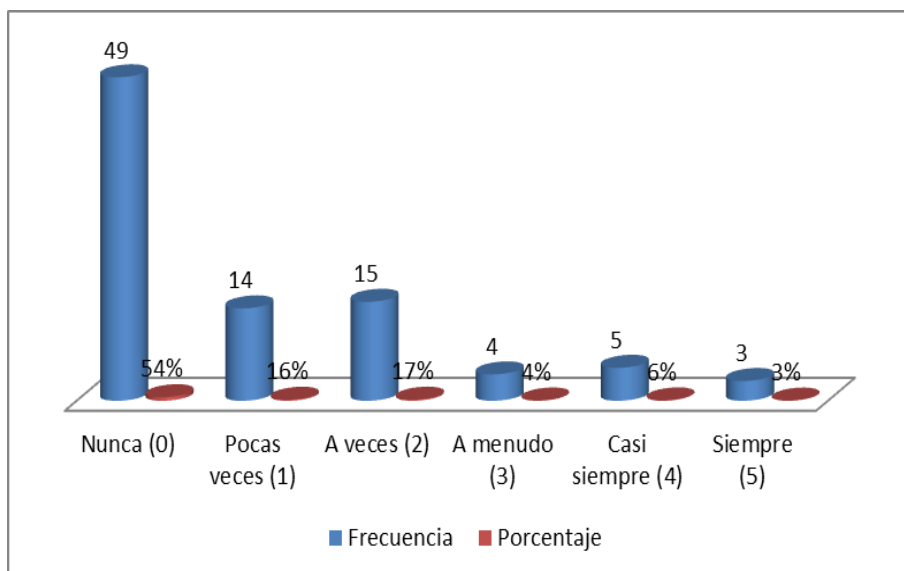
Descripción: Se observa en la Gráfica # 25 con la pregunta Creo que mis caderas son demasiado anchas el 49%, afirma nunca a ver pensado eso sobre su cuerpo; el 18%, manifestó que Pocas veces; el 10%, afirma que A menudo; e 10 %, responde que Siempre; el 9%, dijo que A veces; y el 4%, Casi siempre a esta pregunta.

Tabla 28: EDI-2 Pregunta #46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van

Respuestas	F	%
Nunca	49	54
Pocas veces	14	16
A veces	15	17
A menudo	4	4
Casi siempre	5	6
Siempre	3	3
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 26. EDI-2 Pregunta # 46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.



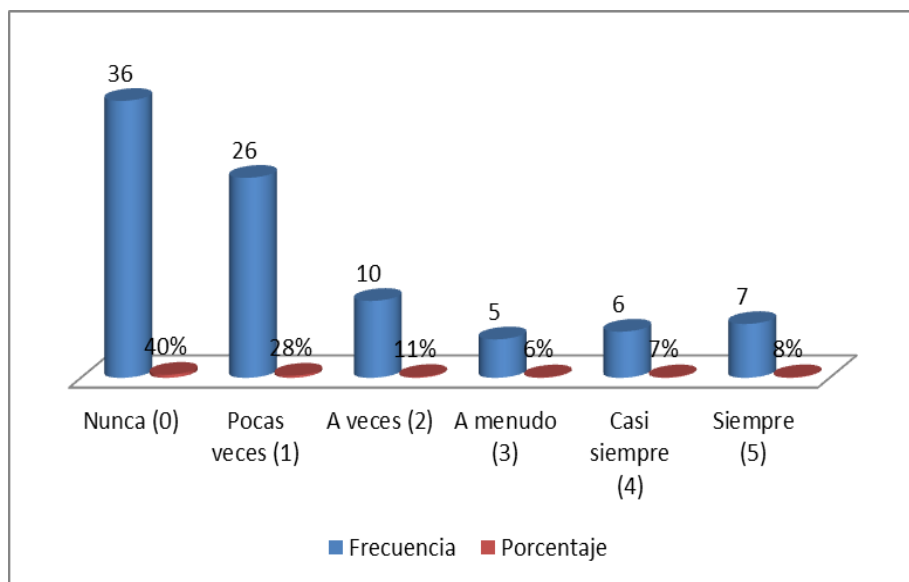
Descripción: Se observa en la Gráfica # 26 con la interrogante Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van, el 54%, dijo que Nunca; el 17%, afirma que A veces; el 16%, dijo que Pocas veces; el 6 %, asegura que Casi siempre; el 6%, respondió que Casi siempre; el 3%, manifestó que Siempre a esta pregunta.

Tabla 29: EDI-2 Pregunta #47. Me siento Hinchada después de una comida normal.

Respuestas	F	%
Nunca	36	40
Pocas veces	26	28
A veces	10	11
A menudo	5	6
Casi siempre	6	7
Siempre	7	8
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 27. EDI-2 Grafica # 27. Me siento hinchada después de una comida normal



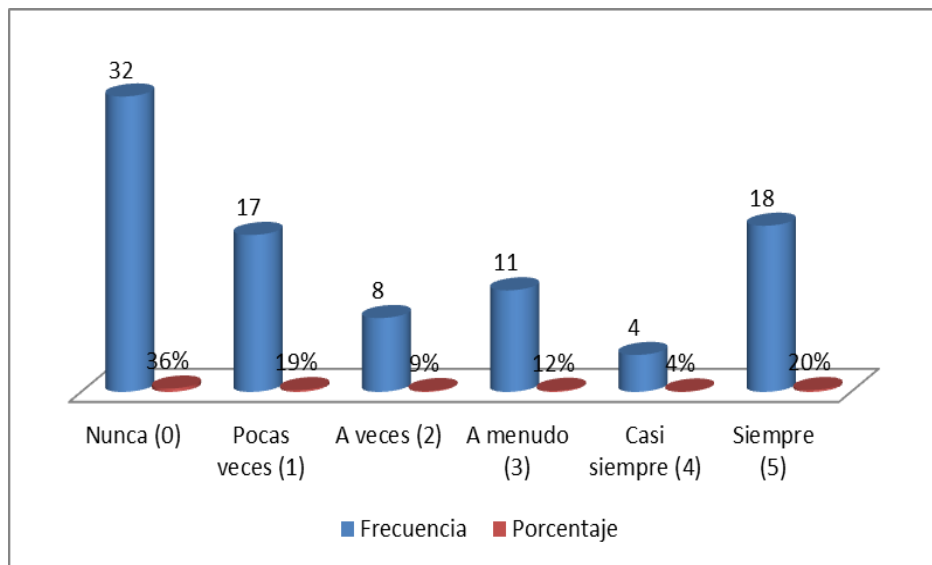
Descripción: Se observa en Grafica # 27 con la interrogante Me siento hinchada después de una comida normal; el 40 %, manifestó que Nunca a esta pregunta; el 28%, afirma que Pocas veces; el 11%, dijo que A veces; el 8%, asegura que Siempre; el 7%, afirma que Casi siempre; el 6%, dice que A menudo a esta interrogante.

Tabla 30: EDI-2 Pregunta #49. Si engordo un kilo me preocupa que siga ganando peso

Respuestas	F	%
Nunca	32	36
Pocas veces	17	19
A veces	8	9
A menudo	11	12
Casi siempre	4	4
Siempre	18	20
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 28. EDI-2 Grafica # 28. Si engordo un kilo me preocupa que siga ganando peso



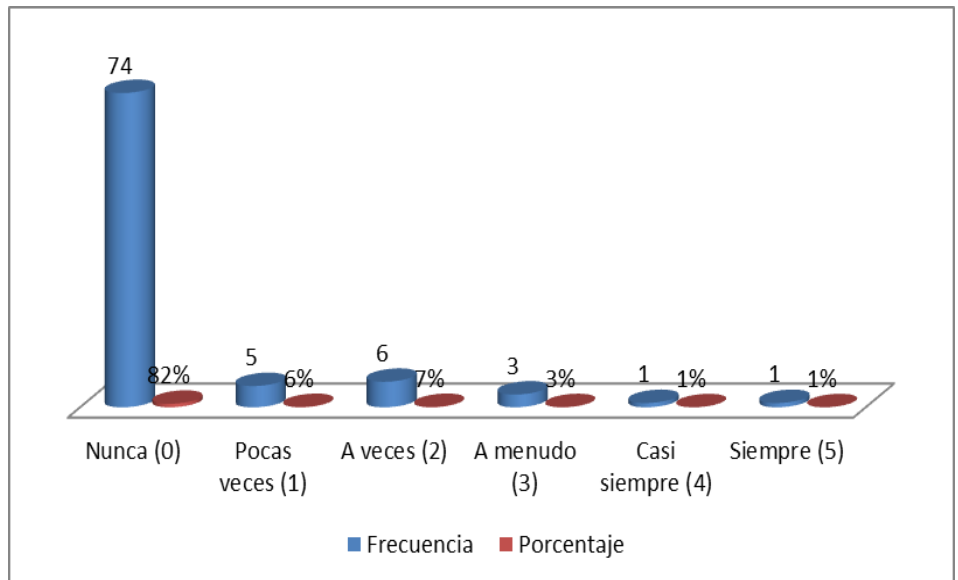
Descripción: Se observa en la Gráfica #28 con la interrogante Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso; el 36%, respondió que Nunca a esta pregunta; el 20%, manifiesta que Siempre; el 19%, afirma que Pocas veces; el 12%, responde que A menudo; el 9%, asegura que A veces; el 4%, dijo que Casi siempre.

Tabla 31: EDI-2 Pregunta #53. Pienso en vomitar para perder peso

Respuestas	F	%
Nunca	74	82
Pocas veces	5	6
A veces	6	7
A menudo	3	3
Casi siempre	1	1
Siempre	1	1
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 29, EDI-2 Pregunta # 53. Pienso en vomitar para perder peso



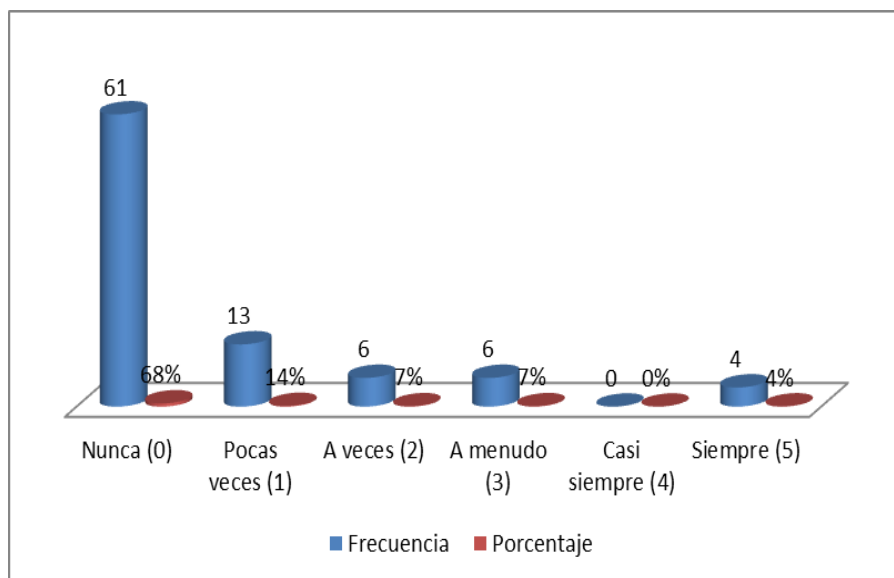
Descripción: Se observa en la Gráfica #29 con la interrogante Pienso en vomitar para perder peso; 83%, respondió que Nunca a esta pregunta; 7%, manifiesta que A veces; 6%, afirma que Pocas veces; el 3%, responde que A menudo; 1%, asegura que Casi siempre; 1% dijo que Siempre.

Tabla 32: EDI-2 Pregunta #59. Creo que mi trasero es demasiado grande

Respuestas	F	%
Nunca	61	68
Pocas veces	13	14
A veces	6	7
A menudo	6	7
Casi siempre	0	0
Siempre	4	4
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 30. EDI-2 Pregunta # 59. Creo que mi trasero es demasiado grande



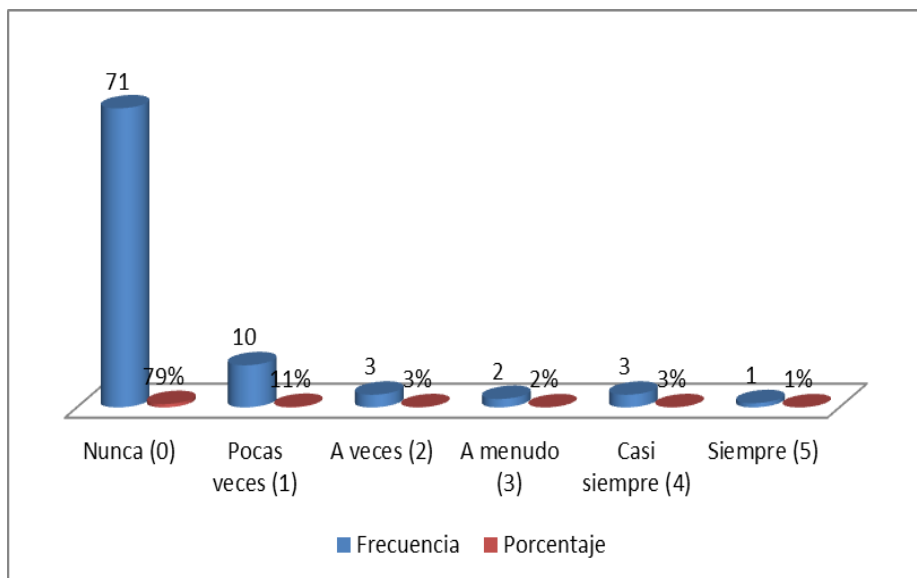
Descripción: Se observa en la Gráfica # 30 con la pregunta Creo que mi trasero es demasiado grande; 68%, dijo que Nunca a esta interrogante; 14%, manifestó que Pocas veces; 7%, asegura que A veces, otro 7% dijo que A menudo; 4%, asegura que Siempre a este interrogantes.

Tabla 33: EDI-2 Pregunta #61. Como o bebo a escondidas

Respuestas	F	%
Nunca	71	79
Pocas veces	10	11
A veces	3	3
A menudo	2	2
Casi siempre	3	3
Siempre	1	1
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 31. EDI-2 Pregunta # 61. Como o bebo a escondidas

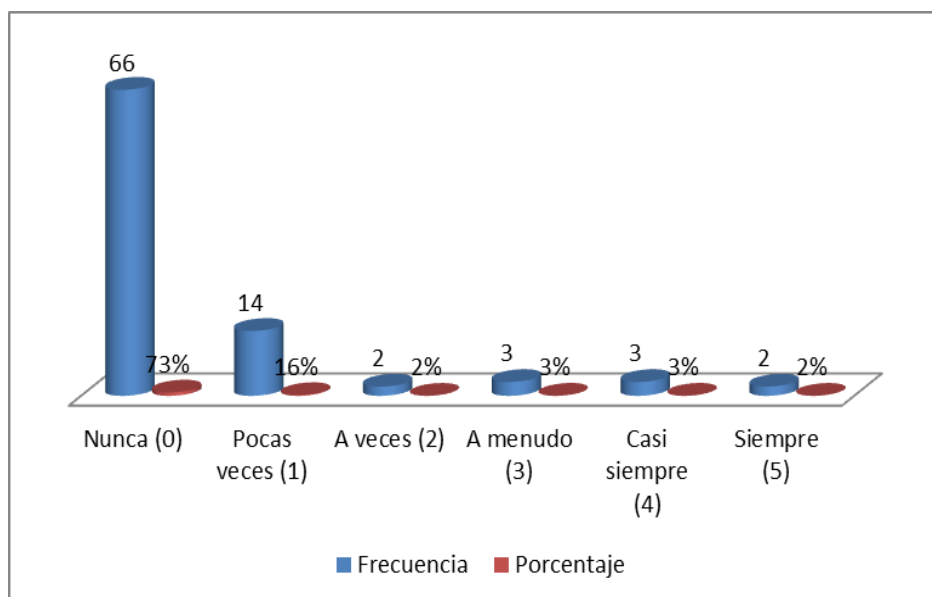


Descripción: Se observa en la Gráfica # 31 con la pregunta Como o bebo a escondidas; 79% ,manifestó que Nuca ha comido o bebido a escondidas; mientras que el 11%, asegura que Pocas veces; 3%, dio que A veces; 3%, manifiesta que Casi siempre; 2%, afirma que A menudo; 1%, dijo que Siempre a esta interrogante.

Tabla 34: EDI-2 Pregunta #64. Cuando estoy disgustada temo empezar a comer

Grafica 32. EDI-2 Pregunta # 64. Cuando estoy disgustada temo empezar a comer

Respuestas	F	%
Nunca	66	73
Pocas veces	14	16
A veces	2	2
A menudo	3	3
Casi siempre	3	3
Siempre	2	2
Total	90	100



Fuente: EDI-2.

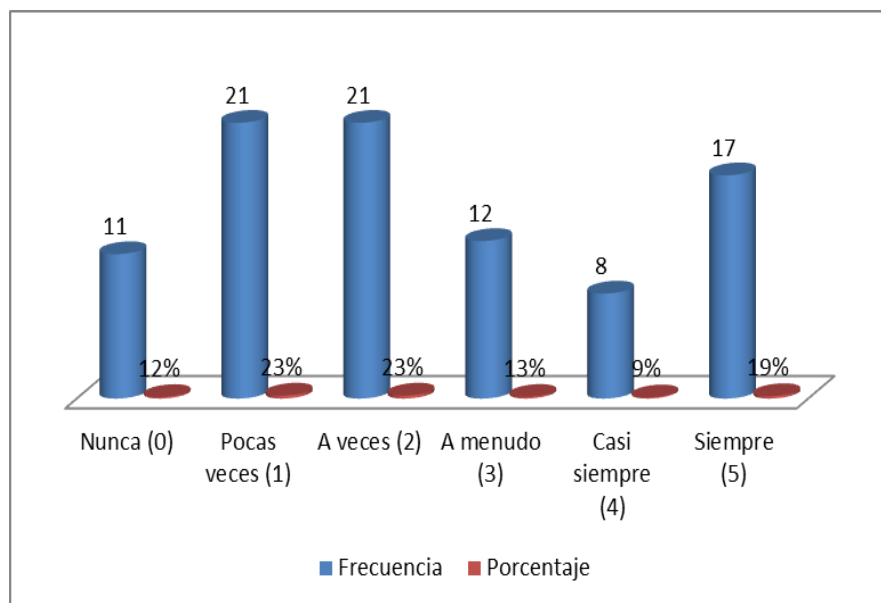
Descripción: Se observa en la Gráfica # 32 con la pregunta Cuando estoy disgustada temo empezar a comer; 74%, dijo que Nunca; 16%, afirma que Pocas veces; 3%, A menudo; 3%, Casi siempre; 2%, manifestó que A veces; 2%, asegura que Siempre a esta interrogante.

Tabla 35: EDI-2 Pregunta #68. Me gustaría poder tener el control total sobre mis necesidades corporales

Respuestas	F	%
Nunca	11	12
Pocas veces	21	23
A veces	21	23
A menudo	12	13
Casi siempre	8	9
Siempre	17	19
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 33. EDI-2 Pregunta # 68. Me gustaría poder tener el control total sobre mis necesidades corporales

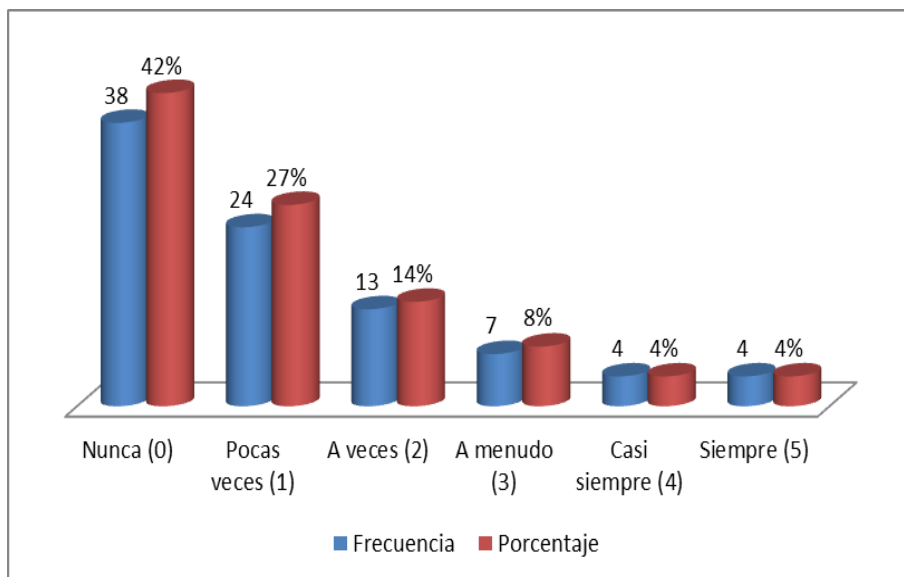


Descripción: Se observa en la Gráfica # 33 con la interrogante Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales; 23%, asegura que Pocas veces tener el control total sobre sus necesidades corporales; 23%, dijo que A veces; 19%, dijo que Siempre; 13%, asegura que A menudo; 12%, manifiesta que Nunca; 9% ,dijo que Casi siempre a esta pregunta.

Tabla 36: EDI-2 Pregunta #86. Me siento incomoda por las necesidades de mi cuerpo

Grafica 34. EDI-2 Pregunta # 86. Me siento incomoda por las necesidades de mi cuerpo

Respuestas	F	%
Nunca	38	42
Pocas veces	24	27
A veces	13	14
A menudo	7	8
Casi siempre	4	4
Siempre	4	4
Total	90	100



Fuente: EDI-2.

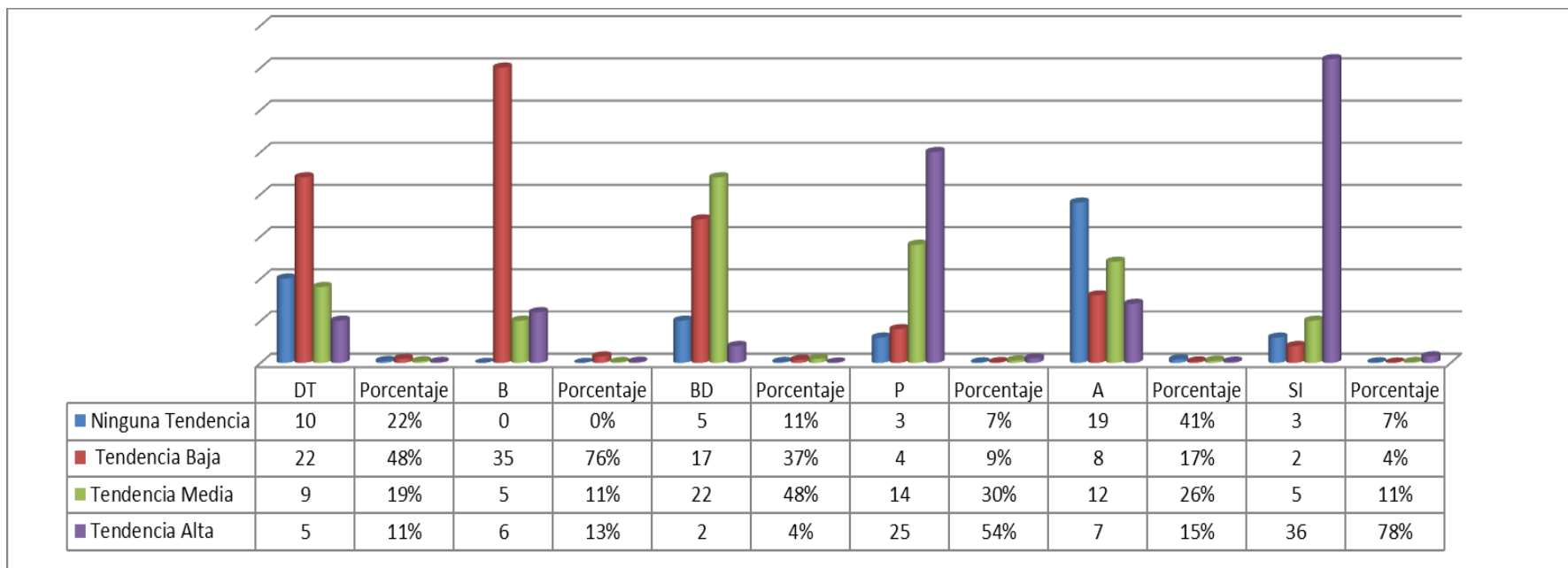
Descripción: Se observa en la Gráfica # 34 con la pregunta Me siento incomoda por las necesidades de mi cuerpo; 42%, dijo que Nunca a esta interrogante; 27%, manifestó que Pocas veces; 14%, asegura que A veces; 8%, dijo que A menudo; 4%, asegura que Casi siempre; 4%, responde que Siempre a esta interrogante

Tabla 37: Indicador por escala, población, sección "A"

Tendencia	Indicadores											
	DT	%	B	%	BD	%	P	%	A	%	SI	%
	F		F		F		F		F		F	
Ninguna Tendencia	10	22	0	0	5	11	3	7	19	41	3	7
Tendencia Baja	22	48	35	76	17	37	4	9	8	17	2	4
Tendencia Media	9	19	5	11	22	48	14	30	12	26	5	11
Tendencia Alta	5	11	6	13	2	4	25	54	7	15	36	78
Total	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 35. Indicador por escala, población, sección "A"



Descripción: : En esta grafica # 35 podemos observar que el 48% de adolescentes seleccionaron en la escala (DT) En la opción Tendencia Baja, mientras que el 22% de adolescentes de la muestra total seleccionaron el indicador de Ninguna Tendencia, seguidamente tenemos que el 19% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Media, y con el 11% tenemos a adolescentes con el indicador de Tendencia Alta . En la siguiente escala (B)se presenta con el 76% de adolescentes están en Tendencia Baja, mientras que el 13% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Alta, seguidamente tenemos que el 11% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Media, y en el indicador Ninguna Tendencia 0 adolescentes lo seleccionaron, esto equivale a 0%. En la siguiente escala (BD) tenemos que con el 48% de adolescentes están en Tendencia Media, mientras que el 37% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Baja , seguidamente tenemos que el 11% de adolescente seleccionaron el indicador de Ninguna Tendencia, y en con el 4 % de adolescente con el indicador de Tendencia Alta .

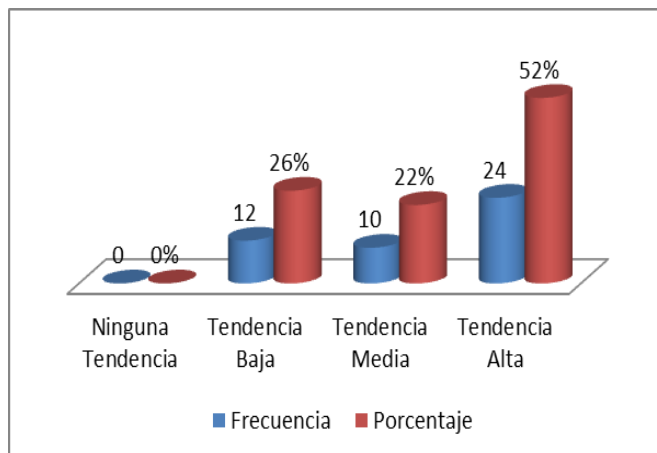
En la siguiente escala (P) se presenta con el 54% de adolescentes están en Tendencia Alta, mientras que el 30% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Media , seguidamente tenemos que el 9% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Baja, y con el 7% de adolescentes tenemos con el indicador Ninguna Tendencia. En la siguiente escala (A) se observa que con el 41% de adolescentes están en Ninguna Tendencia, mientras que el 26% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 17% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Baja, y en el indicador Tendencia Alta tenemos con el 15%. En la siguiente escala (SI) se presente con el 78% de adolescentes están en Tendencia Alta, mientras que el 11% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 7% de adolescente seleccionaron el indicador de Ninguna Tendencia, y en el indicador Tendencia Baja tenemos que el 4%.

Tabla 38: Tendencia, población, sección "A"

Tendencia	F	%
Ninguna Tendencia	0	0
Tendencia Baja	12	26
Tendencia Media	10	22
Tendencia Alta	24	52
Total	46	100

Fuente: EDI-2.

Gráfica 36. Tendencia, Población, sección "A"



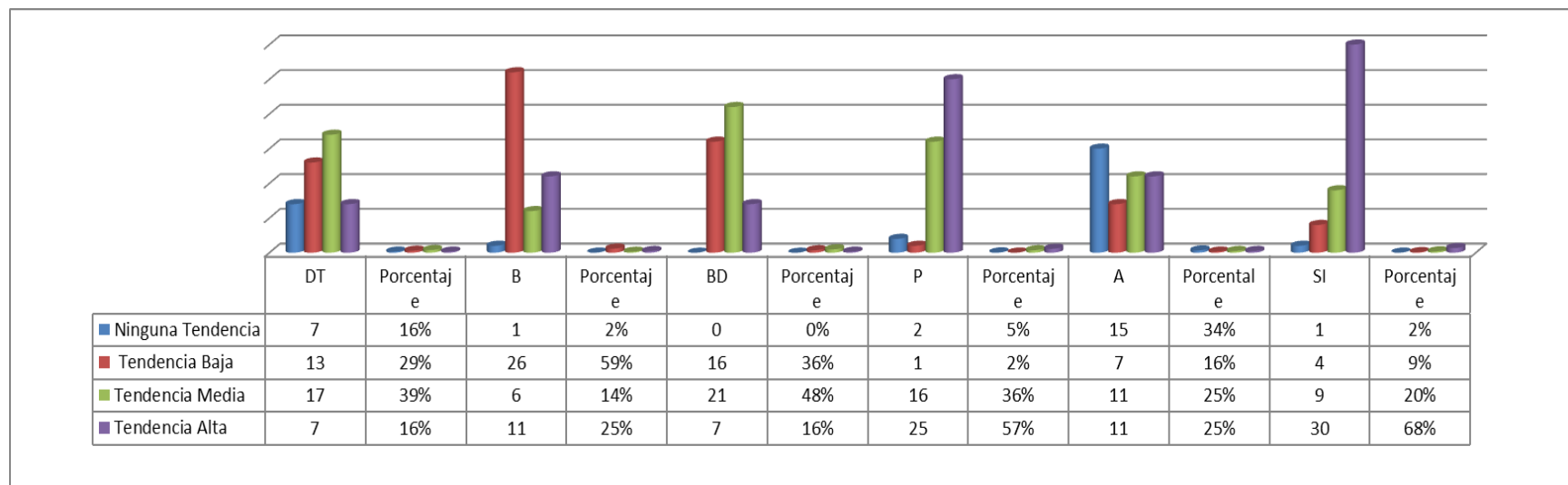
Descripción: Se observa en esta gráfica # 36 que el 52% de la población en estudio presentan una Tendencia Alta a desarrollar la conducta Anoréxica y Bulímica, mientras que el 26% de adolescentes de la muestra pertenecen a una Tendencia Baja, seguidamente tenemos que el 22% de adolescente presentaron una Tendencia Media y 0 adolescentes no puntuaron en Ninguna Tendencia, ya que todas estarían expuestas a presentar la conducta alimenticia y esto equivale a 0%.

Tabla 39: Indicador por escala, población, sección "B"

Tendencia	Indicadores											
	DT	%	B	%	BD	%	P	%	A	%	SI	%
	F		F		F		F		F		F	
Ninguna Tendencia	7	16	1	2	0	0	2	5	15	34	1	2
Tendencia Baja	13	29	26	59	16	36	1	2	7	16	4	9
Tendencia Media	17	39	6	14	21	48	16	36	11	25	9	20
Tendencia Alta	7	16	11	25	7	16	25	57	11	25	30	68
Total	44	100	44	100	44	100	44	100	44	100	44	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 37. Indicador por escala, población, sección "B"



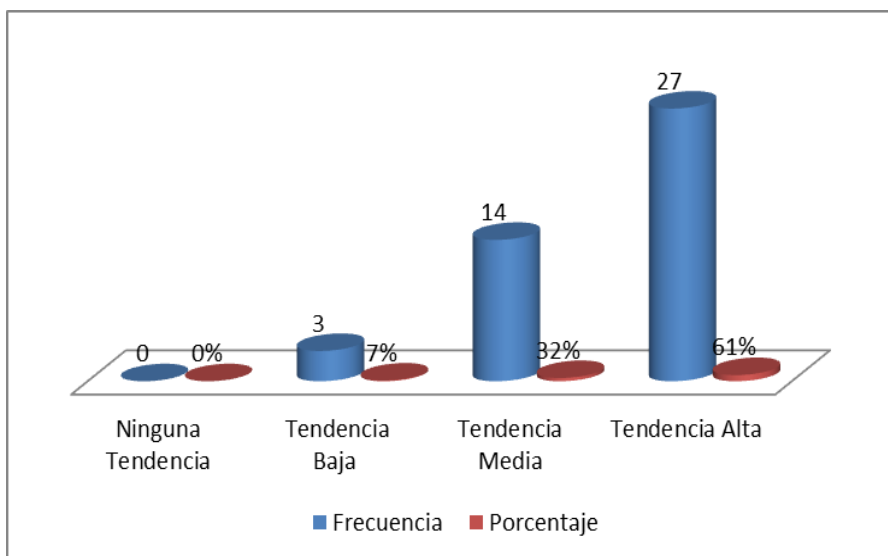
Descripción: Se observar en esta grafica # 37 que el 39% de la población en estudio se seleccionaron en la escala (DT) En la opción Tendencia Media, mientras que el 29% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Baja, seguidamente tenemos que el 16% de adolescente seleccionaron el indicador de Ninguna Tendencia, y en el indicador de Tendencia Alta se presenta con 16% de adolescentes. En la siguiente escala (B) con el 59% de adolescentes están en Tendencia Baja, mientras que el 25% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Alta, seguidamente tenemos que el 14% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Media, y en el indicador Ninguna Tendencia tenemos que el 2% de adolescentes lo seleccionó este indicador. En la siguiente escala (BD) con el 48% de adolescentes están en Tendencia Media, mientras que el 36% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Baja, seguidamente tenemos que el 16% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Alta, y en el indicador de Ninguna Tendencia 0 adolescentes lo seleccionaron, esto equivale a 0%. En la siguiente escala (P) tenemos que con el 57% de adolescentes están en Tendencia Alta, mientras que el 36% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 5% de adolescente seleccionaron el indicador de Ninguna Tendencia, y en el indicador Tendencia Baja se presenta con el 2% de adolescentes. En la siguiente escala (A) con el 34% de adolescentes están en Ninguna Tendencia, mientras que el 25% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 25% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Alta, y en el indicador Tendencia Baja se presenta con el 16% de adolescentes que seleccionaron este indicador. En la siguiente escala (SI) se presenta con el 68% de adolescentes están en Tendencia Alta, mientras que el 20% de adolescentes de la muestra seleccionaron el indicador de Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 9% de adolescente seleccionaron el indicador de Tendencia Baja, y en el indicador Ninguna Tendencia se presenta con el 2% de adolescentes que seleccionaron este indicador.

Tabla 40: Tendencia, población, sección "B"

Grafica 38. Tendencia, Población, sección "B"

Tendencia	F	%
Ninguna Tendencia	0	0
Tendencia Baja	3	7
Tendencia Media	14	32
Tendencia Alta	27	61
Total	44	100

Fuente: EDI-2.



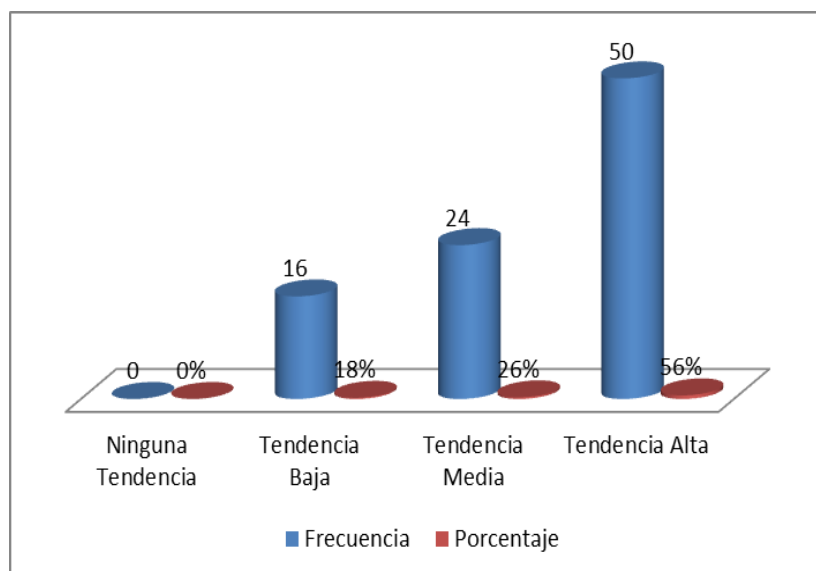
Descripción: Se observan en esta grafica # 38 que el 61% de la población en estudio presentan una Tendencia Alta a desarrollar la conducta Anoréxica y Bulímica, mientras que el 32% de adolescentes de la muestra pertenecen a una Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 7% de adolescente presentaron una Tendencia Baja, y el 0 adolescentes no puntuaron en Ninguna Tendencia, ya que todas estarían expuestas a presentar la conducta alimenticia y esto equivale a 0%.

Tabla 41: Resultados tendencia, población.

Tendencia	F	%
Ninguna Tendencia	0	0
Tendencia Baja	16	18
Tendencia Media	24	26
Tendencia Alta	50	56
Total	90	100

Fuente: EDI-2.

Grafica 39. Resultados tendencia, población.

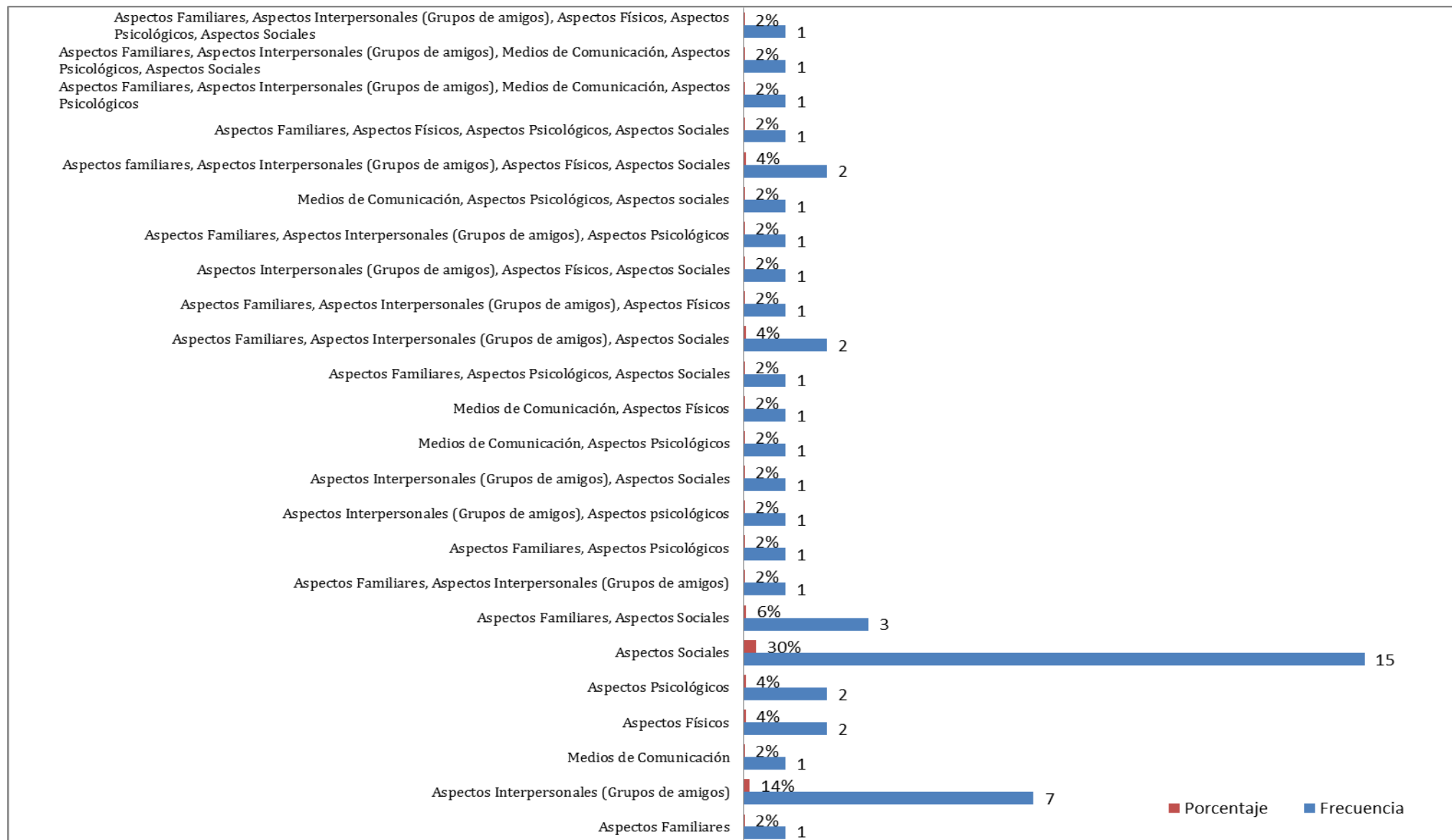


Descripción: Se observar en esta grafica # 39 que el 56%, de la población en estudio presentan una Tendencia Alta a desarrollar la conducta Anoréxica y Bulímica; mientras que el 26%, de adolescentes de la muestra pertenecen una Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 18%, de adolescente presentaron una Tendencia Baja, y el 0%, de adolescentes no puntuaron en Ninguna Tendencia, ya que todas estarían expuestas a presentar la conducta alimenticia. Y es así que obtenemos con una Tendencia Alta a las 50 adolescentes de la muestra.

Tabla 42: Resultados Psicosociales, sujetos de la muestra

FACTOR	F	%
Aspectos Familiares	1	2
Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)	7	14
Medios de Comunicación	1	2
Aspectos Físicos	2	4
Aspectos Psicológicos	2	4
Aspectos Sociales	15	30
Aspectos Familiares, Aspectos Sociales	3	6
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos)	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos	1	2
Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos psicológicos	1	2
Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Sociales	1	2
Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos	1	2
Medios de Comunicación, Aspectos Físicos	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Sociales	2	4
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos	1	2
Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Psicológicos	1	2
Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos sociales	1	2
Aspectos familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales	2	4
Aspectos Familiares, Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	2
Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales	1	2
TOTAL	50	100

Grafica 40. Resultados Factores psicossociales, sujetos de la muestra



Descripción: Se observar en la gráfica# 40 los datos de la muestra las áreas de los aspectos psicosociales que más prevalecieron durante la investigación en los 50 sujetos que conforman la muestra tenemos: que el 30% de adolescentes consideraron que los Aspectos Sociales influyen en la Tendencia de Practicar un tipo de trastorno alimenticio tales como Anorexia y Bulimia, y la probabilidad de padecer el trastorno alimenticio, por otra parte se presenta que el 14% de adolescentes consideraron que los Aspectos Interpersonales (Grupos de Amigos) influyen en la Tendencia de Practicar un tipo de trastorno alimenticio tales como Anorexia y Bulimia, y la probabilidad de padecer el trastorno alimenticio, seguidamente tenemos que el 6% de los adolescentes consideraron que los Aspectos Familiares y los Aspectos Sociales (Aspectos Socio-familiares) influyen en la Tendencia de Practicar un tipo de trastorno alimenticio tales como Anorexia y Bulimia, de la probabilidad de padecer el trastorno alimenticio.

Por otra parte siguiendo con la tabla y grafica anterior se observa que el 4% de adolescentes puntuaron en los Aspectos Físicos, y el 4% de adolescentes puntuaron en los Aspectos Psicológicos, seguidamente tenemos que el 4% de adolescentes puntuaron otro Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Sociales, y con 4% de adolescentes puntuaron otro Aspectos familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales.

Luego se muestra que en los Aspectos Familiares 1 adolescente puntúa 2%, otra adolescente en los aspectos de Medios de Comunicación puntuó otro 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos) 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos psicológicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos

Sociales 1 adolescente puntuó 2%, en los Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Medios de Comunicación, Aspectos Físicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Sociales 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Psicológicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos sociales 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Medios de Comunicación, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales 1 adolescente puntuó 2%, en los Aspectos Familiares, Aspectos Interpersonales (Grupos de amigos), Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Sociales 1 adolescente puntuó 2%.

5.2 DISCUSIÓN.

Los trastornos alimenticios hoy en día tienen una gran prevalencia e incidencia, específicamente en población adolescente, esto implica que socialmente se les inculca deben ser atractivas físicamente y se observa como los factores psicosociales influyen considerablemente creando una percepción errónea de lo que es la belleza física y emocional, determinando situaciones de riesgo para las mismas adolescentes, propiciando o fomentando conductas como anorexia y bulimia.

El estudio se realizó en el Centro Escolar Católico Santa Sofía, siendo este exclusivo de señoritas, quienes de acuerdo a **Louis-Víctor Marcé (1990)**, son las más afectadas por los trastornos alimenticios debido a la necesidad de relacionarse y ser aceptadas, viviendo a través de un moldeamiento social, esto implica que las señoritas por aprendizaje social, observan e imitan conductas autodestructivas aunque en su pensamiento distorsionado piensen que dichas conductas le ayudaran a encajar en su círculo social, esto hace vulnerable a la adolescente de practicar estas conductas :Anorexia y Bulimia.

Además de considerar la importancia del género en cuanto a la predisposición para el desarrollo de conductas de anorexia y bulimia se toma en cuenta la edad de las adolescentes, menciona **Richardson (1970)**, el rechazo al sobrepeso en niñas entre las edades de 10 y 17 años, observó como las niñas de esta edad atribuyen características positivas como bueno y características negativas como tramposos, sucios o lento a las personas “gruesas”, esto supone que a temprana

edad no existe un desarrollo cognitivo, generando en las adolescentes distorsiones en el pensamiento sobre la apariencia corporal debido al bombardeo de los factores psicosociales y los estereotipos de que al tener cuerpos esbeltos tienen mayor probabilidad de tener éxito en todos los ámbitos de la vida, mientras que una adolescente “robusta” se relaciona con fracaso social, incorporando a esto una mala orientación se predispone al desarrollo de trastornos alimenticios.

En las adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía se presenta que 66% y un 26% de señoritas se encuentran en edades de 15 y 16 años respectivamente, también se tiene un 4%, 2% y otro 2% en las edades de 14, 12 y 17 años correlativamente, de acuerdo a esto se dice que la edad juega un papel importante en el desarrollo de tendencias a presentar un trastorno alimenticio en señoritas, los cambios que se experimentan a estas edades pueden ser: físicos, emocionales, sociales, los cuales si no son bien orientadas pueden llegar a ser traumáticos, debido a la mala experiencia pasada generando en algunas adolescentes el desarrollo de las conductas anoréxicas y bulímicas con el fin de verse igual a otras adolescentes de su misma edad, pero esto no implica que todas las señoritas entre estas edades van a desarrollar las conductas anoréxicas o bulímicas.

Los resultados del peso de las adolescentes de la muestra indican que: un 58% oscila entre 101 – 130 libras; 24%, entre 131 – 160 libras; 14% oscila entre 70 – 100 libras; 4% se encuentra entre 161 – 190 libras; Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) un adolescente promedio se sitúa en parámetros de peso 101 - 190 libras, sin embargo este peso está sujeto a diversos factores como

cultura, social, genético; por lo tanto esto no implica que las adolescentes estén exentas a presentar tendencias a un problema alimenticio, ya sean estas Altas, Medias o Bajas, referente a esto se retoman datos de dos adolescentes pertenecientes a la muestra, en los que ambas adolescentes presentan una edad de 15 años con diferentes pesos, esto implica que la edad es una característica influyente para la presencia de tendencias anoréxicas y bulímicas con relación al peso, si el peso es por debajo o por encima de lo normal, sería un indicador posible a presentar algún tipo de las conductas alimenticias.

Se da a conocer los resultados de la estatura de las adolescentes de la muestra estos indican que: un 68% entre 1.56 – 1.65 metros de estatura; 26% entre 1.45 – 1.55 metros de estatura; 4% está entre 1.66 – 1.75 metros de estatura; y el 2% se ubica entre 1.23 - 1.25 metros de estatura; con relación a estos datos la estatura promedio coinciden de acuerdo a la realidad de El Salvador, según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la estatura promedio de un adolescente es de 1.56 metros, no obstante esta estatura puede variar en relación a factores intervinientes como lo son, edad, peso, situación socioeconómica, entre otros, con esto se demuestra que para determinar la tendencia a problemas alimenticios no solo es de considerar características individuales como edad, peso y estatura sino también la evaluación de otros aspectos psicosociales como; Medios de Comunicación, Sociedad, Familia, entre otros aspectos fundamentales para el buen desarrollo de las adolescentes.

Los datos del tipo de familia, indican un 64%, que pertenece a Familias Integradas; 24%, a Familias Desintegradas; 12% a Familia Mixta, de acuerdo a

estos datos se puede observar que el tipo de familia con el cual se ubica a la mayoría de adolescentes es la familia integrada, de acuerdo a estos datos se cita al autor **Salvatore Minuchin (1989)**, quien ha observado que las chicas anoréxicas proceden de familias controladoras, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver los conflictos de forma efectiva, en base a los resultados obtenidos la mayoría de las adolescentes pertenecen al tipo de familia integrada, mediante el postulado que este autor cita, se menciona que el vínculo familiar influirá en la tendencia a desarrollar conductas anoréxicas o bulímicas de acuerdo a pautas de moldeamiento pero además será importante determinar si estos núcleos familiares son funcionales o disfuncionales para poder decir que independientemente del grupo de familia de la cual las adolescentes procedan será un aspecto determinante para el desarrollo de dichas conductas, ya que aunado a esto influirán los patrones de crianza que estos núcleos familiares proporcionen a la adolescente.

También dentro de esta investigación se consideró la situación socioeconómica de las adolescentes de la muestra encuestada, dichos resultados indicaron que el 96% se ubica en la condición económica Media; el 4% presenta una economía Baja, en base a estos datos la autora **Florencia Couto (2007)**, indica que el pertenecer a una clase media o baja no implica un motivo suficiente para manifestar los trastornos de conducta alimentaria, esto hace hincapié a los resultados obtenidos donde la mayoría de adolescentes pertenecen a una situación financiera media, por lo tanto es importante integrar otros aspectos

psicosociales mediante una evaluación integral para poder determinar la presencia de estas condiciones alimenticias en adolescentes.

Resumiendo todos los datos descritos anteriormente se puede decir que entre los rasgos que predisponen de manera indirecta tenemos la edad, el peso y la estatura de las adolescentes, ya que las señoritas están en la etapa de crisis y de alguna manera experimentan sensaciones, percepciones relacionadas a su etapa de desarrollo, más sin embargo el factor psicosocial como lo es la familia y la situación socioeconómica aunado a los rasgos antes expuestos si pueden contribuir al desarrollo de problemas alimenticios y llegar a la práctica de conductas anoréxicas y bulímicas, este conjunto de factores intervienen en las señoritas generando un estado de intranquilidad e insatisfacción con su apariencia corporal desarrollando una obsesión no controlada, provocando una distorsión en el pensamiento lo cual lleva a este tipo de condiciones alimentarias, Anorexia y Bulimia.

se presentan los datos del test EDI-2, aplicado y se puede observar que el 54% de adolescentes presentan una Tendencia Alta, en relación al puntaje de baremos que indican que entre 76 a 99 puntos el sujeto esta propenso a desarrollar anorexia o bulimia, en este caso se muestra los resultados de una adolescente quien obtuvo mayor puntaje en la escala Insatisfacción Social, indicando que las relaciones sociales para esta señorita son un factor predisponente para el desarrollo de problemas alimenticios; otra adolescente con igual tendencia obtuvo mayor puntaje en la escala Perfeccionismo, lo cual da

parámetros para decir que no todas las adolescentes serán influidas en las mismas áreas.

Mientras que el 27% de adolescentes de la población pertenecen a la Tendencia Media, esta tendencia se obtiene en base a los baremos que indican puntuaciones entre 51 – 75, tomando como ejemplo a dos señoritas de la población general se retoman escalas las cuales indican la presencia de anorexia y bulimia, en la escala de Bulimia una adolescentes marcó en esta área 4 puntos; mientras que otra señorita puntuó 0, en la misma escala; más sin embargo la primer adolescente señalo 2, en la escala de Obsesión por la delgadez; la segunda anotó 4 puntos; mediante estos resultados se puede decir que la predisposición a desarrollar conductas alimenticias va a depender en gran medida de los aspectos individuales de cada sujeto.

Así mismo tenemos que el 17% de adolescentes presentaron una Tendencia Baja entre 26 – 50 puntos, esto implica que la influencia a presentar trastornos alimenticios de acuerdo a este nivel es menor, cada una de las escalas presentan indicadores, los cuales son independientes unos de otros, siendo estas características necesarias para determinar la presencia de los trastornos alimenticios, y no en si las escalas tomadas de manera individual, puesto que una compensa a la otra siendo necesarias para lograr la identificación de esta patología.

Los aspectos psicosociales que se presentaron con mayor frecuencia en la entrevista estructurada fueron; 30% Aspectos Sociales, esto pudo deberse a la interacción de diversos aspectos como lo son Medios de Comunicación, cultura,

métodos de crianza, entre otros, los cuales pudieron haber influido para las respuestas de las adolescentes, además tomando en cuenta que El Salvador se caracteriza por adoptar costumbres de otros países generando distorsión en la psique de las adolescentes, sin olvidarse de la moda que poco a poco ha incursionado como estereotipo para el desarrollo de hábitos alimenticios.

Otro de los aspectos psicosociales de mayor influencia para el desarrollo de tendencias anoréxicas y bulímicas es el Aspecto Interpersonal (Grupos de Amigos) con un 14%, este resultado aunque mínimo es importante considerarlo ya que las adolescentes se encuentran en edades donde buscan encajar y ser aceptadas dentro de su grupo social y esto puede conllevar a que adopten conductas de riesgo por el simple hecho de pertenecer y ser aceptadas por sus pares.

La combinación de los Aspectos Familiares y Sociales (Socio-familiares) presentaron un 6%, este porcentaje indica que la influencia a presentar un tipo de trastorno alimenticio, tales como Anorexia y Bulimia, es bajo, sin embargo es fundamental considerarlo ya que la familia es la base en donde se forman conductas que dan la pauta al desarrollo físico y emocional, incluida la sociedad ya que está impacta grandemente en como la adolescente se ve y se siente con relación a otras, es de tener en cuenta la resiliencia que la adolescente tiene ante el entorno, ya que diferentes aspectos influirán de distinta forma aunque se manifieste de la misma manera e intensidad.

Interpretación de Escalas.

En la Escala OBSESIÓN POR LA DELGADEZ (DT) se obtuvo que el 42%, en Tendencia Baja; 27%, Tendencia Media; 19%, Ninguna Tendencia; 12%, Tendencia Alta; esto implica que la mayoría de adolescentes presenta niveles bajos con relación a la obsesión por la delgadez encontrándose en la búsqueda incesante del cuerpo esbelto, presentando una preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar, aunque los indicadores sean bajos las adolescentes están predispuestas al desarrollo de algún tipo de trastorno alimenticio.

Así mismo tenemos en la Escala de BULIMIA (B); 67%, Tendencia Baja; 20%, Tendencia Alta; 12%, Tendencia Media; 1%, Ninguna Tendencia; estos datos indican niveles bajos con relación a tener pensamientos o darse comilonas, atracones de comida incontrolables, sin embargo las adolescentes presentan en otros niveles prevalencia de conductas alimentarias.

Esta Escala mide la INSATISFACIÓN CORPORAL (BD) con relación a estas se obtuvo porcentajes de 46%, Tendencia Media; 36%, Tendencia Baja; 11%, Tendencia Alta; 7% Ninguna Tendencia, las señoritas presentaron un nivel medio de acuerdo a la insatisfacción con la forma general de su cuerpo, además se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen y es uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso, de acuerdo a los resultados de esta escala se dice que las adolescentes se encuentran con una predisposición media a desarrollar las conductas de Anorexia y Bulimia, esto se puede deber a las situaciones del entorno social en el cual se desenvuelven las adolescentes y la

apreciación del mismo entorno así ellas mismas, generalmente la sociedad brinda estereotipos los cuales ciertas adolescentes al no cumplir esos estereotipos de cierta manera comienzan a realizar conductas inadecuadas que pueden generar desórdenes alimenticios y de igual manera tener un pensamiento distorsionado de la percepción de la cual ellas viven.

Esta Escala se relaciona con el PERFECCIONISMO (P) 54%, Tendencia Alta; 30%, Tendencia Media; 8%, Tendencia Baja; 8%, Ninguna Tendencia; de acuerdo a estos datos se dice que el grado en que el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes es alto y está convencida de que los demás esperan de ella unos resultados excepcionales, estos datos señalan una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

En la Escala de ASCETISMO (A) se obtuvieron los porcentajes; 38%, Ninguna Tendencia; 25%, Tendencia Media; 20%, Tendencia Alta; 17%, Tendencia Baja; la mayoría de adolescentes no presento una tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto-superación y el control de las necesidades corporales, esto no implica que se encuentren exentas a presentar las conductas alimenticias, debido a que la diferencia entre porcentajes es mínima lo cual puede indicar que en más de una ocasión han presentado sentimientos negativos después de una ingesta.

En la Escala de INSEGURIDAD SOCIAL (SI) se muestran; 71%, Tendencia Alta; 16%, Tendencia Media; 8%, Tendencia Baja; 5%, Ninguna Tendencia; el porcentaje de mayor tendencia indica la creencia de que las relaciones sociales

son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. En los diferentes sistemas de apoyo que existen son fundamentales para la superación ya que una falta de seguridad y de felicidad en las relaciones sociales puede tener consecuencias negativas para el tratamiento, los diferentes grupos son fundamentales para el desarrollo de las diferentes conductas en adolescentes, pero si por circunstancias externas uno de estos grupos incide de una forma negativa en la percepción, acción de la adolescente esto hace que sea vulnerable a presentar conductas anoréxicas y bulímicas.

En los resultados de la entrevista se logró obtener que las adolescentes consideran que los factores predominantes son los siguientes Aspectos: Sociales, Interpersonales (Grupos de Amigos), Familiares y Sociales (Socio-Familiar), todos estos se consideran de suma importancia teniendo presente que son básicos para un buen desarrollo dentro del sistema en el cual vive la adolescente.

Es importante mencionar que dentro de los Aspectos Sociales e Interpersonales se puede incluir indirectamente la influencia de los Medios de Comunicación, ya que de una u otra forma están presentes en la sociedad misma, influyendo en la psique de las señoritas, por medio de radio, televisión y otros medios de difusión masiva, los cuales generan inquietud en la percepción, creando una visualización errónea de su propia imagen corporal.

5.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Los Resultados obtenidos en la entrevista sobre Factores Psicosociales, se obtuvo mediante el método hipotético deductivo e interpretación de graficas las cuales demuestran una frecuencia de 15 sujetos en los Aspectos Sociales esto equivale a una influencia del 30%, mientras que el factor de medios de comunicación presenta una frecuencia de 1 sujeto con un porcentaje de 1%, este resultado puede deberse al poco contacto con medios de difusión o la capacidad de la adolescente para no ser influenciada por este factor psicosocial, en base a esto se rechaza la Hipótesis de investigación la cual afirma: **“Los Medios de Comunicación es el factor psicosocial que más influye en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015”**.

Es de tomar en cuenta que no siempre un factor psicosocial predispone al desarrollo de una conducta, siempre se dará la combinación de más de un factor para que se manifieste dicho trastorno, es por eso que se acepta la Hipótesis Nula la cual plantea que: **“Los Medios de Comunicación no es el factor psicosocial que más influye en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015”**

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 Conclusiones

- Según lo explorado en la investigación se observó que la mayor parte de la población se muestra poco involucrada en cuanto al significado de estas conductas, parece ser que los problemas alimenticios no provoca alarma y por ende no se busca la ayuda profesional, la delgadez es el prototipo de estar bien y saludable y por ello no causa mayor interés cuando las señoritas comienzan una dieta para lograr alcanzar este ideal de salud sin reconocer el límite de una dieta que beneficie al organismo o cuando por esta se da el inicio de los trastornos alimentarios.
- Aunque en la investigación la hipótesis de trabajo no haya sido aceptada, no significa que Los Medios de Comunicación no influya en la imagen negativa que la adolescente tiene de sí misma, se refleja que la relación entre los medios de comunicación y las ideas distorsionadas de las señoritas se convierte en un factor predisponente no solo para desarrollar trastornos de alimentación sino de otras conductas de riesgo.
- El entorno Social incide en un 30%, unido a las presiones familiares, amigos y medios de comunicación, contribuyendo a que algunas adolescentes estén en riesgo de manifestar estos trastornos, creando así una actitud negativa ante los kilos de más.

6.2 Recomendaciones.

Al Centro Escolar Católico Santa Sofía:

- Que incluya en charlas de orientación el tema de Anorexia y Bulimia con la finalidad de informar sobre esta problemática investigada.
- Que implemente el programa que se elaboró en esta investigación con el propósito de disminuir las tendencias altas a desarrollar las conductas de Anorexia y Bulimia y de igual forma contribuir a una buena alimentación.

A las estudiantes del Centro Educativo:

- Que participen en el desarrollo del programa brindado para informarse sobre los problemas alimenticios Anorexia y Bulimia.
- Que trasmitan de manera positiva la información brindada a terceros.

A los Futuros Profesionales de la Salud Mental:

A los futuros profesionales de la salud mental, que se incentiven a investigar más sobre esa problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Libros:

- Agba, Asociación Gestálticade Buenos Aires. «Familias Ensambladas». Consultado el 18 de noviembre de 2010
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, año 2013
- British national formulary (2007). *Guida all'uso dei farmaci 4 edizione pp. 160-161* (en italiano). Lavis: agenzia italiana del farmaco.
- BUCKROYD, Julia. "Anorexia y Bulimia". Pag 39, Ediciones Martínez Roca S.A., Barcelona, 1997
- DOWLING, Colette. "Mujeres perfectas", p.98,100., Editorial Grijalbo, México, 1994.
- Kennedy, I.; Grubb, A., *Medical law*, Londra: Butterworths 2000, cap. 5, pp. 575–773
- Legroux-Gerot I, Vignau J, Collier F, Cortet B. (2005) Bone loss associated with anorexia nervosa. *Joint Bone Spine*, 72 (6), 489-95. PMID 16242373
- Levenkron, STEVE, "Obsessive-Compulsive Disorders", pag. 91-95, Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1992
- PIERRE, Peggy-Claude, "El lenguaje Secreto de los Trastornos de la Alimentación" p. 69., Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 1998
- PIPHER, Mary. "Hambre a la moda", pag 121, Editorial Grijalbo, 1999, Barcelona.

- Trastornos y desordenes de alimentación (Anorexia y Bulimia) Autor. JESSICA MEJIA GUTIERREZ
- Dostálová I, Haluzík M. (agosto de 2008). «The role of ghrelin in the regulation of food intake in patients with obesity and anorexia nervosa.». *Physiol Res.* (en inglés).
- Pereña Garcia F. (febrero de de 2007). «Body and subjectivity: about anorexia nervosa». *Rev Esp Salud Publica.* (en inglés) 81: 529-542.
- Rosa María Raich Escursell: *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios.* Ediciones Pirámide, 2011.
- Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Södersten P. (setiembre de de 2007). «Cause and treatment of anorexia nervosa.». *Physiol Behav.* (en inglés) 92: 283–290.
- Kaye W. (abril de de 2008). «Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa.». *Physiol Behav.*(en inglés) 25: 121–135.

Sitios Web

- ALVAREZ, Gago, MENI BATTAGLIA, Geraldine "Monografía Bulimia y Anorexia" <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>
- TEORÍAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ETIOLOGÍA), 2007, <http://aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html>
- https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_serotonin%C3%A9rgico

- Anorexia y Bulimia, Rincon del Vago, Salamanca 1998,
http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_6.html

- Anorexia y Bulimia,
http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

- Trastornos Alimenticios <http://www.monografias.com/trabajos16/trastornos-alimenticios/trastornos-alimenticios.shtml>

- Volcana Anorexia o Bulimia en positivo, 2013
<https://mbasic.facebook.com/notes/volcana-anorexia-o-bulimia-en-positivo/anorexia-una-delgada-linea-entre-madre-e-hija/406452619455772/>

- Trastornos alimenticios, Garner y Garfinker (1980),
<https://trastornosalimenticiosentame.wordpress.com/acerca-de/>

ANEXOS

Anexo 1: programa de intervencion.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA**



PROGRAMA:

“PROGRAMA PARA ADOLESCENTES CON TENDENCIAS A PROBLEMAS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA)

AUTORES:

BR. CHÁVEZ MARTÍNEZ, RENÉ ALBERTO.

BR. GONZÁLEZ CRUZ, JULIA EMÉRITA.

BR. LÓPEZ DE MERLOS, KARLA MARINA.

N° DE CARNET:

CM09109

GC10054

LM09059

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS GOMEZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, AGOSTO DE 2015 SAN MIGUEL

Índice

<u>INTRODUCCIÓN</u>	ii
<u>I. JUSTIFICACIÓN</u>	4
<u>II. METAS</u>	6
<u>III. RESULTADOS ESPERADOS</u>	7
<u>IV. OBJETIVOS</u>	8
<u>V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</u>	9
<u>VI. METODOLOGÍA</u>	11
6.1 <u>Sujetos:</u>	11
6.2 <u>Descripción:</u>	11
6.3 <u>Procedimiento de ejecución de sesiones.</u>	14
6.4 <u>Temas:</u>	15
6.1. <u>Que pueden hacer los amigos.</u>	16
6.2. <u>¿Qué hacer?</u>	16
6.3. <u>¿Qué NO hacer?</u>	16
6.5 <u>Las Técnicas a utilizar podrán ser:</u>	16
6.5.1 <u>Dinámicas.</u>	16
6.5.2 <u>Técnicas psicoterapéuticas.</u>	17
6.6 <u>Corriente psicológica.</u>	17
6.7 <u>Los recursos a utilizar en el presente programa son:</u>	18
6.7.1 <u>Recursos Humanos:</u>	18
6.7.2 <u>Recursos Físicos:</u>	18
6.7.3 <u>Recursos Materiales:</u>	18
6.8 <u>Metodología a utilizar por parte del coordinador del programa:</u>	19
<u>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	45
<u>ANEXO.2</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 1.</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>1.1 ANOREXIA Y BULIMIA</u>	47
<u>1.2 Características:</u>	47
<u>1.3 Causas:</u>	48
<u>1.4 Síntomas:</u>	49
<u>1.5 Consecuencias:</u>	50
<u>BULIMIA</u>	51

<u>ANEXO. 3</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 2</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>REFORZAR ASPECTOS SOCIALES</u>	56
<u>2. La influencia de la sociedad en la Anorexia y la Bulimia</u>	56
<u>ANEXO. 4</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 3</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>3. La influencia de la sociedad y los medios</u>	58
<u>3.1 Los medios de comunicación:</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>3.2 Problemas médicos como consecuencia de los trastornos alimenticios</u>	59
<u>ANEXO 5 DE CUADRO DE SESIÓN # 3</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>ANEXO. 6</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 4</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>4. Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa</u>	62
<u>4.1 Sensación de logro y poder</u>	62
<u>4.2 Efectos de la inanición</u>	62
<u>ANEXO. 8</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 5</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>REFORZAR ASPECTOS INTERPERSONALES (GRUPOS DE AMIGOS)</u>	65
<u>5. Como afrontar los problemas alimenticios de un amigo/a</u>	65
<u>ANEXO. 10</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 6</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>6. Los amigos como apoyo ante los trastornos alimenticios</u>	66
<u>6.1 Que pueden hacer los amigos:</u>	66
<u>6.2 ¿Qué hacer?</u>	66
<u>6.3 ¿Qué NO hacer?</u>	66
<u>ANEXO. 11</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 7</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>¿Qué es la asertividad?</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>ANEXO 12 DE CUADRO DE SESIÓN # 7</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>ANEXO. 13</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 8</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>REFORZAR ASPECTOS FAMILIARES Y ASPECTOS SOCIALES</u>	72
<u>8. Los problemas alimenticios en el ámbito Familiar</u>	72

<u>ANEXO. 14</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 9</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>9. Pautas de comportamiento familiar con la Anorexia o la Bulimia</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>ANEXO. 15</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>SESIÓN # 10</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>10. Comportamientos involucrados en la alimentación</u>	74
<u>10.1. Influencia de aspectos socio-familiares</u>	74
<u>ANEXO. 17</u>	81
<u>ANEXO. 18</u>	76

INTRODUCCIÓN

Este programa trata principalmente la problemática de los trastornos alimenticios tales como la Anorexia y la Bulimia en adolescentes. Cabe mencionar que este tipo de situación no es reciente, es decir, desde años pasados existe, es por ello que este trabajo se diseña con el objetivo de minimizar y garantizar el bienestar físico y emocional en las señoritas, por medio de una serie de pasos que ayuden a minimizar los casos ya existentes y al mismo tiempo prevenir nuevos.

La finalidad del presente documento es brindar una propuesta de solución y proponer medidas para disminuir tendencias de trastornos alimenticios.

A partir de la teoría de las terapias cognitivo-conductuales se fundamenta el contenido del Programa; el cual se enfoca principalmente en la vinculación del pensamiento y la conducta;⁵¹ además se presentan Metas, Resultados esperados, objetivos, diagnóstico situacional, metodología, donde se menciona los sujetos, una breve descripción del documento, procedimiento, temas a exponer en cada intervención, técnicas, corriente psicológica, recursos y metodología didáctica a utilizar.

El contenido a abordar será: Una descripción general de los Trastornos Alimenticios, La influencia de la sociedad en la Anorexia y la Bulimia.

La sociedad y los medios de comunicación, Causas de la perpetuación de la Anorexia Nerviosa, Como afrontar los problemas alimenticios de un amigo/a, relaciones

⁵¹ Zagalaz Luisa, romero santiago, Contreras onofre. (2002). "La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal, http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_30.html

interpersonales como apoyo ante los trastornos alimenticios, La Asertividad, Los problemas alimenticios en el ámbito familiar, Pautas de comportamiento familiar con la Anorexia y la Bulimia, Comportamiento involucrado en la alimentación, todos estos temas con sus respectivos subtemas serán abordados con la finalidad de informar a las adolescentes sobre los riesgos de la práctica de alguna conducta alimenticia, tales como la Anorexia y la Bulimia.

En la presente intervención se ha diseñado una guía para aplicarse a adolescentes.

Cada una de las sesiones se desarrollara con su respectivo procedimiento, siguiendo una metodología en base a técnicas psicológicas, incluyendo su objetivo terapéutico y su respectivo desarrollo por sesión para generar un cambio positivo en la persona así mismo una nueva perspectiva de vida.

Así mismo se presentan las referencias bibliográficas para ampliar los conocimientos acá vertidos, incluyendo los anexos que ayudan a una mayor comprensión y aplicación de este programa.

I. JUSTIFICACIÓN

El presente programa surge a partir del porcentaje que se obtuvo mediante la aplicación el test EDI- 2, en la sección “A” tenemos a 46 señoritas a ellas se les aplico dicha prueba la cual lo constituyen tendencias que dan la pauta a la aparición de las conductas de Anorexia y Bulimia en adolescentes; podemos observar que el 52% de adolescentes presentan una Tendencia Alta a desarrollar la conducta Anoréxica y Bulímica, mientras que el 26% de adolescentes de la muestra pertenecen una Tendencia Baja, seguidamente tenemos que el 22% de adolescente presentaron una Tendencia Media y 0 adolescentes no puntuaron en Ninguna Tendencia, ya que todas estarían expuestas a presentar la conducta alimenticia y esto equivale a 0%, y en la sección “B”, tenemos a 44 señoritas podemos observar que el 61% de adolescentes presentan una Tendencia Alta a desarrollar la conducta Anoréxica y Bulímica, mientras que el 32% de adolescentes de la muestra pertenecen una Tendencia Media, seguidamente tenemos que el 7% de adolescente presentaron una Tendencia Baja, y el 0 adolescentes no puntuaron en Ninguna Tendencia, ya que todas estarían expuestas a presentar la conducta alimenticia y esto equivale a 0%.

Esta preocupación se debe a varios factores, que interaccionan entre sí: Por una parte, la moda va marcando unas pautas bastante rígidas en cuanto al perfil del hombre y la mujer ideal: la silueta, la delgadez, la esbeltez, están en todas las revistas de moda, en la televisión y en general en todos los medios de difusión.⁵²

⁵² Psicología de la salud, Miguel Ángel Simón, Ediciones Pirámide, S.A 1993

Primero, Esto lleva a una obsesiva lucha por conseguir un peso ideal cueste lo que cueste, ya que de esa forma no solo está al día, sino que aumenta su prestigio entre sus amistades, y se cree que sus relaciones interpersonales mejoran gracias a su figura y esto se convierte en el mayor refuerzo que podría conseguir, relacionando muchos y buenos amigos por ser hermosa y esbelta, no dándose cuenta de su pensamiento distorsionado.

Segundo, Por otra parte, tenemos la preocupación por una alimentación adecuada y, en definitiva, una preocupación por la salud en general, que se trasmite a través de los programas de salud, la propaganda y los mismos medios de difusión que inciden en ello.

El tercer bloque de problemas para consultar que son fundamentalmente presentado por los padres preocupados por los hábitos alimenticios de las hijas: adolescentes que solo comen un tipo de alimentación y rechazan otra, vómitos provocados después de las comidas. Desde los puntos de vista antes mencionados se plantean técnicas psicológicas de intervención para el tratamiento de conductas, cogniciones y creencias que se tienen sobre los trastornos alimenticios (Anorexia y Bulimia) Por medio de una entrevista se obtuvo que los factores psicosociales que influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia son; los Factores Sociales con un 30%, Factores Interpersonales (Grupos de Amigos) con un 14% y los Factores Sociales y Familiares (Socio-Familiares) con el 6%, en base a estos tres factores fundamentales se presenta la propuesta de intervención psicológica, la cual tiene como objetivo primordial el Minimizar la tendencia de las conductas de Anorexia y Bulimia en adolescentes.

II. METAS

- Concientizar al 100% de las adolescentes en buenos hábitos alimenticios.

- Informar al 100% de adolescentes de forma educada y ética sobre los Trastornos Alimenticios.

- Brindar el presente programa ampliando al 100% los conocimientos en el reforzamiento de las áreas (Sociales, Relaciones Interpersonales y Socio-Familiares) que más influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia.

III. RESULTADOS ESPERADOS.

- ✓ Disminuir las Tendencias de Problemas Alimenticios en las adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía.

- ✓ Que las adolescentes conozcan las implicaciones sobre los problemas alimenticios y que sepan cómo actuar ante cada una de ellas.

- ✓ Informar y fortalecer los conocimientos básicos sobre los problemas alimenticios.

- ✓ Auxiliar mediante el programa a las adolescentes en las áreas Sociales, Relaciones interpersonales y Socio-Familiares para afrontar trastornos alimenticios.

- ✓ Fortalecer habilidades psicosociales las cuales les ayuden a minimizar efectos negativos con relación a los problemas alimenticios

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

- Brindar un sistema de apoyo para minimizar las tendencias de las conductas de Anorexia y Bulimia en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel.

4.2 Objetivos Específicos:

- Diseñar programa para adolescentes con la finalidad de disminuir las tendencias de conductas Anoréxicas y Bulímicas en señoritas del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel.
- Promover conductas saludables para el bienestar físico emocional en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel.

V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La anorexia y la bulimia es una conducta de riesgo para sí mismos y su grupo primario “Familia”, pues hoy en día se ha convertido en una especie de moda entre adolescentes, donde ellos incitan o son incitados por otros a practicar este tipo de conductas alimenticias, siendo tanto física como psicológicamente dañados, es por ello y otros aspectos psicosociales que nos interesamos por este tipo de problema que si bien no puede ser erradicado pero si controlado para contribuir a una salud física y mental tanto del paciente como de su grupo de apoyo.⁵³

En el Centro Escolar Católico Santa Sofía, se aplicó el test EDI-2, los resultados que se encontraron son: tendencias Altas en un 52% en adolescentes de la sección “A” mientras que en la misma tendencia tenemos 61% en la sección “B” de este Centro Educativo el cual es exclusivo de señoritas las cuales están expuestas a diversos factores de influencia hacia los trastornos alimenticios, además se les aplico una entrevista para determinar los diferentes factores psicosociales que influyen en el desarrollo de las conductas Anorexia y Bulimia; Los resultados fueron: Aspectos Sociales con un 30%, Aspectos Interpersonales (Grupos de Amigos) con un 14% y los Aspectos Familiares – Aspectos Sociales (Socio-Familiar) con un 6% de influencia para el desarrollo de estas Conductas anoréxicas y bulímicas.

⁵³ Maite (2007) Anorexia y Bulimia en la Sociedad Actual, <http://maite-actualidad.blogspot.com/2007/01/en-la-actualidad-el-canon-de-belleza-es.html>

Debido a que están ligadas por mantener una apariencia física ante los demás, por ende están expuestas a caer en cualquiera de las dos prácticas de trastornos alimenticios.

VI. METODOLOGÍA.

6.1 Sujetos:

El programa está dirigido a señoritas que estudian en el Centro Escolar Católico Santa Sofía con tendencia a presentar la conducta anoréxica o bulímica.

Se sugiere trabajar las sesiones en pequeños grupos de 10 a 15 adolescentes, (Este número de integrantes estará sujeto a disposición del responsable de la ejecución de este programa) el cual podrá desarrollarse en diez sesiones.

6.2 Descripción:

Este Programa es dirigido a estudiantes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel con el propósito de advertir a las adolescentes del sin número de riesgos físicos y emocionales que se corre al someterse a la práctica de las conductas de Anorexia y Bulimia.

El tiempo estimado para cada sesión será de 60 Minutos, los cuales se distribuirán en actividades como: Bienvenida, lectura de objetivo, desarrollo del tema, actividades y despedida.

La ejecución de este programa lo realizara la psicóloga de la institución educativa.

La intervención individual será para aquellas adolescentes que demanden la solicitud, y dependerá en gran medida de la encargada de la ejecución de este programa, además el coordinador deberá de tener presente los siguientes criterios:

Se tomaran en cuenta criterios importantes a la hora de la ejecución de este programa como lo son:

- Evaluación Diagnostica.
- Pertener al Centro Educativo.
- Asistencia constante a cada una de las sesiones.
- Disponibilidad de recursos físicos, así mismo en sus respectivos horarios
-

D

Disponibilidad en la realización de cada uno de los ejercicios y actividades.

Para la aplicación de este programa se requiere una Evaluación Diagnostica para ellos se deberán seguir los diferentes pasos:

- Ficha Diagnosticas.
- Aplicación del instrumento EDI-2.
- Entrevista Psicosocial.

En el presente programa se abordan las áreas:

Áreas Sociales: en esta área se pretende fortalecer a las adolescentes en los aspectos sociales encaminados a modificar su pensamiento distorsionado y mejorar su auto-imagen a partir de su propia realidad no dejándose envolver por estereotipos sociales tales como los vertidos por los medios de comunicación o en base a sus relaciones Interpersonales.

Áreas Interpersonales (Grupos de Amigos): Enriquecer y fortalecer actitudes y comportamientos ya existentes dentro de los diversos grupos en donde se desenvuelva cada una de las adolescentes, brindando apoyo emocional y de

información adecuada sobre su problemática evitando estigmatizarse así misma o a las demás.

Áreas Sociales – Familiares (Socio-Familiar): La familia como base fundamental de la sociedad y el primer agente socializador debe garantizar que el adolescente tenga un desarrollo óptimo en donde se den principios básicos como los son en cuanto a una sana alimentación.

La temática a desarrollar se propone el abordaje de temas tales como: “Trastornos Alimenticios”, pues es de gran importancia mencionarlo sabiendo que la mayoría de adolescentes no conocen sobre el tema en su amplia expresión, para ello se profundizara con mayor realce en las consecuencias, síntomas, entre otros aspectos importantes.

Un tema importante que se abordara de manera paralela es la influencia de la sociedad en la Anorexia y la Bulimia, ya que es de todos sabido como la sociedad ejerce presión mediante estereotipos de belleza física y su relación con el éxito en la vida.

También es importante que las adolescentes conozcan sobre pautas que pueden aplicar en sus relaciones interpersonales, ya que dentro de los grupos de amigos se encuentran adolescentes que pudieran estar pasando por situaciones relacionadas a los problemas de Anorexia y Bulimia y por ello es importante que las adolescentes sepan cómo actuar ante este tipo de situaciones y de esta manera se conviertan en un soporte emocional y saludable para otras adolescentes.

Además como tema concluyente se abordara una perspectiva socio-familiar con la finalidad de profundizar en los aspectos sociales y familiares que influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia.

6.3 Procedimiento de ejecución de sesiones.

En este programa se trabajara en base a técnicas bajo la corriente cognitivo conductual, cada una de las sesiones se desarrollaran en los siguientes pasos: ⁵⁴

Se dará la bienvenida por parte del encargado del programa, seguidamente el dialogo, donde el encargado de la ejecución de la sesión explicara el objetivo general de dicha sesión, posteriormente se desarrollara la temática a fin de brindar información a las adolescentes sobre problemas alimenticios y se llevara a cabo una dinámica que ayude a la comprensión de la temática y a la vez les ayudara de forma psicológica para afrontar esta problemática que se presenta en esta institución, finalizando con comentarios y reflexiones sobre la temática desarrollada.

Esta metodología será implementada en cada una de las diez sesiones planificadas, resaltando en cada una de ellas la importancia de mantener una comunicación fluida y una alimentación sana, fortaleciendo aspectos emocionales en adolescentes.

1. Sesiones expositivas con apoyo multimedia.

⁵⁴ Londres y España: Sociedad española de psiquiatría y Royal College of Psychiatrists. Consultado el 27 de abril de 2013, https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales

2. Exposición de material concreto “Programa”

6.4 Temas:

Los temas se sugieren desarrollar sobre la base de la metodología de 10 sesiones, desarrollando 2 sesiones expositivas por semana.

Los temas propuestos son:

Sesión # 1. Descripción General de los “Trastornos Alimenticios”

1.1. Anorexia y Bulimia

1.2. Características.

1.3. Causas.

1.4. Síntomas.

1.5. Consecuencias.

1.6. Diagnóstico.

1.7. Tipos de Anorexia y Bulimia.

Sesión # 2. La influencia de la sociedad en la Anorexia y la Bulimia.

Sesión # 3. La influencia de la sociedad y los medios

3.1. Los medios de comunicación.

3.2. Problemas médicos como consecuencia de los trastornos alimenticios.

Sesión # 4. Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa.

4.1. Sensación de logro y poder.

4.2. Efectos de la inanición.

Sesión # 5. Como afrontar los problemas alimenticios de un amigo/a.

Sesión # 6. Los amigos como apoyo ante los trastornos alimenticios.

6.1. Que pueden hacer los amigos.

6.2. ¿Qué hacer?

6.3. ¿Qué NO hacer?

Sesión # 7. La Asertividad.

Sesión # 8. Los problemas alimenticios en el ámbito Familiar.

Sesión # 9. Pautas de comportamiento familiar con la anorexia o la bulimia.

Sesión # 10. Comportamientos involucrados en la alimentación.

10.1. Influencia de aspectos socio-familiares.

6.5 Las Técnicas a utilizar podrán ser:

6.5.1 Dinámicas.

- “Verdades y Mentiras”
- “Guaperas”
- “La Publicidad”
- “Cuerpos Encuestados”
- “Cambios Inevitables”

- “Siluetas”
- “Historia de Juan”

6.5.2 Técnicas psicoterapéuticas.

- “Caricias por Escrito”
- “Árbol de logros”
- “Respiración Profunda”

6.6 Corriente psicológica.

Para la implementación de este programa se tomó la siguiente teoría:

Las **terapias cognitivo-conductuales** son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.⁵⁵

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y

⁵⁵ Londres y España: Sociedad española de psiquiatría y Royal College of Psychiatrists. Consultado el 27 de abril de 2013, https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales

conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.⁵⁶

Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de éstos. Dicho proceso está guiado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático.⁵⁷

6.7 Los recursos a utilizar en el presente programa son:

6.7.1 Recursos Humanos: Psicólogo/a Institucional, Estudiantes.

6.7.2 Recursos Físicos: Institución donde se ejecutara el programa.

6.7.3 Recursos Materiales: Sillas, Cañón multimedia, Computadora, Aula amplia y espaciosa, Páginas de papel bond, lapiceros, tarjetas de color verde y rojo, un rollo

⁵⁶ Londres y España: Sociedad española de psiquiatría y Royal College of Psychiatrists. Consultado el 27 de abril de 2013, https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales

⁵⁷ Londres y España: Sociedad española de psiquiatría y Royal College of Psychiatrists. Consultado el 27 de abril de 2013, https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales

grande de papel, Rotuladores de colores, Tijeras, Un aparato de música, Una cinta con canciones animadas.

6.8 Metodología a utilizar por parte del coordinador del programa:

- Metodología expositiva y participativa:

Los **métodos expositivos** son apropiados para la transmisión de información. Los participantes observan y escuchan, pero no participan de forma activa en las actividades.

En los **métodos participativos** los usuarios son sujetos activos en las actividades que se presentan.

- Investigación bibliográfica:

La investigación bibliográfica constituye una excelente introducción a todos los otros tipos de investigación, además de que constituye una necesaria primera etapa de todas ellas, puesto que ésta proporciona el conocimiento de las investigaciones ya existentes –teorías, hipótesis, experimentos, resultados, instrumentos y técnicas usadas- acerca del tema o problema que el investigador se propone investigar o resolver.

- Sistematización y análisis de la información obtenida.

Análisis de la información obtenida para el programa y el tema; sugerencias y propuestas el que va encaminado a Minimizar y Garantizar el bienestar físico y emocional en adolescentes con el fin de prevenir nuevos casos de Trastornos Alimenticios (Anorexia y Bulimia).

VII. CONTENIDO DEL PROGRAMA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Trastornos Alimenticios.

Objetivo: Transmitir la importancia de conocer sobre los trastornos alimenticios

Fecha:

Sesión N° 1

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
<p>Bienvenida.</p> <p>Saludo y Presentación del o la coordinadora y de las participantes:</p>	<p>La coordinadora dará la auto-presentación hacia las participantes indicando puntos fundamentales del desarrollo del programa, seguidamente se le pide a las participantes que realicen una auto-presentación para la coordinadora así mismo para sus compañeras de grupo, dentro de la auto-presentación de las participantes, cada una de ellas dirá su respectivo nombre y como les gusta que se les llame dentro de este programa.</p>	<p>10 Min.</p>	<p>Sillas</p> <p>Cañón multimedia</p> <p>Computadora</p>
<p>Diálogo.</p> <p>Comentar la importancia de conocer sobre los trastornos alimenticios</p>	<p>La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.</p>	<p>5 Min.</p>	<p>Cañón multimedia</p> <p>Computadora</p>
<p>Tema.</p> <p>Exposición sobre el tema: Descripción General de los “Trastornos</p>	<p>Se comenzará con el desarrollo de esta temática la cual inicia brindando información importante como lo es: conceptos básicos de los trastornos alimenticios, características, causas y consecuencias, todo ello mediante una presentación PowerPoint.</p>	<p>20 Min.</p>	<p>Equipo técnico.</p> <p>Canon multimedia</p>

Alimenticios”			Computadora
<p>Dinámica</p> <p>“Verdades Y Mentiras”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende trabajar los problemas alimenticios a través de una sana alimentación balanceada mediante el seguimiento de los siguientes pasos:</p> <p>I. Se agrupan a los participantes en cuatro equipos, cada equipo escoge el nombre de un plato de comida como nombre del equipo, por ejemplo, los espaguetis.</p> <p>II. El coordinador va formulando, de una en una, preguntas sobre hábitos de alimentación. Cítemos, a continuación, ejemplos de posibles preguntas:</p> <p>a. ¿Si queremos adelgazar tenemos que dejar de comer pan y pasta? Respuesta: Falso.</p> <p>El pan y la pasta son hidratos de carbono y solo aportan 4 kcal/gr, al igual que las proteínas que también tienen 4 kcal/gr. Las grasas tienen 9 kcal/gr y el alcohol 7 kcal/gr.</p> <p>Los hidratos de carbono, son los nutrientes que el organismo requiere en mayor cantidad y deben suponer entre el 50 y 60 % del total de calorías de la dieta diaria.</p> <p>b. ¿Hay pastillas que adelgazan? Respuesta: Falso.</p> <p>No hay nada comprobado científicamente, lo que sí está comprobado es que comer menos calorías de forma equilibrada y hacer ejercicio ayuda a controlar el peso, sin poner en riesgo la salud.</p> <p>c. ¿Los alimentos light no adelgazan? Respuesta: Verdadero.</p> <p>Los alimentos light aportan menos calorías que su equivalencia normal, pero eso no significan que adelgacen. Los productos light no están libres de calorías.</p> <p>d. ¿No desayunar es una buena solución para compensar un día en el que se come demasiado? Respuesta: Falso.</p> <p>Si un día comemos demasiado, lo que podemos hacer al día siguiente para compensar es hacer las mismas comidas, pero más ligeras. Es importante distribuir los alimentos en 4 o 5 comidas, mejor que concentrarlos en 1 o 2, dado que suprimir comidas pone al organismo en situación de alarma activándose mecanismos de almacenamiento de grasa.</p>	20 Min.	Esta actividad no requiere ningún material especial

	<p>III. Tras formular la primera de las preguntas, el coordinador deja un tiempo para que cada grupo piense la respuesta. Posteriormente, cada equipo ira dando su respuesta a la pregunta formulada, el grupo que de la respuesta más completa gana un punto, y el grupo que sume más puntos gana el juego.</p>		
<p>Comentarios y reflexiones.</p>	<p>La coordinadora del grupo pedida al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes de esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p>	5 Min.	
<p>Despedida.</p>	<p>La despedida la realizará la coordinadora mediante palabras de motivación e incentivando los buenos hábitos alimenticios y así contribuir a la disminución de las conductas de trastornos alimenticios.</p>		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Influencia de la Sociedad en las Conductas Alimenticias.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 2

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior.	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudan al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. La influencia de la sociedad en la Anorexia y la Bulimia.	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.	20 Min.	Equipo técnico. Cañón multimedia

			Computadora
<p>Dinámica</p> <p>“Guaperas”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende trabajar la estabilidad emocional mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Se seleccionan 4 voluntarias para representar una escena.</p> <p>II. Las 4 estudiantes seleccionadas salen del aula, con el coordinador, para poder ensayar la escena.</p> <p>III. El coordinador asigna, a cada una de las estudiantes seleccionadas, un personaje de entre los siguientes:</p> <p>A. Ana: tiene sobrepeso. A diario recibe los insultos de Juana por ello.</p> <p>B. María: Amiga de Ana.</p> <p>C. Juana: insulta y desprecia a sus compañeras por su aspecto.</p> <p>D. Elena: es la coordinadora.</p> <p>IV. posteriormente las 4 estudiantes seleccionadas, ensayan la siguiente escena: “Ana y María están en el recreo tomando un bocadillo y hablando de sus cosas. Juana aparece y se mete con Ana, aludiendo a su exceso de peso e insultándola. Ana no reacciona, se queda paralizada sin decir nada y es su amiga María la que intenta defenderla.</p> <p>Tras un rato de discusión, aparece Elena que pregunta que está pasando, mientras intenta que se calmen las estudiantes.</p> <p>V. Tras la primera representación, se analiza con toda la clase que ha pasado y como ha sido la actitud de cada uno de los personajes.</p>	20 Min.	Un aula amplia y espaciosa.

	<p>VI. El agresor sale de clase, mientras el resto de actores recibe asesoramiento de toda la clase para que Ana pueda resolver la situación, sin tener una actitud pasiva ni agresiva.</p> <p>VII. Para finalizar, se volverá a representar la escena y se valorara, tras la representación, si los consejos dados por el resto de la clase a los actores han sido útiles.</p>		
<p>Comentarios y reflexiones</p>	<p>La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes de esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p>	5 Min.	
<p>Despedida</p>	<p>La despedida la realizara la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.</p>		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
 DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: La sociedad y los medios de comunicación.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 3

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. La influencia de la sociedad y los medios.	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.	20 Min.	Equipo técnico. Cañón multimedia

			Computadora
<p>Dinámica</p> <p>“La Publicidad”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende controlar la influencia negativa de los Medios de Comunicación mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Se dividen a los participantes en varios grupos de 6 miembros. A cada grupo se le entrega un anuncio y una ficha de preguntas.</p> <p>II. Durante 10-15 minutos, por grupo, se responderán las preguntas de la ficha.</p> <p>III. Cada grupo deberá de escoger un portavoz.</p> <p>IV. Una vez que todos los grupos tengan su anuncio analizado y hayan respondido a todas las preguntas de la ficha, los portavoces de cada grupo, irán saliendo a la pizarra y les contarán a los otros compañeros las respuestas que han dado a las diferentes preguntas.</p> <p>V. Posteriormente se iniciará un debate sobre la publicidad y la influencia que tiene en las personas y la valoración que estas hacen de su físico.</p>	20 Min.	<p>Página de apoyo.</p> <p>Un aula amplia y espaciosa.</p>
<p>Comentarios y reflexiones</p> <p>Despedida</p>	<p>La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes de grupos en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p> <p>La despedida la realizará la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.</p>	5 Min.	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
 DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Las Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 4

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. Las Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa.	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.	20 Min.	Equipo técnico. Cañón multimedia

			Computadora
Dinámica “Cuerpos Encuestados”	<p>Mediante esta dinámica se pretende evaluar los conocimientos de las adolescentes en relación a la temática, mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Se reparten las encuestas al alumnado para que este las responda de manera individual.</p> <p>II. Una vez todos los estudiantes han respondido, se apuntan en la pizarra todas las puntuaciones de la primera pregunta y se hallara la medida de las puntuaciones de la clase. Con la segunda pregunta también se hace un recuento para saber cuáles son las opciones mayoritarias escogidas por los estudiantes.</p> <p>III. Para finalizar, se realizara un debate con toda la clase sobre las razones por las que a la gente no le suele gustar mucho su cuerpo.</p>	20 Min.	<p>Página de apoyo.</p> <p>Un aula amplia y espaciosa.</p>
Comentarios y reflexiones	La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.	5 Min.	
Despedida	La despedida la realizara la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Problemas alimenticios de un amigo/a.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 5

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Ayudar a establecer soportes de apoyo entre las estudiantes para disminuir índices de trastornos alimenticios.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. Exposición sobre Cómo afrontar los problemas alimenticios de un	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.	20 Min.	Equipo técnico. Cañón multimedia

amigo/a.			Computadora
<p>Dinámica</p> <p>“Cambios Inevitables”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende trabajar el afrontamiento de problemas mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. A cada alumna se le entregaran dos tarjetas de distintos colores. El verde representara la opción verdadera y el rojo la falsa.</p> <p>II. El coordinador plantea, una a una, preguntas sobre los diferentes cambios fisicos que se dan en la adolescencia, a continuación citamos una serie de ejemplos de posibles preguntas a formular:</p> <p>a. ¿Es normal que a las chicas les engorden los muslos? Respuesta: Verdadero. Esta es una de las zonas donde se acumula más grasa.</p> <p>b. ¿A los chicos se les ensanchan las caderas? Respuesta: Falso. Es una zona donde a las chicas se les nota los cambios.</p> <p>c. ¿A los chicos se les ensanchan los hombros? Respuesta: Verdadero.</p> <p>d. ¿Lo normal es crecer proporcionalmente?, ¿Si te crece mucho alguna parte de tu cuerpo significa que te vas a quedar así para siempre? Respuesta: Falso. Crecemos desproporcionadamente, luego, con tiempo, el cuerpo se armoniza.</p> <p>e. ¿Es habitual que las pompis se hagan más pequeñas en las chicas? Respuesta: Falso. Lo habitual es que se desarrolle el tejido adiposo en esa zona y que tenga más volumen.</p> <p>f. ¿Los chicos suelen tener acné, pero las chicas no? Respuesta: Falso. Tanto chicos como chicas debido a cambios hormonales pueden y suelen tener acné.</p> <p>g. ¿El pelo y la piel se vuelve más grasa durante la adolescencia? Respuesta: Verdadero. Debido a los cambios hormonales.</p> <p>h. ¿A las chicas se les acumula grasa en el estómago? Respuesta: Verdadero. Es natural que se acumule la grasa en el estómago, para saber si tienes sobrepeso hay que hacer un estudio médico más profundo.</p>	20 Min.	<p>Un aula amplia y espaciosa.</p> <p>Una tarjeta de color verde y otra de color rojo</p>

	<p>Las estudiantes darán su opinión tras plantearse cada una de las preguntas, levantando la tarjeta que consideren adecuada.</p> <p>Tras cada una de las preguntas se comentara la respuesta y se aclararan las dudas que pudieran surgir.</p>		
<p>Comentarios y reflexiones</p>	<p>La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p>	5 Min.	
<p>Despedida</p>	<p>La despedida la realizara la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.</p>		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
 DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Amigos y el apoyo ante los problemas alimenticios.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 6

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior.	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Fortalecer relaciones interpersonales entre los amigos para fortalecer mecanismos de defensa ante los trastornos alimenticios.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora

<p>Tema.</p> <p>Los amigos como apoyo ante los trastornos alimenticios.</p>	<p>Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.</p>	<p>20 Min.</p>	<p>Equipo técnico. Cañón multimedia Computadora</p>
<p>Dinámica</p> <p>“Siluetas”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende mejorar el apoyo interpersonal, mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Todos los miembros de la clase se ponen por parejas.</p> <p>II. Cada alumna tendrá que calcar siluetas de su compañera que, para ello, se tumbara sobre el papel continuo.</p> <p>III. Una vez que todas las parejas han terminado de calcar sus siluetas en el papel continuo, las recortaran. Se pone la música.</p> <p>IV. Cada alumna bailara con su silueta.</p> <p>V. Posteriormente todos los miembros de la clase, sentados en círculo, hablaran sobre la experiencia que acaban de tener.</p>	<p>20 Min.</p>	<p>Un rollo grande de papel. Rotuladores de colores. Tijeras. Un aparato de música. Una cinta de música con canciones animadas. Un aula amplia y</p>

			espaciosa.
Comentarios y reflexiones	La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.	5 Min.	
Despedida	La despedida la realizara la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Reforzando la Asertividad.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 7

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Contribuir a impulsar la iniciativa personal y la creatividad al afrontar los problemas.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. La Asertividad.	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.	20 Min.	Equipo técnico. Cañón

			multimedia Computadora
Dinámica “Historia de Juan”.	<p>Mediante esta dinámica se pretende reforzar la asertividad mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Una vez repartido el material, el coordinador solicita que un voluntario lea en voz alta la historia de Juan, mientras que el resto de compañeras escucha y va subrayando la información que le parezca relevante de la historia.</p> <p>II. Posteriormente, se divide la clase en grupos de seis.</p> <p>III. Cada grupo deberá completar las siete preguntas de la tabla, para ello se guiarán de las instrucciones que se le han entregado en el material.</p> <p>IV. Una vez que todos los grupos hayan completado las siete preguntas de la tabla, un portavoz de cada grupo leerá, al resto de la clase, la decisión final que su grupo ha encontrado a la historia de Juan.</p>	20 Min.	<p>Material de apoyo siguiente:</p> <p>Una copia para cada asistente de la siguiente ficha</p> <p>Un aula amplia y espaciosa.</p>
Comentarios y reflexiones	La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.	5 Min.	
Despedida	La despedida la realizará la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Familia y los problemas alimenticios.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 8

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Permitir el intercambio emocional gratificante.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. Los problemas alimenticios en el ámbito Familiar.	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema; Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.	20 Min.	Equipo técnico. Cañón multimedia

			Computadora
<p>Dinámica</p> <p>“Caricias por escrito”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende mejorar las relaciones familiares mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Se solicita a los participantes que tomen dos o tres hojas tamaño carta y las doble en ocho pedazos, cortándolos posteriormente lo mejor que puedan.</p> <p>II. En cada uno de los pedazos tienen que escribir por el inverso uno a uno los nombres de los compañeros.</p> <p>III. Por el reverso, escribe en dos líneas o renglones un pensamiento, un deseo, verso o una combinación de estos dirigido al compañero designado en cada pedazo de papel.</p> <p>IV. Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano</p> <p>V. Se forman sus grupos de cuatro a cinco personas para discutir la vivencia.</p> <p>VI. Cada su grupo nombre a un reportero para ofrecer en reunión plenaria sus experiencias.</p>	20 Min.	<p>Hojas de papel bond y lapiceros.</p> <p>Un aula amplia y espaciosa.</p>
<p>Comentarios y reflexiones</p>	<p>La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p>	5 Min.	
<p>Despedida</p>	<p>La despedida la realizará la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.</p>		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
 DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Familia y auto estima.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 9

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior.	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Reflexionar sobre las cualidades positivas de nuestra vida, fomentando en si nuestra autoestima, viendo lo valioso que somos y lo mucho que hemos logrado a lo largo de nuestra vida.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora

<p>Tema.</p> <p>Pautas de comportamiento familiar con la anorexia o la bulimia.</p>	<p>Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.</p>	<p>20 Min.</p>	<p>Equipo técnico.</p> <p>Cañón multimedia</p> <p>Computadora</p>
<p>Dinámica</p> <p>“Árbol de logros”</p>	<p>Mediante esta dinámica se pretende reforzar aspectos emocionales a nivel personal, mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Hacer una lista de aquellos valores o cualidades positivas que tenga, pueden ser personales, sociales, físicas y emocionales. (Frutos)</p> <p>II. elabora otra lista con los logros que hallas conseguido en la vida sobre todo aquellos que para ti sean importantes, no importantes, si son pequeños o grandes. (Tronco)</p> <p>III. Elabora una tercera lista con aquellos apoyos que te hayan ayudado a conseguir los logros, pueden ser personales, hechos, situaciones, o cualidades. (Raíces)</p> <p>IV. Dibujar tu árbol con raíces y frutos en una página de papel, debe ocupar todas las hojas y coloque aquello que haya puesto en las tres listas en sus respectivos lugares como lo son raíces, tronco y frutos.</p>	<p>20 Min.</p>	<p>Páginas de papel y lápiz.</p> <p>Un aula amplia y espaciosa.</p>
<p>Comentarios y reflexiones</p> <p>Despedida</p>	<p>La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p> <p>La despedida la realizara la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.</p>	<p>5 Min.</p>	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA



Tema: Comportamientos.

Objetivo: Colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.

Fecha:

Sesión N° 10

Actividad	Metodología	Duración	Recursos
Saludo y retroalimentación	La coordinadora del programa brindara un saludo caluroso a las participantes, seguidamente puede realizar un breve repaso sobre lo desarrollado en la sesión anterior.	10 Min.	Sillas Cañón multimedia Computadora
Diálogo. Aprender a controlar las reacciones fisiológicas antes, durante, y después de enfrentarse a situaciones emocionalmente intensas.	La coordinadora del programa leerá respectivamente el objetivo de esta sesión, brindando información que se desarrollara y así mismo brindara comentarios que ayudaran al cumplimiento del mismo.	5 Min.	Cañón multimedia Computadora
Tema. Comportamientos involucrados en la	Exposición verbal a cargo de la coordinadora del programa sobre el tema: Se comenzara con el desarrollo de esta temática la cual se inicia brindando información importante donde se brindara información de investigaciones	20 Min.	Equipo técnico.

alimentación.	realizadas con temas de anorexia y bulimia específicamente en adolescentes, y en el entorno social.		Cañón multimedia Computadora
Dinámica “Respiración Profunda”	<p>Mediante esta dinámica se pretende controlar la ansiedad y el estrés ante la ingesta mediante la ejecución de los siguientes pasos:</p> <p>I. Se le pide al participante que tome una postura cómoda perfectamente sentado con las piernas abiertas a la altura de los hombros, la mano izquierda pegada en su abdomen, la mano derecha sobre su pierna derecha, seguidamente se le da las indicaciones de inhalar el aire por las fosas nasales manteniendo diez segundos en sus pulmones y se exhala por la boca lentamente.</p> <p>II. A la hora de implementar esta técnica se le pide al participante que cierre sus ojos, en la primera exhalación se le pide que inhale profundo, se le pide que realice esta técnica por lo menos unas quince veces donde entre en una relajación profundo y el terapeuta le va guiando por medio de la voz en diferentes estados de tranquilidad y bienestar para que el paciente baya generando un estado de tranquilidad y relajación profunda durante quince minuto.</p> <p>III. Trascurrido el tiempo necesario en la última inhalación se le pide que poco a poco exhale el aire y abra los ojos lentamente y comience a mover sus manos de forma suave y paulatina y en los últimos cinco minutos de la técnica se le pide al participante que exprese su sentir sobre esta técnica.</p>	20 Min.	Sillas. Un aula amplia y espaciosa.
Comentarios y reflexiones Despedida	<p>La coordinadora del grupo pedirá al azar o de forma voluntaria comentarios de los participantes en esta sesión sobre todo lo desarrollado en esta actividad, así mismo reflexiones éticas, responsable por parte de la coordinadora sobre la temática desarrollada este día.</p> <p>La despedida la realizara la coordinadora mediante palabras que ayuden a fortalecer el carácter y afronten las diversas situaciones de la vida diaria.</p>	5 Min.	

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zagalaz Luisa, romero santiago, Contreras onofre. (2002). “La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal, http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_30.html
- Londres y España: Sociedad española de psiquiatría y Royal College of Psychiatrists. Consultado el 27 de abril de 2013, https://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales
- Alvarez Gago, Geraldine Meni Battaglia, Maria Luciana. (2011) Bulimia y Anorexia. <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>
- Anorexia y Bulimia,

http://www.geosalud.com/Salud_Mental/Anorexia_bulimia.htm

- Maite (2007) Anorexia y Bulimia en la Sociedad Actual, <http://maite-actualidad.blogspot.com/2007/01/en-la-actualidad-el-canon-de-belleza-es.html>
- Díez Hernández, Itziar, La Anorexia Nerviosa y su Entorno Socio-Familiar, <http://www.euskomedia.org/PDFAnIt/zainak/27/27141147.pdf>
- Psicología de la salud, Miguel Ángel Simón, Ediciones Pirámide, S.A 1993
- Ignacio Martin Baro “Accion e ideología: Psicologia Social desde Centro America”.uca, editores, Edicion Marzo 2010
- Casanueva, Esther (2008). *Nutriología Médica*. México: Medica Panamericana. pp. 128–129

SESIÓN # 1.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS “TRASTORNOS ALIMENTICIOS”.

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de factores entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

Según **Gáfaró, A** (2001) en su libro *“Anorexia y Bulimia” (todo lo que necesita saber sobre los trastornos de la alimentación)* se refiere a:

Los trastornos del comportamiento alimenticio como hábitos regulares que una persona tiene para ingerir los alimentos (...). Así, el comportamiento alimenticio de una persona incluye todas las relaciones que ella establezca con la comida (p. 1).

Esto quiere decir que un trastorno alimenticio es aquel que no se encuentra normal según los parámetros establecidos por un sistema de nutrición, o sea una alteración en las comidas ingeridas por el individuo.

Lo común es que una persona sana y en condiciones normales haga tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena), y que a veces incluye otras dos comidas más pequeñas intercaladas entre las tres mayores. Es ideal que estas comidas contengan todos los grupos alimenticios (vitaminas, proteínas y carbohidratos) en porciones equilibradas dependiendo de los requerimientos diarios de cada persona con base en su sexo, tamaño y edad.

Según el **DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV** son tres los trastornos de comportamiento alimenticio reconocidos. Ellos son: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA y otros desórdenes alimenticios no especificados.

Los tres trastornos están definidos como enfermedades psiquiátricas como complicaciones físicas, es decir, que afectan el estado normal del cuerpo, poniendo en riesgo la salud física y mental.

La salud mental día a día está siendo cada vez más afectada por la calidad y los diferentes estilos de vida que a diario se adoptan. Las adolescentes debido a múltiples factores que influyen en su desarrollo mental, físico y social, son blanco específico de estos trastornos alimenticios, los cuáles son tan peligrosos que las pueden llevar fácilmente a la muerte a muy temprana edad. En muchos casos, la familia no participa en este desarrollo, debido a la falta de atención e importancia por las mimas, por ende, son protagonistas principales en la evolución de estas enfermedades en las jóvenes, que en muchos casos, son irreversibles, por tal razón se estudia a profundidad cada término y su progreso.

1.1 ANOREXIA Y BULIMIA

Según el Diccionario de Medicina, (2000) La palabra anorexia como tal significa:

Pérdida del apetito, sin embargo, el término en conjunto “Anorexia Nerviosa”; se trata de una insatisfacción con la imagen corporal, con pérdida de peso significativa, alteraciones en los ciclos menstruales, sin otra enfermedad física intercurrente. Se da con más frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo en mujeres. Es importante destacar su comienzo insidioso, con una pérdida de peso mayor al 15% respecto al peso original o al esperable, con una disminución de la ingesta alimentaria y la aparición de rituales al comer. Suelen hacer intenso ejercicio, y tener piel seca, agrietada, y escaso cabello. Se desconocen las causas con que se considera que la mayoría son emocionales. (p. 28, 29)

La anorexia nerviosa va más allá del control del peso: el enfermo inicia un régimen alimenticio para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos debido a un desorden mental. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, acompañado muchas veces por ejercicio físico excesivo, ya que se niega a mantener el peso normal que le corresponde, pesando menos del 85% de lo que debería pesar según su edad y estatura.

Así, hoy la anorexia nerviosa está catalogada como una enfermedad psiquiátrica en la que la persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo y no se ve ni se concibe a sí mismo físicamente como realmente es.

Por lo general, los anoréxicos son personas de carácter fuerte, de manera que se mantienen firme en sus convicciones de no ganar peso. Para ellos es un logro y un éxito poder controlar de manera estricta la ingesta de alimentos. Por el contrario, ganar un gramo de peso es un fracaso y engordar es una vergüenza. Sin embargo, a pesar de lo que se cree, la anorexia no está motivada por un sentimiento un deseo de verse delgado o hermoso, por el contrario, la obsesión que los anoréxicos desarrollan por no ganar peso es porque se sienten poco activos, feos, no merecedores de algo bueno en la vida e inadecuados para ser felices.

A pesar de que la definición literal dice que la anorexia es una pérdida del apetito, a las personas con anorexia sí les da hambre. Según Gáfaró (2001): “El hambre se manifiesta en el cuerpo con dolor de cabeza, decaimiento o fatiga, entre otros” (p. 11), es decir, no le ponen el nombre de hambre en estos síntomas físicos, pero el cuerpo si los siente.

1.2 CARACTERÍSTICAS:

1. Muchos de ellos se vuelven hiperactivos.
2. Niegan la fatiga y comienzan a hacer ejercicio compulsivamente.
3. A medida que la enfermedad avanza, estas personas se tornan depresivas, irritables.
4. Muestran fluctuaciones drásticas en su estado de ánimo.

5. Se convierten en seres muy contradictorios: aparentan una cosa y por dentro sienten otra, es decir tiene problemas para expresar sus sentimientos.

Tipos de la Anorexia Nerviosa:

Walsh Y Garner (1997) hablan de dos tipos de anorexia nerviosa:

(a). Restrictivo, ésta se presenta cuando la persona sólo deja de comer, describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, donde los pacientes con anorexia nerviosa no recurren a laxantes.

(b). compulsivo purgatorio o anorexia purgatoria: que utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a purgas con diuréticos, lavados intestinales, laxantes o se inducen el vómito para evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poder eliminarlos rápidamente, algunos no presentan estancamiento estomacal pero si recurren a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

1.3 CAUSAS:

Como todo padecimiento, este tiene sus causas, ya que nada se produce solo, y siempre existe el factor que influye para que tal enfermedad se produzca; en este caso, no se puede hablar de una única causa o causas específicas que desarrollen el trastorno pero sí de unos factores influyentes:

1. Factores culturales: Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguir determinadas dietas. Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia son mujeres de temprana edad -entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. "Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones". Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas que desfilan diariamente los máximos exponentes del "genero". Si te encuentras entre ellos estas IN, en caso contrario, pasa a formar parte de los OUT.

2. Los medios de comunicación: con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta situación que le tiende la cultura imperante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todos desarrollan un trastorno alimenticio.

3. factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener auto-exigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensan de uno como persona, percibir que se tiene poco control sobre la vida misma, ser poco habilidosos en las relaciones sociales, entre otros, son el desarrollo de este tipo de patologías.

4. Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura, todos ellos pueden desbordar a una persona con falta de madurez; por lo tanto afecta de manera directa la parte emocional de la adolescente, puesto que van acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos.

En línea general los factores principales para la aparición de la anorexia nerviosa fueron esencialmente los factores culturales que son aquellos influenciados por la moda, desde los aparatos de última generación, hasta la vestimenta más apropiada según lo que se anuncia a través de los medios de comunicación.

Por otra parte el no aceptarse así mismo, queriendo comprar la imagen que el factor anterior te muestra, siguiendo un patrón que no es el propio para una representación saludable del cuerpo y de la mente.

Hay que considerar que el simple hecho de experimentar algún tipo de fracaso y no superarlo, puede ser causante de esta enfermedad puesto que te lleva a niveles de depresión, encerramiento, bajo rendimiento escolar, sentimientos de culpa propia y hacia tu sociedad pero sobre todo aquella ansiedad que produce las preocupaciones y las alteraciones psico-sociales.

Así mismo, existen otras causas para esta enfermedad ya que estas dependen esencialmente de quien la padece.

1.4 SÍNTOMAS:

Gáfaró, (2.001), señala los criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa, dice que se determina que una persona padece anorexia nerviosa si presenta la gran mayoría de las siguientes señales:

- Negarse a mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad.
- Pesar menos del 85% de lo que debería pesar según su estatura y edad, es decir, estar 15% por debajo de su peso establecido.
- Amenorrea, suspensión del ciclo menstrual por tres períodos consecutivos. Si se trata de una niña en etapa pre-menstrual, el síntoma es el no desarrollo del ciclo menstrual.
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, sin importar si la persona está bastante por debajo del peso adecuado que le corresponde.
- Negar frente a los demás que está muy delgada.
- Permanentemente sentirse gorda a pesar de su bajo peso.
- En una auto evaluación de su cuerpo, no darle importancia requerida a su bajo peso ni a su apariencia física.
- No tener ninguna enfermedad física que sea motivo de su bajo peso.
- Estreñimiento.
- Hinchazón de algunas partes del cuerpo.
- Piel reseca y amarillenta o verdusca.
- Hipotermia, tener muy baja la temperatura corporal. Los anoréxicos casi siempre tienen frío, así la temperatura del medio ambiente esté alta.

- Manos y pies azulosos.
- Debilidad.
- Fatiga.
- Pérdida considerable de cabello.
- Depresión
- Se les hacen morados en la piel con facilidad.
- Fracturas frecuentes.
- Obsesión por la comida y el peso.
- Ansiedad.
- Adoptar regímenes drásticos de ejercicio.
- Expresar constantemente preocupación por estar “gordos”
- Vestir ropa amplia o muy pegada al cuerpo.
- Palidez

A raíz de ello, se producen cambios y alteraciones en la adolescente, bien sea física y personalmente como en su vida diaria tomando en consideración a su círculo social: en el colegio o la comunidad. Incide de tal forma agravando su salud corporal y mental llevándola a terribles decisiones como el suicidio.

1.5 CONSECUENCIAS:

Gáfaró (2.001) dice que “la destrucción causada por la restricción de alimentos ocasiona problemas muy graves en el organismo que pueden incluso llevar a la muerte a quien los padece”. Estos son:

- Desordenes en el funcionamiento regular de algunos órganos del cuerpo como los riñones (deshidratación severa) y el hígado.
- Complicaciones cardiovasculares severas, como irregularidades en el ritmo cardíaco, presión baja y ritmo cardíaco bajo, a causa de la falta de potasio
- Estreñimiento.
- Dolor abdominal, debido a úlcera de estómago y esófago
- Anemia.
- Cabello delgado y opaco.
- Lanugo, crecimiento de pelo delgado sobre toda el área del cuerpo como en los bebés.
- Osteoporosis.
- Amenorrea, interrupción del ciclo menstrual debido a la disminución de la producción de estrógeno.
- Problemas para dormir, básicamente insomnio.
- Sequedad en la piel, produciendo que las heridas tomen más tiempo de lo normal para sanar.
- Desmayos y mareos.
- Muy bajo rendimiento intelectual y físico
- Dificultades para relacionarse sexualmente
- Debilidad y pérdida de músculo.
- En ocasiones muerte por inanición.

A parte de ello, sufren daños de manera personal, especialmente en la parte psicológica como:

- Trastornos del sueño, ya sea insomnio o sueño interrumpido.
- Estado de ánimo irritable puede relacionarse con hambre y falta de descanso
- Depresión
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Problemas de concentración
- Autoestima muy baja
- La valoración personal depende totalmente del peso y la silueta.
- Pensamientos negativos hacia el cuerpo
- Creencias erróneas sobre el cuerpo, el peso y los alimentos
- Tendencia al aislamiento.

Se puede decir entonces que se muestra las situaciones de riesgo como son la personalidad perfeccionista, la baja autoestima estrés por múltiples personalidades e imagen corporal inestable, con distorsiones perceptivas, su diagnóstico diferencial se hace descartando inicialmente otras enfermedades orgánicas, y con otros trastornos psicológicos, como depresiones con pérdida de apetito y otros trastornos de la conducta alimentaria.

BULIMIA

La palabra bulimia significa hambre de buey y procede del griego boulimos (bous: buey; limos: hambre). Para las personas con bulimia, que afecta diez veces más a las mujeres que a los hombres, la comida es una adicción placentera y autodestructiva. Según Gáfaró, A (2001) "Es el desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico" (p.34). Las personas bulímicas son incapaces de dominar los impulsos que les llevan a comer, pero el sentimiento de culpa y vergüenza tras ingerir muchos alimentos les lleva a ayunar, usar laxantes y provocarse vómitos para prevenir el aumento de peso. Las bulímicas tienen cerca de 15 episodios de detenimiento intestinal y vómitos por semana y, en general, su peso es normal, por lo que resulta difícil detectar la enfermedad.

Este padecimiento también se puede considerar como un síndrome ya que hace referencia a un conjunto consistente de síntomas que presenta el enfermo, la cual es causada por factores que predisponen así a quien lo padece.

Causas:

(a) individual: sobrepeso, perfeccionismo, problemas para ser autónomo, baja autoestima.

b) genéticos: los precedentes familiares aumentan el riesgo de padecer el trastorno.

(c) socioculturales: ideales de delgadez, prejuicios contra la obesidad, ciertas profesiones y deportes, malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura, mala resolución de conflictos.

Así como existen los factores que predisponen a la persona, se halla aquellos que precipitan en quien lo padece cambios físico y síquicos de la pubertad, dietas, mala

valoración del cuerpo, insatisfacción personal, trastornos emocionales, entre otros; dando paso a aquellos factores que la mantienen bien sea un ciclo atracción-purgas, reaparición de la ansiedad, abuso de sustancias y autolesiones.

Por otra parte según la **Dra. Morder (2.003)**, especialista en Psiquiatría Infantil dice que:

“una de las causas más agravantes es la vida de adolescencia que presentan las pacientes con bulimia nerviosa ya que frecuentan alteraciones de conducta, de modo que pueden presentar otros problemas de impulsividad (como pueden ser problemas con el alcohol u otras drogas) desinhibición sexual, alta irritabilidad o labilidad emocional. A menudo estas pacientes presentan una baja autoestima asociada; de hecho, la bulimia nerviosa aparece con mayor frecuencia en personas con trastornos depresivos. También se presentan con mayor frecuencia diversos trastornos de la personalidad, sobre todo el trastorno límite”.

Esto quiere decir que, la mayoría de las pacientes bulímicas, sufren tal enfermedad, a causa de diversas situaciones vividas en su adolescencia, y es esto lo que las ha llevado a comportamientos que según la sociedad está fuera de lo normal, sobrepasando cualquier límite de conducta y es por ello, que el ser bulímica afecta principalmente a personas con cuadros muy fuertes de depresión.

La bulimia es una enfermedad que comprende un ciclo compuesto por tres etapas: *La Restricción, La Sobrealimentación o el atracón y La Compensación.*

Tipos de Bulimia:

(a) La restricción es abstenerse de comer. Por lo general los bulímicos son personas que constantemente están tratando de bajar de peso. Esto quiere decir que en algún momento del ciclo están restringiendo la comida que ingieren. Por ejemplo, pueden restringir algunos tipos de alimentos como harinas, dulces, grasa, etc., o saltarse una de las comidas o estar a dieta. La restricción es el momento en el que no están comiendo los alimentos que “les engordan”.

(b) El atracón es comer grandes cantidades de alimentos con una sensación de “pérdida de control” que los pacientes usualmente reportan como “no puedo parar de comer”, donde no hay una sensación de placer asociado y que se lleva a cabo en un período de más o menos dos horas.

(c) Pasado el atracón, el paciente comienza a sentirse culpable y busca la manera de compensar la ingesta desproporcionada de alimentos que recién comió. Por eso se llama “**compensación**” a la tercera etapa del ciclo. Las formas más comunes de compensar son la purga por medio de laxantes, enemas o diuréticos, el vómito inducido o el ejercicio compulsivo.

A diferencia de los anoréxicos, los bulímicos son más conscientes de sus acciones. Saben que su comportamiento con la comida está mal, en momentos están fuera de control y esto no es normal. Así les genera mucha vergüenza, y a pesar de que es un impedimento, suelen buscar ayuda profesional. Las personas con bulimia temen ganar peso o tener sobrepeso. Su vida se vuelve una lucha constante por adelgazar y esto los obliga a estar

permanentemente haciendo dieta o buscando nuevos regímenes alimenticios. Poco les importa si los métodos que usan son sanos y seguros.

Diagnóstico: Los criterios para diagnosticar la bulimia son:

- Episodios recurrentes de atracones.
- Episodios de compensación (laxantes, diuréticos, abuso de ejercicio, vómito o ayuno) después de los atracones para evitar ganar peso.
- Realizar ciclos atracón-compensación dos veces por semana, durante tres meses.
- Preocuparse en exceso por la apariencia del cuerpo y su peso.
- No tener anorexia nerviosa.

Consecuencias:

Al igual que la anorexia, la bulimia viene influida en quien lo padece por factores sociales y familiares, ya que estos son parte del vivir diario, trayendo como consecuencia física:

- Alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio. Los electrolitos son esenciales para la producción de la “energía eléctrica natural” del organismo, la que asegura la salud de la dentadura, articulaciones y huesos, la transmisión de los impulsos del sistema nervioso y de los músculos, riñones y corazón, el nivel de azúcar en sangre y la llegada de oxígeno a las células
- Amenorrea - Perdida de los Ciclos Menstruales (por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios). La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a Osteopenia y Osteoporosis.
- Atrofia Muscular - desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume a sí mismo. Alteración del Funcionamiento Neuromuscular - debido a déficit de vitaminas y minerales (en particular de potasio), y malnutrición
- Aumento del Azúcar en Sangre/Hiperglucemia - puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad.
- Artritis (degenerativa) - puede ser causada por desequilibrios hormonales y déficit vitamínicos así como un incremento en la tensión de articulaciones en personas que comen compulsivamente.
- Baja cantidad de plaquetas o Trombocitopenia - Causada por bajos niveles de vitamina B12 y ácido fólico, y/o exceso de alcohol. Puede ser indicador de supresión del sistema inmune o una disfunción en la inmunidad
- Variaciones Abruptas en los Niveles de Azúcar en Sangre - Baja Azúcar en Sangre/Hipoglucemia: puede indicar problemas en el hígado o riñones y conducir a deterioro neurológico o mental.
- Callos o hematomas en los dedos de la mano - por el uso repetido de los dedos para provocarse el vómito.
- Cáncer - de garganta y cuerdas vocales (Laringe) debido a trastornos de reflujo ácido
- Cetoacidosis - altos niveles de ácidos que se acumulan en la sangre (cetones) por causa de la quema de la grasa corporal (en lugar del azúcar y los carbohidratos) para obtener energía. Puede ser resultado de inanición, purgas excesivas, deshidratación, hiperglucemia y/o abuso de alcohol (o también como resultado de una diabetes no tratada o no controlada). Puede llevar al coma y a la muerte.

- Convulsiones - un riesgo incrementado de convulsiones en personas con bulimia a causa de la deshidratación. Es posible que las lesiones cerebrales a causa de una malnutrición prolongada y la falta de células transportadoras de oxígeno jueguen también un papel.
- Déficit de Hierro, Anemia - esto ocasiona que las partículas en sangre que transportan oxígeno se inutilicen y puede causar fatiga, falta de aire, incremento de infecciones y palpitaciones del corazón.
- Deterioro grave de la dentadura: Ocurre por desnutrición y carencia de vitaminas o por erosión de los ácidos gástricos al vomitar.
- Depresión que induce al suicidio
- Descenso de la temperatura corporal - Sensibilidad a la Temperatura

Los laxantes, enemas, diuréticos y las sustancias para inducir al vómito son medicamentos que por su abuso ocasionan daños severos en el organismo. Estas sustancias no deben ser utilizadas sin una prescripción médica. Usarlas sin control puede generar adicciones difíciles de erradicar y además, ninguna de ellas adelgaza.

De igual forma tienen consecuencias radicales en la parte psicológica como:

(a) Anomalías electroencefalografías.

(b) Atrofia de determinadas áreas cerebrales a expensas de dilatación ventricular: afortunadamente suele ser reversible con la recuperación nutricional.

(c) Psicosis.

(d) Depresión endógena.

(e) Neurosis/Psicosis maníaco-depresiva.

(f) suelen ser más impulsivas, intolerantes y se frustran más.

Síntomas:

- Las relaciones interpersonales se afectan. Los enfermos de bulimia no pueden disfrutar de ninguna relación íntima, la obsesión por el peso y la apariencia absorbe toda su energía.
- Los bulímicos tienen muy presentes sus defectos físicos, no están cómodos con su cuerpo. Por esto muchos suelen dejar de tener relaciones sexuales.
- Son personas que viven tristes y acomplexadas.
- Muchos sufren de anhedonia, es decir, incapacidad para sentir placer.
- Para los bulímicos comer no es un placer porque es un acto compulsivo que les causa vergüenza y culpa.
- Son personas enfermas que sufren.
- La bulimia nerviosa trae consecuencias físicas graves para el organismo y deteriora seriamente la salud física y mental.
- Un tercio de los pacientes con bulimia logra manejar adecuadamente la enfermedad.

- Las finanzas del hogar o las finanzas personales se afectan dramáticamente por el aumento desmesurado en los gastos de alimentación.

Gáfaró, A (2001) afirma que “debe tratarse la bulimia nerviosa, ya que es una enfermedad psiquiátrica, debería ser motivo suficiente para acudir a un buen tratamiento”. (p. 54); es decir, que toda persona que según las características que presente así como las anteriores, si padece de bulimia, debe tratarse inmediatamente puesto que ya es tomado como una grave enfermedad.

Es importante destacar que la anorexia y la bulimia son enfermedades que no son iguales, pero que van de la mano ya que una es causa y consecuencia de la otra. Para este padecimiento, se deja claro que en cada enfermo se denota con las mismas características, pero no en todos los adolescentes se ve igual, es decir; que a unos es más visible que en otros, y aun así, en diversos casos es imposible de detectar a menos que se haga un estudio personal por cada enfermo. Y es obvio que afecta directamente tanto a quien la padece como a quienes rodean al sujeto.

SESIÓN # 2.

REFORZAR ASPECTOS SOCIALES.

2. La influencia de la sociedad en la Anorexia y la Bulimia.

Muchos investigadores sobre el tema de la anorexia nerviosa coinciden en señalar que uno de los principales factores a la hora de precipitar dicha enfermedad es la presión social que tienen sobre los jóvenes, al conocer el gran valor que tiene en nuestros días la imagen corporal.

Son las jóvenes las más afectadas, porque la sociedad marca unos ítems muy concretos para la mujer actual, como es la delgadez.

La delgadez es un punto en una cadena, la cual la sociedad estimula y refuerza con la moda, es por ello que las jóvenes van a estar pendientes de estar a la moda y por tanto conseguir la delgadez que está de moda en nuestra sociedad.

Hoy en día en nuestra sociedad se considera la delgadez como el prototipo estético ideal, el cual quiere ser alcanzado por la mayoría de los miembros de nuestra sociedad. Esto lleva a que haya un gran número de personas que se someten a dietas bajas en calorías. En los mercados empiezan a ser más solicitados los productos bajos en calorías o los productos etiquetados como desnatados.

Los anuncios es habitual que tengan los adjetivos de ligero, desgrasado, esbelto, fino,... ante los adjetivos de pesado, graso, grueso...: Todo ello para aumentar las ventas.

Hoy en día a la imagen corporal se le da importancia, pero muchas veces conseguir el ideal de imagen corporal supone un gran esfuerzo para muchas personas.

Los hábitos alimenticios se cambian, se tienden a comprar los productos alimenticios bajos en calorías. También los hábitos de ejercicio físico se modifican, no se busca hacer una actividad física que guste o que sea para disfrutar, sino que se trata de realizar algún tipo de actividad que implique gastar energía y cuanto más mejor, porque casi siempre está el objetivo implícito de perder peso.

En los medios de comunicación: Prensa, televisión, revistas... el concepto de delgadez va siempre unido en miles de anuncios a un futuro de riqueza, felicidad y éxito. La delgadez siempre la tienden a relacionar con el triunfo. Por ello es muy difícil en los medios de comunicación que aparezca un o una modelo grueso/a para vender un producto y sobre todo si son productos relacionados con la salud, belleza o alimentación.

Todos aspiramos a tener una buena imagen corporal porque nuestra sociedad nos ha inculcado un ideal de imagen corporal, el cual es esencial para triunfar. Esto lo ha hecho principalmente a través de todos los medios de comunicación.

Se ha dado tanta importancia a la imagen corporal que parece que tener el cuerpo ideal nos va a alargar la vida, dar una mejor calidad de vida, vamos a gustar a todos, a tener éxito, a tener más amigos, a tener el mejor trabajo...

Las personas más jóvenes, son las más influenciadas por el ideal de la imagen corporal, y sobre todo las mujeres, cuyo ideal estético es la delgadez mientras que para el hombre el ideal es el cuerpo atlético. Los jóvenes que en su intento de ser aceptados socialmente intentan conseguir de cualquier manera el ideal de imagen corporal que establece nuestra cultura. Ser aceptado en nuestra sociedad es una necesidad para el ser humano y mucho más para una jovencita adolescente que quiere estar dentro de los cánones de belleza que impone nuestra sociedad y conseguir la imagen ideal que predomina en esta sociedad: La delgadez.

SESIÓN # 3.

3. La influencia de la sociedad y los medios

La sociedad actual le da una importancia excesiva a la delgadez, la apariencia física y la belleza mal entendida, una "belleza" que rechaza el verdadero aspecto del cuerpo femenino y busca mujeres sin curvas y musculosas como hombres. Pero no sólo eso, sino que además exige a las mujeres una multiplicidad de roles simultáneos que pueden resultar agotadores para cualquiera (trabajadora, madre, esposa, amante...). No sólo se exigen todos estos roles, sino que además, se exige que sea ella principalmente la que cubra las necesidades emocionales y de cuidados de su familia.

Si a estas exigencias le añadimos una forma de ser perfeccionista y deseosa de hacer lo "correcto", lo que la sociedad espera de ellas y un miedo al fracaso, a no estar a la altura, como a menudo sucede entre las personas con trastornos de la alimentación, no es extraño que la joven adolescente se sienta asustada ante la perspectiva de convertirse en una mujer adulta. Estos sentimientos de inadecuación conducen a una baja aceptación de sí misma y empieza a no gustarse lo suficiente, a ver defectos en sí misma y en su cuerpo. Es aquí cuando el mensaje que la sociedad actual transmite una y otra vez hace mella en ellas de forma especialmente intensa, llevándola a concluir que si es lo bastante delgada y atractiva todo irá mejor, todo será más fácil. Al fin y al cabo parece más fácil cambiar el cuerpo que la mente, parece más fácil adelgazar que vencer los miedos, pero la realidad es que es más bien al contrario; es más fácil cambiar la mente que cambiar el cuerpo; sería más sencillo aceptarse a sí misma tal y como es, que luchar por alcanzar lo inalcanzable: el estado de delgadez que la haga sentirse capaz de enfrentarse al mundo. Eso no sucederá nunca porque lo está intentando alcanzar del modo equivocado.

De hecho, en vez de recurrir a la complicada y dolorosa huida anoréxica, sería mucho más fácil recurrir a una rebeldía sana contra las presiones de la sociedad, de sus padres, de sus propias auto-exigencias perfeccionistas. Aceptar la imperfección, crear la propia realidad, el propio mundo, los propios valores e ideales de lo que es deseable o no lo es, ignorar y despreciar los mandatos sociales insanos y destructivos. En cierto modo puede decirse que está haciendo eso al crear su mundo anoréxico, pero lo está haciendo de un modo patológico, que la sume en un infierno, incluso aunque a veces, en medio de este infierno alcancen momentos de grandeza provocados por el triunfo ante sus impulsos y su cuerpo. Pero este momento durará poco, y sucederá a costa de un altísimo precio.

3.1 Los medios de comunicación:

La publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta situación que le

tiende la cultura imperante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todos desarrollan un trastorno alimenticio.

3.2 Problemas médicos como consecuencia de los trastornos alimenticios

Anorexia

- **Apariencia.** La importante pérdida de peso les da un aspecto demacrado, palidez extrema debida a la anemia, piel seca y acartonada (deshidratación), aparición de un vello fino en cara y cuello (lanugo), a veces tono amarillento, y cabello fino y sin brillo.
- **Aparato cardiovascular.** Pulso lento (por debajo de 60 latidos por minuto), hipotensión arterial, coloración azulada, edema de las extremidades. Los fallos del aparato cardiovascular constituyen una de las principales causas de mortalidad.
- **Aparato gastrointestinal.** Enlentecimiento de la función intestinal, con marcado estreñimiento. Los síntomas que aparecen incluso después de comidas muy escasas, como sensación de plenitud e hinchazón, se deben al retardo en el vaciado gástrico producido debido al mal funcionamiento intestinal. Puede llegar a producirse incluso una parálisis total del intestino.

Anorexia y Bulimia

En la actualidad el canon de belleza, es un cuerpo exageradamente delgado (para poder parecernos a nuestros ídolos de la televisión, actrices y modelos). Provocando que un gran número de personas, sobre todo jóvenes en edad adolescente, lleguen a tener enfermedades como la anorexia o la bulimia.

ANOREXIA: El término anorexia proviene del griego a-/an- (negación) + orégo (tender, apetecer). Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. Se caracteriza por el temor a aumentar de peso y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea obeso aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. En consecuencia, se inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

BULIMIA: La bulimia o bulimia nerviosa (hambre de buey). Persona se vea afectada por atracones y después se recurra a la purga de los alimentos por el vómito o el uso de laxantes.

SESIÓN # 3.

FICHA PARA LA ACTIVIDAD "LA PUBLICIDAD"

Fecha:

Curso:

Integrantes del Grupo:

A continuación, procurar responder a las siguientes preguntas:

1 ¿Qué producto anuncia?

2 ¿A qué población va dirigido el anuncio?

3	<p>¿Cómo son los modelos que aparecen en el anuncio? Realizar una descripción de su aspecto físico.</p>	
4	<p>¿Se utiliza de alguna manera el físico de los modelos para vender el producto? Razonar su respuesta.</p>	

SESIÓN # 4.

4. Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa.

4.1 Sensación de logro y poder.

Una vez que una persona ha logrado emaciación, una sensación de logro y condición social podrían ser los motivadores principales de la perpetuación de la anorexia. La pérdida de peso trae un sentimiento de triunfo sobre la impotencia. En un país donde la obesidad es epidémica, las mujeres jóvenes que logran adelgazar creen que han alcanzado una victoria cultural y personal importante; han superado las tentaciones de las galguerías, y al mismo tiempo, auto-creado una imagen corporal idealizada por los medios de comunicación. Esta sensación de logro falsa a menudo es reforzada por la envidia de sus amigos más gordos quienes pueden percibir a los pacientes anoréxicos como emocionalmente más fuertes y más atractivos sexualmente que ellos.

4.2 Efectos de la inanición.

El hambre a menudo intensifica la depresión, lo cual puede reducir aún más la autoestima y la confianza, aumentando la necesidad de vigilancia renovada sobre el control del peso, por lo tanto perpetuando el ciclo. Por otro lado, algunos expertos creen que ciertas personas anoréxicas heredan una cantidad inusual de narcóticos naturales que se secretan en el cerebro durante condiciones de inanición y pueden promover una adicción al estado de hambre. La inanición también puede crear una sensación de llenura debido a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más fácil el no comer.

SESIÓN # 4.

FICHA PARA LA ACTIVIDAD CUERPOS ENCUESTADOS.

Fecha:

Curso:

Nombre y Apellido:

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1	¿Te gusta tu cuerpo? Valóralo del 0 (Nada) al 4 (Mucho). 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____
2	¿Por qué crees que a mucha gente no le gusta su cuerpo? (elige 2 alternativas de respuesta) de la "A - H"
A	Porque no se quieren.
B	Porque les gustaría tener un cuerpo más delgado y más alto.
C	Porque son muy exigentes.
D	Por la publicidad, que nos vende cuerpos diferentes a los que tiene la gente.

E	No se fijan en otras cosas importantes como la forma de ser, la simpatía, las ganas de ayudar a los demás, el cariño...	
F	Piensan que gustarían más a los demás si su cuerpo fuera diferente.	
G	Se fijan más en las partes que no les gustan del cuerpo y no prestan atención a las partes más bonitas.	
H	otra alternativa:	

SESIÓN # 5.

REFORZAR ASPECTOS INTERPERSONALES (GRUPOS DE AMIGOS).

5. Como afrontar los problemas alimenticios de un amigo/a.

Sugiere ayuda profesional.

La mayoría de la gente responde mejor a las opciones. Puedes ofrecer algunas: “Podrías obtener más información en un grupo de ayuda mutua”, o “Podrías pedir hora al dietista”. Ofrecete a acompañarle para obtener ayuda.

Si se resiste a ser ayudado o niega el problema, es posible que no esté preparado para admitir que tiene un problema de anorexia o bulimia. No le ayudes a negarlo con tu silencio. Habla de las cosas que observas y que te preocupan. No puedes obligarle a buscar ayuda. Sin embargo, puedes indicarle a donde puede dirigirse o llamar para pedir información: puedes incluso sugerir que empiece por hacerse un examen médico. Reafirma que estás dispuesto a hablar del problema, pero solo si quiere y en el momento que considere oportuno. No te pelees con él/ella por el tema de la comida o del peso.

Los amigos bien intencionados, los compañeros de habitación y los miembros de la familia tienden a implicarse demasiado en los problemas de la persona con anorexia o bulimia. Recuerda que los trastornos alimenticios se centran en temas de control y si intentas controlar a la persona enferma, siempre ganará. No intentes manipularla con sobornos, recompensas, castigos o culpabilidad. Ninguna de estas tácticas funciona. El apoyo es la clave.

Tanto si la persona está en tratamiento como si no, no cometes el error de intentar cambiar su comportamiento. Que sea ella quien lo haga. Es la única que puede cambiarlo. El cambio no será de la noche a la mañana. Si te implicas en exceso, puedes enfadarte y acabar quemándote.

Esto es todo lo que puede hacer un amigo, aunque sea frustrante. Solo no podrás conseguir que la persona se cure y no debes asumir esa responsabilidad tu solo.

Si consigues que la persona se responsabilice de su comportamiento mientras la tratas con dignidad y comprensión, es mucho más probable que esta busque ayuda e inicie el cambio.

SESIÓN # 6.

6. Los amigos como apoyo ante los trastornos alimenticios.

6.1 Que pueden hacer los amigos:

Los amigos tenéis un papel muy importante a la hora de darle soporte y apoyo a una persona afectada por un trastorno de la conducta alimentaria, pero lamentablemente no podéis curarla, esto es tarea de los profesionales que le hacen el tratamiento. A continuación te facilitamos algunas pautas que pueden orientarte sobre cómo actuar con la persona afectada:

6.2 ¿Qué hacer?

- Escuchar la persona y mostrarse comprensivo con su situación. Aunque te pueda parecer que no es mucho, saber escuchar a la persona es una gran ayuda para ella.
- Animar a la persona a que pida ayuda profesional. Esto es fundamental porque una persona se puede recuperar de un trastorno de la conducta alimentaria siempre y cuando haga tratamiento con profesionales especializados. Por la forma en cómo se desarrollan estos trastornos es habitual que la persona no acceda a recibir tratamiento. Si se encuentra en esta situación insiste en la necesidad de que reciba ayuda profesional.
 - Si a pesar de insistir en la necesidad de que reciba tratamiento la persona continúa negándose lo mejor que se puede hacer es decirle que se vea en la obligación de hablar con sus familiares, especialmente si la persona afectada es menor de edad, para que busquen ayuda profesional. Seguramente la familia también habrá identificado las señales de alerta, pero siempre es conveniente que reciba información de parte de los amigos del afectado/a. Dando este paso es muy probable que la persona se moleste con vosotros, pero más adelante lo entenderá y lo os agradecerá sinceramente.
 - Si tenéis la sospecha de que habla con "amigos/as" por Internet con los que conversa sobre cómo adelgazar, disimular delante los padres, etc., es muy importante que le demostréis que vosotros sí sois amigos de verdad porque lo que queréis no es que adelgace, sino que lo que queréis es que tenga salud y bienestar. También es necesario que sus padres se enteren de estas "amistades" virtuales para que las puedan alejar.

6.3 ¿Qué NO hacer?

- Ocultar la enfermedad. Es muy probable que la persona afectada os cuente, porque confía en vosotros, lo que le está pasando y, además, le pida que no le explique a nadie, especialmente a sus padres y familiares. Si accedemos a esta petición estaremos, en realidad, favoreciendo la enfermedad.

SESIÓN # 7.

Qué es la asertividad?

Hay quien considera que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

Pongamos un ejemplo: Usted se sienta en un restaurante a cenar. Cuando el camarero le trae lo que ha pedido, se da cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. Usted podría:

- a. No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.
- b. Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese establecimiento.
- c. Llamar al camarero y pedirle que por favor le cambie la copa.

Este ejemplo ilustra los tres puntos principales del continuo de asertividad: **Estilo pasivo, Estilo asertivo y Estilo agresivo**

Ni a) ni b) sean conductas apropiadas en esa situación si lo que pretendemos es reducir nuestro estrés.

Estas formas de comportarnos nos hace a veces ineficaces para la vida social, generándonos malestar. Sin embargo, como cualquier otra conducta, es algo que se puede ir aprendiendo con la práctica.

Una de las razones por la cual la gente es poco asertiva, es debido a que piensan que no tienen derecho a sus creencias, derechos u opiniones. En este sentido, el entrenamiento asertivo no consiste en convertir personas sumisas en quejicas y acusadoras, sino a enseñar que la gente tiene derecho a defender sus derechos ante situaciones que a todas luces son injustas. Expongamos aquí una serie de ideas falsas y el derecho de la persona que es violado:

- **No hay que interrumpir nunca a la gente. Interrumpir es de mala educación.**
- Usted tiene derecho a interrumpir a su interlocutor para pedir una explicación.
- **Los problemas de uno no le interesan a nadie más y no hay que hacerles perder el tiempo escuchándolos.**
- Usted tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
- **Hay que adaptarse a los demás, si no es posible arriesgarnos a perder una amistad.**
- Usted tiene derecho a decir "NO".
- **Cuando alguien tiene un problema hay que ayudarle.**
- Usted tiene el derecho de decidir cuándo prestar ayuda a los demás y cuando no.

Los casos en los cuales no es aconsejable defender nuestros derechos en ese preciso momento son aquellos en los cuales corremos peligro de agresión física o violemos la legalidad (ej. "Skin-heads" que nos insultan por la calle o superior que nos arresta en el ejército).

Recuerde: para todo hay un momento, y saber encontrar el momento adecuado para decir las cosas es también una habilidad.

Hay muchas técnicas para ser asertivos. Una de las técnicas que mejor funcionan es desarmar antes al otro con un cumplido o un reconocimiento de su labor, de su persona o de su tarea, para después pasar a expresar lo que necesitamos.

Vamos a ver un ejemplo ilustrativo de lo que queremos decir:

- Mujer: "Paco, ¿podrías ir a recoger a los niños al colegio?, tengo aun que preparar la lección para mañana y creo no medará tiempo."
- Marido: "Los siento María, pero acabo de volver del trabajo y estoy muy cansado, ve tú."
- Mujer: "**Sé que estás muy cansado, normal porque te esfuerzas mucho en tu trabajo. Tu jefe debería de darse cuenta de eso y no cargarte con tantas**

tareas. Pero te pido el favor de que recojas los niños, ya que tengo que hacer este trabajo para mañana. Luego podremos descansar."

En este último ejemplo se defienden los propios derechos (derecho a pedir ayuda y a expresar las opiniones) sin vulnerar los derechos del otro, puesto que no hay ningún tipo de orden, menosprecio o agresividad hacia la otra persona.

Ser asertivo es expresar nuestros puntos de vista respetando el de los demás.

RECUERDE: Ser asertivo no significa querer llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no. Todos tenemos también derecho a **EQUIVOCARNOS.**

SESIÓN # 7.

FICHA PARA LA HISTORIA DE JUAN

Fecha: _____ Curso: _____

Nombre y apellidos: _____

“Juan es mi primo, tenemos la misma edad y nunca nos aburrimos porque hacemos muchas cosas distintas.

Sé que le preocupa mucho su aspecto físico, pero no porque hable de ello, sino porque viste con ropa ancha y en verano nunca quiere venir a la piscina, siempre tiene algo que hacer.

Está un poco rellenito, mi tía me ha contado que han ido al médico y le ha dicho que su peso está dentro de lo normal y que no tiene que hacer ninguna dieta especial ya que no lo necesita, sólo tiene que comer de manera ordenada, equilibrada, saludable y hacer más ejercicio.

Yo tengo un grupo de amigos y amigas en mi barrio y son todos muy buenos. Sé que a él le gustaría venir conmigo, pero cuando le digo que voy a presentarle a mi grupo, enseguida me dice que no quiere, que le parece que sólo hacemos tonterías, pero no sé cómo puede saberlo porque nunca ha salido con nosotros. Siempre pasa igual, él nunca quiere conocer a nadie.

Creo que no se gusta a sí mismo, se ve defectos que no tiene y piensa que no va a gustar a los demás sobre todo a las chicas. Me gustaría que conociera a mis amigos, porque sé que se llevarían muy bien.

“Quiero ayudarle, pero no sé cómo.”

GUÍA PARA RESOLVER LA SITUACIÓN

1. ¿Qué puedo hacer?
2. Consecuencias de las alternativas
3. Tomar una decisión: ¿qué voy a hacer?
4. ¿De qué manera?
5. Consecuencias de lo que puedo hacer. Alternativa seleccionada.
6. Tomar una decisión: ¿cómo voy a hacerlo?
7. Decisión final: ¿qué voy a hacer? y ¿cómo voy a hacerlo?

GUÍA PARA RESOLVER LA SITUACIÓN

Una vez leída la historia de Juan intenta, con tu grupo de compañeros, buscar la mejor solución a los problemas de Juan. Para ello, rellenar por grupos, las casillas de la tabla, siguiendo las instrucciones que vienen a continuación, para cada casilla:

1. ¿Qué puedo hacer? Debes apuntar dos ideas que se te ocurran para ayudar a Juan, cada alternativa en una casilla diferente.

2. Consecuencias de las alternativas.

Debes pensar las consecuencias positivas(+) y negativas (-) de cada alternativa.

3. Tomar una decisión: ¿qué voy a hacer? En grupo escoger con qué alternativa os quedáis en función de la valoración que hagáis de las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.

4. ¿De qué manera puedo hacerlo? Debéis escribir con qué dos planes (plan1 y plan2) podríais llevar a cabo la opción que habéis escogido para ayudar a Juan.

5. Consecuencias del plan seleccionado. Hay que valorar las consecuencias positivas y negativas de cada uno de los planes que habéis pensado para llevar a cabo la opción escogida.

6. Tomar una decisión: ¿cómo voy a hacerlo?, ¿qué plan es el mejor? Ahora hay que decidir qué plan vais a seguir para llevar a cabo la opción que habéis escogido en función de las consecuencias positivas y negativas de cada plan.

7. Decisión final: ¿qué voy a hacer? y ¿cómo lo voy a hacer? Por último, escribid, a modo de resumen, vuestra decisión final. ¿Qué vais a hacer? Y ¿cómo vais a hacerlo?

SESIÓN # 8.

REFORZAR ASPECTOS FAMILIARES Y ASPECTOS SOCIALES.

8. Los problemas alimenticios en el ámbito Familiar.

No se puede culpabilizar a la familia como causa de la anorexia o la bulimia, ya que dicha enfermedad tiene una multietiología.

Aunque dentro de dicha multietiología haya algunos factores que influyen en dicha enfermedad, como puedan ser las malas relaciones con los padres, poca motivación de los padres hacia los hijos, los abusos... Asimismo, hay que señalar que no solo la persona que padece esta enfermedad va a tener problemas, también su entorno familiar sufrirá la enfermedad. La familia, sobre todo la figura materna, va a vivir una situación límite, en la que al igual que ocurre en situaciones de catástrofes, todos tratan de resolver como sea, sin saber cómo hacerlo, resultando que la forma de actuar es lo realmente peligroso.

Es lógico que la familia se encuentre desconcertada ante el comportamiento incomprensible del paciente y trate de convencerle para que cambie de actitud y empiece a comer. Aunque todos los familiares suelen estar predispuestos con sus argumentos a convencer al paciente no suelen conseguir ningún resultado.

La familia debe seguir las recomendaciones y orientaciones del profesional, que muchas veces no son nada fáciles. Las relaciones familiares que surgen en torno a esta enfermedad son muy duras y dolorosas para todos los miembros de la unidad familiar.

Aunque es frecuente que los padres estén dispuestos a ayudar a su descendiente, si es cierto que a veces no es reconocido por alguno de los padres, y es entonces cuando la curación de su hijo puede ser más dificultosa. Lo ideal para el tratamiento de su descendiente, es que los progenitores se informen y acudan al profesional responsable y entre todos valoren la situación para dar unas respuestas apropiadas a la situación, con el fin de encontrar las estrategias terapéuticas efectivas y compartidas. La paciente también vive muy traumáticamente la ayuda de sus familiares, cuando le animan y estimulan para que cambie sus hábitos y empiece a tener unos hábitos normales de ingesta. La paciente evita esa situación aislándose de su familia en los momentos que se reúnen para las comidas. Si está presente en el momento de la comida será muy desagradable para todos.

SESIÓN # 9.

. Pautas de comportamiento familiar con la Anorexia o la Bulimia.

Uno de los aspectos más difíciles para un padre o paciente es admitir que existe un problema. Puede ser difícil, por ejemplo, que una madre le confiese a un médico que su hija tiene un problema del comer, ya que la comida es una parte tan intrínseca de la relación madre/hijo, y el trastorno del comer de un hijo podría parecer un fracaso paterno terrible. Es sumamente importante superar esos sentimientos e informar al médico de cualquier pérdida de peso sospechosa o problemas conductuales relacionados con la comida. A menudo, el paciente necesita ser obligado por un padre u otros a ver a un médico. Debido a que el paciente puede negar y resistir el problema, se recomienda que un compañero de apoyo esté presente durante parte de la entrevista para que ofrezca información adicional sobre los antecedentes del comer del paciente y ayude a compensar cualquier resistencia o negación que el paciente pueda expresar.

- La familia tiene que evitar temas de conversación relacionados con la comida, el aspecto físico de la paciente o la salud de la misma. Son temas que se tratan en el grupo terapéutico.
- Los padres son las personas que deciden los menús diarios, deben abstenerse de preguntar al paciente su opinión sobre este tema.
- Ignorar los comentarios o protestas de la paciente, respecto a cantidades o contenidos antes, durante y después de las comidas.
- Procurar variar los menús, para que la paciente este mejor nutrida y evitar que pueda acogerse a determinados alimentos que pueda llegar a ritualizar.

Si existen diferencias de opinión entre los miembros de la familia (respecto al trastorno), discutirlos fuera de la presencia del paciente, o posponerlo para plantearlos en el grupo terapéutico de familias o ante su terapeuta.

SESIÓN # 10.

10. Comportamientos involucrados en la alimentación.

Los desórdenes alimenticios, el miedo a la obesidad y las conductas extravagantes en relación con la comida son algunos de los principales síntomas.

Los bulímicos son capaces de ingerir grandes cantidades de comida en poco tiempo y, luego, se generan conductas purgativas como auto-provocarse vómitos o consumir laxantes y diuréticos en forma indiscriminada. La rutina la rematan con desayunos compensatorios que, finalmente, los llevan a repetir el ciclo.

Los anoréxicos tienen una marcada tendencia a la inanición, acompañada por un temor e irracional hacia los alimentos. Se niegan a comer, tienen terror a aumentar de peso, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que eso provoca y oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión.

La adicción a las drogas es una característica bastante frecuente entre estas pacientes así como su tendencia a la depresión y a la ansiedad. Además, suelen fracasar en sus relaciones sentimentales.

Las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimenticios y todo lo que esté relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético.

Sobreviene la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones.

10.1. Influencia de aspectos socio-familiares.

Los medios de comunicación también contribuyen con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos, etc. Y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar “si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré” (a cualquier precio, aun el de la propia salud).

Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: “fast food”, gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero poco valor nutritivo y de alto valor engordante.

Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto solo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario.

El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo.

Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, más allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores para esclarecer e informar, ya se ven algunos intentos como por ejemplo la firma de ropas SAIL que influye en sus campañas graficas o televisivas advertencias sobre estas enfermedades.

ANEXO 2: Ficha Diagnostica

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA**

Ficha Diagnostica.

Datos Generales:

N° lista: _____ Sección: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Procedencia: _____

Tipo de Familia: Integrada: _____ Desintegrada: _____ Mixta: _____

Situación socioeconómica: Alta: _____ Media: _____ Baja: _____

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA**

Ficha Diagnostica.

Datos Generales:

N° lista: _____ Sección: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Procedencia: _____

Tipo de Familia: Integrada: _____ Desintegrada: _____ Mixta: _____

Situación socioeconómica: Alta: _____ Media: _____ Baja: _____



ANEXO 3: EDI-2 cuestionario.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA

EDI-2 CUESTIONARIO

Indicación: Responda a cada ítems según considere correcto, para lo cual seleccione el número del 0 al 5 para indicar la frecuencia del enunciado, recuerde que no existen respuestas correctas e incorrectas, solo respuestas sinceras.

Nº de lista: _____. **Sección** _____. **Fecha:** _____.

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

Nº	Ítems	Respuestas
1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2	Creo que mi estómago es demasiado grande	
3	Me gustaría volver a ser niña para sentirme segura	
4	Suelo comer cuando estoy disgustada	
5	Suelo hartarme de comida	
6	Me gustaría ser más joven	
7	Pienso en ponerme a dieta	
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10	Me considero una persona poco eficaz	
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13	En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	
14	La infancia es la época más feliz de la vida	

15	Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16	Me aterroriza la idea de engordar	
17	Confío en los demás	
18	Me siento sola en el mundo	
19	Me siento satisfecha con mi figura	
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21	Suelo estar confusa sobre mis emociones	
22	Preferiría ser adulta a ser niña	
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24	Me gustaría ser otra persona	
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27	Me siento incapaz	
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29	Cuando era pequeña, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30	Tengo amigos íntimos	
31	Me gusta la forma de mi trasero	
32	Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36	Me fastidia no ser la mejor en todo	
37	Me siento segura de mi misma	
38	Suelo pensar en darme un atracón	
39	Me alegra haber dejado de ser una niña	
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no	
41	Tengo mala opinión de mi	
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos	

43	Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes	
44	Temo no poder controlar mis sentimientos	
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47	Me siento hinchada después de una comida normal	
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50	Me considero una persona valiosa	
51	Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, asustada o enfadada	
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53	Pienso en vomitar para perder peso	
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente: me siento incomoda si alguien se acerca demasiado	
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59	Creo que mi trasero es demasiado grande	
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61	Como o bebo a escondidas	
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	
64	Cuando estoy disgustada, temo empezar a comer	
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	

71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer	
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73	Soy comunicativa con la mayoría de la gente	
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapada	
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76	La gente comprende mis verdaderos problemas	
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78	Comer por placer es signo de debilidad moral	
79	Soy propensa a tener ataques de rabia o de ira	
80	Creo que la gente confía en mi tanto como merezco	
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82	Creo que estar tranquila y relajada es una pérdida de tiempo	
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85	Tengo cambios de humor bruscos	
86	Me siento incomoda por las necesidades de mi cuerpo	
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89	Sé que la gente me aprecia	
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo	
91	Creo que realmente sé quién soy	

Interpretacion del Test EDI-2

NINGUNA TENDENCIA (0-25): Ausencia de rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, sin ninguna alteración de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y sin preocupación exagerada por el control de peso.

TENDENCIA BAJA (26-50): Preocupación mínima por el control del peso corporal, propenso a desarrollar los trastorno de alimentación.

TENDENCIA MEDIA (51-75): Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor normal, miedo presente a engordar, insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social en un nivel intermedio.

TENDENCIA ALTA (76-99): obsesión a mantener el peso corporal por encima del valor normal, miedo generalizado a engordar, también implica una alteración de la percepción por la auto imagen, alteración de atracones con pérdida de control de los mismo, adaptación de medidas extremas para mantener el peso, insatisfacción corporal, perfeccionismo e inseguridad social en un nivel significativo.

ANEXO 4: Guía de entrevista.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA**

Guía de entrevista.

Indicación: Responda a cada ítems según considere correcto, para lo cual seleccione con una X una de las afirmaciones (SI o NO) para indicar la frecuencia del enunciado, recuerde que no existen respuestas correctas e incorrectas, solo respuestas sinceras.

	Aspectos Familiares	SI	No
1	Tu familia influye en tu apariencia física		
2	Tu familia te compara físicamente con un familiar o amiga cercana		
3	Tu familia te exige que tengas un peso ideal		
4	Tu familia controla lo que comes		
	Aspectos Interpersonales, (Grupos de amigos)		
5	Te Gustaría parecerte a una amiga físicamente		
6	Tus amigas aceptan tus hábitos alimenticios		
7	Le das credibilidad a los comentarios de tus amigas sobre tu apariencia física		
8	Te sientes mal cuando hacen un comentario negativo sobre tu apariencia física		
	Medios de Comunicación		
9	Consideras que los programas de belleza podrían influir en tu apariencia física		
10	Los certámenes de belleza influyen en tu apreciación emocional		
11	Te dejas influir por los anuncios televisivos donde presentan modelamiento físico		
12	Te dejas persuadir por amigos, familiares o la moda a la hora de elegir tu vestuario		
	Aspectos Físicos		
13	De acuerdo a tu edad y estatura, consideras tener un bajo peso		
14	Te consideras con sobre peso		
15	Te sientes a gusto con tu peso corporal		
16	Eres capaz de identificar cuando tienes hambre o sed, durante una etapa de crisis		

Aspectos Psicológicos			
17	Durante un impulso de atracón, sabes cómo controlarte a la hora de comer		
18	Te sientes insegura con tu apariencia física		
19	Te sientes incomoda cuando te miras al espejo		
20	Tienes sentimientos de inferioridad con relación a tu aspecto físico		
Aspectos Sociales			
21	Se te hace fácil establecer nuevos vínculos de amistad		
22	Se te dificulta hablar sobre los problemas alimenticios		
23	Te consideras una persona libre de esquemas mentales		
24	Te sientes cómoda con tu grupo social		

Preguntas complementarias.

1. Alguna vez ha practicado el vómito como desahogo a la ansiedad

2. Te preocupa tu delgadez

3. Cuantos hermanos/as tienes

4. Suelas compararte con tus hermanas físicamente

5. Te sientes discriminada por tus compañeras por tu apariencia física

6. Tus compañeras te hacen bromas pesadas por tu apariencia física

7. Tus compañeras alguna vez te han dicho 'gorda' o 'flaca' en forma de burla

8. Te gustan los programas de belleza, Si, no, porque

9. Qué opinas sobre las conductoras de los programas de televisión en cuanto a su apariencia física

10.Cuál es tu idea sobre un cuerpo perfecto

ANEXO 5: Tabla EDI – 2 Cuestionario

N	Indicador	Frecuencia												Total
		Nunca		Pocas veces		A veces		A menudo		Casi siempre		Siempre		
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
1	Come dulces	1	1	20	22	23	26	16	18	13	14	17	19	90
2	Estomago grande	27	30	16	18	18	20	8	9	13	14	8	9	90
3	Volver a ser niña	26	29	30	33	23	26	2	2	3	3	6	7	90
4	Comer disgustada	46	51	23	26	11	12	1	1	6	7	3	3	90
5	Atracón	26	29	33	37	19	21	7	8	4	4	1	1	90
6	Ser joven	45	50	21	23	17	19	2	2	1	1	4	4	90
7	Hacer dieta	21	23	18	20	15	17	16	18	10	11	10	11	90
8	Sentimientos negativos	19	21	24	27	11	12	23	26	7	8	6	6	90
9	Muslos gruesos	43	47	16	18	13	15	3	3	5	6	10	11	90
10	Poco eficaz	40	44	28	31	10	11	7	8	2	2	3	3	90
11	Culpa por comer	34	38	16	18	22	24	6	7	2	2	10	11	90
12	Estomago adecuada	11	12	22	24	7	8	12	13	9	10	29	32	90
13	Resultados sobresalientes	16	18	20	22	20	22	8	8	13	15	13	15	90
14	Infancia feliz	4	4	7	8	12	13	11	12	17	19	39	43	90
15	Expresar sentimientos	8	9	14	16	20	22	10	11	18	20	20	22	90
16	Miedo a engordar	21	23	14	16	14	16	8	9	7	8	26	28	90

17	Confianza	7	8	19	21	22	24	15	17	19	21	8	9	90
18	Desolación	37	41	20	22	20	22	8	9	3	3	2	2	90
19	Aceptación	8	9	17	18	13	15	13	15	13	15	26	28	90
20	Control de las cosas	6	7	12	13	26	29	20	22	15	17	11	12	90
21	Confusión emocional	19	21	24	27	17	19	16	18	8	9	6	7	90
22	Adulthood temprana	37	41	20	22	25	28	1	1	4	4	3	3	90
23	Comunicación difícil	9	10	10	11	18	20	20	22	12	13	21	23	90
24	Ser otra persona	59	65	13	15	8	9	6	7	1	1	3	3	90
25	Importancia del peso	34	38	20	22	15	17	4	4	7	8	10	11	90
26	Emociones identificadas	5	6	11	12	19	21	20	22	19	21	16	18	90
27	Incapaz	40	44	26	29	14	16	4	4	4	4	1	1	90
28	Ingesta excesiva	60	66	13	15	7	8	5	6	3	3	2	2	90
29	No decepcionar	6	6	13	15	13	15	9	10	12	13	37	41	90
30	Amigos íntimos	29	32	19	21	4	4	6	7	10	11	22	24	90
31	Aceptación corporal	11	12	7	8	10	11	9	10	17	19	35	39	90
32	Obsesión por la delgadez	38	42	18	20	7	8	9	10	7	8	11	12	90
33	Conflictos internos	25	28	24	27	19	21	14	16	4	4	4	4	90
34	Exteriorizar emociones	20	22	17	19	29	32	8	9	9	10	7	8	90
35	Preocupación Excesiva	5	6	10	11	27	30	23	26	17	19	7	7.8	90
36	Perfeccionismo	20	22	20	22	25	28	14	16	7	8	4	4	90
37	Seguridad	2	2	12	13	17	19	15	17	18	20	25	28	90
38	Pensamientos de ingesta	52	58	22	24	7	8	5	6	0	0.0	4	4	90

39	Dejar de ser niña	21	23	22	24	25	28	8	9	11	12	4	4	90
40	Inseguridad	27	30	20	22	16	18	11	12	8	9	7	8	90
41	Mala opinión	48	53	19	21	9	10	2	2.2	4	4	8	9	90
42	Logros	4	4	3	3	8	9	11	12	21	23	43	48	90
43	Resultados sobresalientes	1	1	3	3	5	6	13	15	16	18	52	57	90
44	Pérdida de control	11	12	22	24	22	24	15	17	9	10	11	12	90
45	Caderas anchas	44	49	16	18	8	9	9	10	4	4	9	10	90
46	Como en exceso cuando no me ven	49	54	14	16	15	17	4	4	5	6	3	3	90
47	Fatiga corporal	36	40	26	28	10	11	5	6	6	7	7	8	90
48	Niñez feliz	19	21	19	21	19	21	14	16	4	4	15	17	90
49	Obsesión por el peso	32	36	17	19	8	9	11	12	4	4	18	20	90
50	Seguridad en sí misma	1	1	2	2	10	11	8	9	13	15	56	62	90
51	Sentimientos confusos	19	21	12	13	19	21	15	17	14	16	11	12	90
52	Perfeccionismo	11	12	14	16	20	22	18	20	14	16	13	14	90
53	Vomitarse para perder peso	74	82	5	6	6	7	3	3	1	1	1	1	90
54	Distante	44	49	18	20	11	12	5	6	8	9	4	4	90
55	Muslos adecuados	9	10	15	17	11	12	15	17	15	17	25	27	90
56	Vacío interior	45	50	15	17	16	18	6	6	3	3	5	6	90
57	Capacidad de expresión	8	9	18	20	16	18	13	14	21	23	14	16	90
58	Valoración de la edad adulta	21	23	22	24	25	28	15	17	7	8	0	0	90
59	Distorsión corporal	61	68	13	14	6	7	6	7	0	0	4	4	90
60	Confusión de emociones	18	20	29	32	19	21	11	12	11	12	2	2	90

61	Comer a escondidas	71	79	10	11	3	3	2	2	3	3	1	1	90
62	Caderas adecuadas	7	8	16	18	11	12	15	17	7	8	34	37	90
63	Objetivos ambiciosos	28	31	10	11	19	21	12	13	12	13	9	10	90
64	Disgusto, temor a empezar a comer.	66	73	14	16	2	2	3	3	3	3	2	2	90
65	Decepción	14	16	33	37	16	17	8	9	11	12	8	9	90
66	Avergonzado por su Debilidad humana	38	42	17	19	22	24	6	7	5	6	2	2	90
67	Inestabilidad emocional	55	61	15	17	11	12	7	8	2	2	0	0	90
68	Control corporal	11	12	21	23	21	23	12	13	8	9	17	19	90
69	A gusto con su cuerpo	5	6	5	6	19	21	20	22	26	28	15	17	90
70	Persona impulsiva	12	13	22	24	21	23	10	11	16	18	9	10	90
71	Satisfacción personal	45	50	17	18	9	10	9	10	5	6	5	6	90
72	Tendencia a consumir drogas	57	63	1	1	3	3	0	0	3	3	26	29	90
73	Comunicativa	0	0	14	16	18	20	17	19	19	21	22	24	90
74	Malas relaciones interpersonales	50	55	24	27	10	11	5	6	1	1	0	0	90
75	Abnegación	11	12	11	12	14	16	14	16	17	19	23	25	90
76	Empatía	14	16	24	27	24	27	19	21	8	8	1	1	90
77	Pensamientos extraños	22	24	27	30	12	13	11	12	9	10	9	10	90
78	Debilidad moral	36	40	15	16	18	20	6	7	8	9	7	8	90
79	Propenso a la impulsividad	27	30	26	29	16	18	10	11	8	9	3	3	90
80	Confiable	5	6	7	8	15	16	17	19	28	31	18	20	90
81	Control por las bebidas alcohólicas	55	61	1	1	3	3	2	2	3	3	26	29	90
82	Relajarse es una pérdida de tiempo	65	72	7	8	6	7	7	8	3	3	2	2	90

83	Irritable	28	31	25	28	10	11	13	14	7	8	7	8	90
84	Negatividad	27	30	28	31	13	14	11	12	6	7	5	6	90
85	Bipolaridad	27	30	24	27	21	23	9	10	5	6	4	4	90
86	Incomodidad por las necesidades fisiológicas	38	42	24	27	13	14	7	8	4	4	4	4	90
87	Aislamiento	38	42	20	22	13	14	8	9	7	8	4	4	90
88	Resilencia	39	43	15	16	17	19	6	7	8	9	5	6	90
89	Valoración	3	3	4	4	10	11	12	13	30	33	31	34	90
90	Hacer daño a los demás y así mismo	72	80	9	10	4	4	2	2	3	3	0	0	90
91	Sé quién soy	6	6	7	8	14	16	11	12	23	26	29	32	90

Nota: En la presente tabla se seleccionaron preguntas de suma importancia para la investigación, las cuales tienen mayor indicador para establecer la presencia de conducta Anoréxica y Bulímica en la población investigada. Estas preguntas se presentan mediante cuadros y gráficas.

ANEXO 6: Tabla Población, Sección “A” Escala EDI-2

N° de sujeto	DT Obsesión por la delgadez	B Bulimia	BD Insatisfacción Corporal	I Ineficacia	P Perfeccionismo	ID Desconfianza Interpersonal	IA Conciencia Introspectiva	MF Miedo a la Madurez	A Ascetismo	IR Impulsividad	SI Inseguridad Social	Tendencia Predominante
1	71 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	37 Tendencia Baja		91 Tendencia Alta				95 Tendencia Alta		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
2	49 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		76 Tendencia Alta				40 Tendencia Baja		83 Tendencia Alta	Tendencia Baja
3	49 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	14 Ninguna Tendencia		91 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		63 Tendencia Media	Tendencia Baja
4	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		76 Tendencia Alta				73 Tendencia Media		98 Tendencia Alta	Tendencia Alta
5	62 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	45 Tendencia Baja		82 Tendencia Alta				51 Tendencia Media		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
6	97	81	41		87				96		90	Tendencia

	Tendencia Alta	Tendencia Alta	Tendencia Baja		Tendencia Alta				Tendencia Alta		Tendencia Alta	Alta
7	18 Ninguna Tendencia	57 Tendencia Media	49 Tendencia Baja		82 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		78 Tendencia Alta	Tendencia Alta
8	34 Tendencia Baja	97 Tendencia Alta	53 Tendencia Media		51 Tendencia Media				5 Ninguna Tendencia		96 Tendencia Alta	Tendencia Alta
9	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	75 Tendencia Media		97 Tendencia Alta				73 Tendencia Media		98 Tendencia Alta	Tendencia Alta
10	34 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	37 Tendencia Baja		94 Tendencia Alta				12 Ninguna Tendencia		45 Tendencia Baja	Tendencia Baja
11	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	61 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
12	53 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	64 Tendencia Media		82 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
13	26 Tendencia	47 Tendencia	32 Tendencia		51 Tendencia				5 Ninguna		63 Tendencia	Tendencia Media

	Baja	Baja	Baja		Media				Tendencia		Media	
14	69 Tendencia Alta	47 Tendencia Baja	37 Tendencia Baja		86 Tendencia Alta				51 Tendencia Media		70 Tendencia Media	Tendencia Alta
15	44 Tendencia Baja	69 Tendencia Media	70 Tendencia Media		86 Tendencia Alta				86 Tendencia Alta		0 Ninguna Tendencia	Tendencia Alta
16	62 Tendencia Media	52 Tendencia Media	57 Tendencia Media		82 Tendencia Alta				80 Tendencia Alta		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
17	49 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		76 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		45 Tendencia Baja	Tendencia Baja
18	18 Ninguna Tendencia	90 Tendencia Alta	53 Tendencia Media		51 Tendencia Media				51 Tendencia Media		90 Tendencia Alta	Tendencia Alta
19	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	45 Tendencia Baja		36 Tendencia Baja				22 Ninguna Tendencia		78 Tendencia Alta	Tendencia Baja
20	44 Tendencia Baja	87 Tendencia Alta	57 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		83 Tendencia Alta	Tendencia Alta

21	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	67 Tendencia Media		51 Tendencia Media				40 Tendencia Baja		97 Tendencia Alta	Tendencia Media
22	34 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	54 Tendencia Media		36 Tendencia Baja				40 Tendencia Baja		87 Tendencia Alta	Tendencia Baja
23	71 Tendencia Media	81 Tendencia Alta	77 Tendencia Alta		91 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
24	65 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	67 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		97 Tendencia Alta	Tendencia Alta
25	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	45 Tendencia Baja		76 Tendencia Alta				0 Ninguna Tendencia		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
26	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	53 Tendencia Media		94 Tendencia Alta				80 Tendencia Alta		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
27	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	0 Ninguna Tendencia		36 Tendencia Baja				40 Tendencia Baja		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
28	77	47	49		97				99		83	Tendencia

	Tendencia Alta	Tendencia Baja	Tendencia Baja		Tendencia Alta				Tendencia Alta		Tendencia Alta	Alta
29	26 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	75 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				40 Tendencia Baja		0 Ninguna Tendencia	Tendencia Baja
30	44 Tendencia Baja	69 Tendencia Media	95 Tendencia Alta		68 Tendencia Media				40 Tendencia Baja		99 Tendencia Alta	Tendencia Alta
31	49 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	67 Tendencia Media		51 Tendencia Media				61 Tendencia Media		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
32	53 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	57 Tendencia Media		36 Tendencia Baja				61 Tendencia Media		94 Tendencia Alta	Tendencia Media
33	53 Tendencia Media	81 Tendencia Alta	14 Ninguna Tendencia		16 Ninguna Tendencia				61 Tendencia Media		63 Tendencia Media	Tendencia Media
34	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	75 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				40 Tendencia Baja		0 Ninguna Tendencia	Tendencia Baja
35	18 Ninguna	47 Tendencia	45 Tendencia		51 Tendencia				61 Tendencia		93 Tendencia	Tendencia Media

	Tendencia	Baja	Baja		Media				Media		Alta	
36	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	72 Tendencia Media		16 Ninguna Tendencia				12 Ninguna Tendencia		78 Tendencia Alta	Tendencia Alta
37	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	19 Ninguna Tendencia		76 Tendencia Alta				40 Tendencia Baja		99 Tendencia Alta	Tendencia Alta
38	18 Ninguna Tendencia	69 Tendencia Media	67 Tendencia Media		94 Tendencia Alta				51 Tendencia Media		18 NT	Tendencia Media
39	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	75 Tendencia Media		51 Tendencia Media				73 Tendencia Media		90 Tendencia Alta	Tendencia Media
40	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	61 Tendencia Media		68 Tendencia Media				22 Ninguna Tendencia		70 Tendencia Media	Tendencia Media
41	49 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		68 Tendencia Media				5 Ninguna Tendencia		90 Tendencia Alta	Tendencia Baja
42	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	37 Tendencia Baja		57 Tendencia Media				5 Ninguna Tendencia		54 Tendencia Media	Tendencia Baja

43	34 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	49 Tendencia Baja		51 Tendencia Media				51 Tendencia Media		90 Tendencia Alta	Tendencia Baja
44	34 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	19 Ninguna Tendencia		24 Ninguna Tendencia				12 Ninguna Tendencia		78 Tendencia Alta	Tendencia Baja
45	49 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	57 Tendencia Media		68 Tendencia Media				22 Ninguna Tendencia		78 Tendencia Alta	Tendencia Media
46	53 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	53 Tendencia Media		51 Tendencia Media				40 Tendencia Baja		94 Tendencia Alta	Tendencia Media

Fuente: Instrumento.

Descripción: Se observa en el ANEXO 6: Tabla Población, Sección “A” Escala EDI-2 los datos de la población que se tomó en cuenta para la realización de la investigación”, en donde se presentan 46 adolescentes de la sección “A”

En esta tabla se observan 3 escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con el tema; el tipo y el peso: Obsesión por la Delgadez; Bulimia; Insatisfacción Corporal; además 8 escalas más generales referidas a rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en este tipo de trastornos: Ineficacia, Miedo a la Madurez, Perfeccionismo, Ascetismo, Desconfianza interpersonal, Impulsividad, Conciencia introspectiva, Inseguridad Social.

Es importante mencionar además que de las 11 Escalas del EDI-2 solo se retomaron 6, las cuales son: (DT) Obsesión por la Delgadez, (B) Bulimia, (BD) Insatisfacción Corporal, (P) Perfeccionismo, (A) Ascetismo, (SI) Inseguridad Social, la razón por la cual se tomaron estas escalas es porque tenían una aproximación dentro del entorno social, en el cual se desarrolla cada una de la población en estudio.

Los datos representados en cada una de las escalas se obtuvieron mediante la aplicación del Cuestionario EDI-2, el cual consta de 91 ítems con respuestas que van de 0 a 5 puntos.

ANEXO 7: Tabla Población, Sección “B” Escala EDI-2

N° de sujeto	DT Obsesión por la delgadez	B Bulimia	BD Insatisfacción Corporal	I Ineficacia	P Perfeccionismo	ID Desconfianza Interpersonal	IA Conciencia Introspectiva	MF Miedo a la Madurez	A Ascetismo	IR Impulsividad	SI Inseguridad Social	Tendencia Predominante
1	34 Tendencia Baja	57 Tendencia Media	49 Tendencia Baja		76 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		63 Tendencia Media	Tendencia Media
2	69 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	61 Tendencia Media		86 Tendencia Alta				12 Ninguna Tendencia		83 Tendencia Alta	Tendencia Alta
3	86 Tendencia Alta	57 Tendencia Media	57 Tendencia Media		36 Tendencia Baja				61 Tendencia Media		83 Tendencia Alta	Tendencia Media
4	58 Tendencia Media	57 Tendencia Media	72 Tendencia Media		84 Tendencia Alta				61 Tendencia Media		87 Tendencia Alta	Tendencia Media
5	57 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		82 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		64 Tendencia Media	Tendencia Media
6	58 Tendencia Media	93 Tendencia Alta	53 Tendencia Media		94 Tendencia Alta				73 Tendencia Media		0 Ninguna Tendencia	Tendencia Alta

7	58 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	67 Tendencia Media		98 Tendencia Alta				80 Tendencia Alta		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
8	26 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	45 Tendencia Baja		99 Tendencia Alta				73 Tendencia Media		96 Tendencia Alta	Tendencia Alta
9	53 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	63 Tendencia Media		91 Tendencia Alta				40 Tendencia Baja		83 Tendencia Alta	Tendencia Alta
10	O Ninguna Tendencia	87 Tendencia Alta	61 Tendencia Media		24 Ninguna Tendencia				95 Tendencia Alta		63 Tendencia Media	Tendencia Alta
11	34 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	41 Tendencia Baja		68 Tendencia Media				22 Ninguna Tendencia		63 Tendencia Media	Tendencia Media
12	26 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	77 Tendencia Alta		59 Tendencia Media				5 Ninguna Tendencia		83 Tendencia Alta	Tendencia Alta
13	69 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	53 Tendencia Media		51 Tendencia Media				51 Tendencia Media		87 Tendencia Alta	Tendencia Media
14	26 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	62 Tendencia Media		94 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		97 Tendencia Alta	Tendencia Alta
15	75	81	37		59				40		63	Tendencia Media

	Tendencia Media	Tendencia Alta	Tendencia Baja		Tendencia Media				Tendencia Baja		Tendencia Media	
16	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	19 Ninguna Tendencia		51 Tendencia Media				40 Tendencia Baja		45 Tendencia Baja	Tendencia Baja
17	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	70 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		96 Tendencia Alta	Tendencia Alta
18	86 Tendencia Alta	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		86 Tendencia Alta				86 Tendencia Alta		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
19	83 Tendencia Alta	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		68 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		96 Tendencia Alta	Tendencia Alta
20	62 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	64 Tendencia Media		91 Tendencia Alta				61 Tendencia Media		O Ninguna Tendencia	Tendencia Media
21	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	70 Tendencia Media		59 Tendencia Media				22 Ninguna Tendencia		87 Tendencia Alta	Tendencia Media
22	53 Tendencia Media	69 Tendencia Media	45 Tendencia Baja		82 Tendencia Alta				22 Ninguna Tendencia		33 Tendencia Baja	Tendencia Media
23	34 Tendencia	95 Tendencia	45 Tendencia		82 Tendencia Alta				5 Ninguna		63 Tendencia	Tendencia Alta

	Baja	Alta	Baja						Tendencia		Media	
24	95 Tendencia Alta	90 Tendencia Alta	57 Tendencia Media		82 Tendencia Alta				93 Tendencia Alta		78 Tendencia Alta	Tendencia Alta
25	44 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	49 Tendencia Baja		70 Tendencia Media				73 Tendencia Media		87 Tendencia Alta	Tendencia Baja
26	69 Tendencia Media	87 Tendencia Alta	77 Tendencia Alta		59 Tendencia Media				73 Tendencia Media		98 Tendencia Alta	Tendencia Alta
27	62 Tendencia Media	93 Tendencia Alta	45 Tendencia Baja		59 Tendencia Media				40 Tendencia Baja		90 Tendencia Alta	Tendencia Alta
28	58 Tendencia Baja	69 Tendencia Media	72 Tendencia Media		95 Tendencia Alta				91 Tendencia Alta		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
29	86 Tendencia Alta	93 Tendencia Alta	65 Tendencia Media		94 Tendencia Alta				93 Tendencia Alta		90 Tendencia Alta	Tendencia Alta
30	53 Tendencia Media	81 Tendencia Alta	95 Tendencia Alta		59 Tendencia Media				22 Ninguna Tendencia		54 Tendencia Media	Tendencia Alta
31	65 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	19 Ninguna Tendencia		68 Tendencia Media				12 Ninguna Tendencia		33 Tendencia Baja	Tendencia Media

32	26 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	32 Tendencia Baja		54 Tendencia Media				5 Tendencia Baja		45 Tendencia Media	Tendencia Baja
33	58 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	45 Tendencia Baja		95 Tendencia Alta				5 Ninguna Tendencia		87 Tendencia Alta	Tendencia Alta
34	70 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	57 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				86 Tendencia Alta		33 Tendencia Baja	Tendencia Alta
35	18 Ninguna Tendencia	69 Tendencia Media	83 Tendencia Alta		94 Tendencia Alta				40 Tendencia Baja		94 Tendencia Alta	Tendencia Alta
36	95 Tendencia Alta	0 Ninguna Tendencia	37 Tendencia Baja		0 Ninguna Tendencia				51 Tendencia Media		78 Tendencia Alta	Tendencia Alta
37	26 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	55 Tendencia Media		59 Tendencia Media				40 Tendencia Baja		78 Tendencia Alta	Tendencia Media
38	86 Tendencia Alta	90 Tendencia Alta	45 Tendencia Baja		99 Tendencia Alta				93 Tendencia Alta		93 Tendencia Alta	Tendencia Alta
39	53 Tendencia Media	47 Tendencia Baja	61 Tendencia Media		66 Tendencia Media				73 Tendencia Alta		93 Tendencia Alta	Tendencia Media
40	18 Tendencia Baja	47 Tendencia Baja	88 Tendencia Alta		51 Tendencia Media				51 Tendencia Media		70 Tendencia Media	Tendencia Media

	Ninguna Tendencia	Tendencia Baja	Tendencia Alta		Tendencia Media				Tendencia Media		Tendencia Media	
41	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	75 Tendencia Media		94 Tendencia Alta				86 Tendencia Alta		O Ninguna Tendencia	Tendencia Alta
42	44 Tendencia Baja	42 Tendencia Baja	64 Tendencia Media		76 Tendencia Alta				12 Ninguna Tendencia		96 Tendencia Alta	Tendencia Alta
43	18 Ninguna Tendencia	81 Tendencia Alta	53 Tendencia Media		51 Tendencia Media				51 Tendencia Media		93 Tendencia Alta	Tendencia Alta
44	18 Ninguna Tendencia	47 Tendencia Baja	37 Tendencia Baja		76 Tendencia Alta				86 Tendencia Alta		97 Tendencia Alta	Tendencia Alta

Fuente: Instrumento.

Descripción: El ANEXO 7: Tabla Población, Sección “B” Escala EDI-2 representa datos de la población que se tomó en cuenta para la realización de la investigación”, en donde se presentan 44 adolescentes de la sección “B”

En la tabla se observan 3 escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con las conductas, el tipo y el peso: Obsesión por la Delgadez; Bulimia; Insatisfacción Corporal; además 8 escalas más generales referidas a rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en este tipo de trastornos: Ineficacia, Miedo a la Madurez, Perfeccionismo, Ascetismo, Desconfianza interpersonal, Impulsividad, Conciencia introspectiva, Inseguridad Social.

Es importante mencionar además que de las 11 Escalas del EDI-2 solo se retomaron 6, las cuales son: (DT) Obsesión por la Delgadez, (B) Bulimia, (BD) Insatisfacción Corporal, (P) Perfeccionismo, (A) Ascetismo, (SI) Inseguridad Social, la razón por la cual se tomaron estas escalas es porque tenían una aproximación dentro del entorno social, en el cual se desarrolla cada una de las población en estudio.

Los datos representados en cada una de las escalas se obtuvieron mediante la aplicación del Cuestionario EDI-2, el cual consta de 91 ítems con respuestas que van de 0 a 5 puntos.

ANEXO 8: Presupuesto.

Fuente de financiamiento	Recursos Propios	Total
<u>Recursos Humanos.</u> ➤ Chávez Martínez, René Alberto ➤ González Cruz, Julia Emérita ➤ López De Merlos, Karla Marina	XXX XXX XXX	
<u>Recursos Materiales.</u> Papelería: ➤ Impresiones ➤ Copias ➤ Encuadernado	\$180.00 \$ 40.00 \$ 60.00	\$ 280.00
<u>Equipo de Oficina.</u> ➤ Lápiz ➤ Lapicero ➤ Páginas de papel bond ➤ Computadora	\$ 1.00 \$ 1.00 \$0.25 xxx	\$ 2.25
➤ Transporte ➤ Alimentación ➤ Servicio de Internet	\$ 75.00 \$ 125.00 \$ 50.00	\$ 250.00
Total		\$ 532.50

ANEXO 9: Cronograma

Tema: Factores Psicosociales que influyen en el desarrollo de las conductas de Anorexia y Bulimia, en adolescentes del Centro Escolar Católico Santa Sofía de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo Febrero-Agosto del año 2015

Docente asesor: Lic. Luis Roberto Granados.

Egresados: Karla Marina López de Merlos

Julia Emérita González Cruz

René Alberto Chávez Martínez

Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Inscripción del proceso de graduación							
Elaboración de protocolo							
Revisión de protocolo							
Entrega de protocolo							
Aplicación de instrumento							
Tabulación							
Elaboración del programa							
Revisión del programa							
Presentación del programa							
Evaluación del programa							
Tabulación de resultados							
Elaboración de documento final							
Revisión de documento final							
Entrega de documento final							
Defensa							

	Trabajo de grado
	Semana Santa