

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA A UN GRUPO DE ADOLESCENTES EN
RIESGO A DESARROLLAR TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y QUE
PRESENTAN SÍNTOMAS EN ETAPAS INICIALES, A TRAVÉS DE UN
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL.

POR
MAGÍSTER ITZEL A. ALVARADO S.

OCTUBRE, 2003.

10 DIC 2003

HOJA DE APROBACIÓN

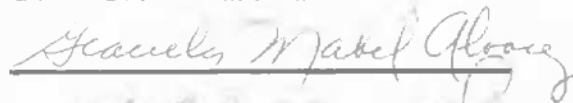
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES

No. DE CÓDIGO: 327-14-06-01-12
ESTUDIANTE: ITZEL A. ALVARADO S.
CÉDULA: 4-266-795
TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TEMA DE LA TESIS: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA A UN GRUPO DE ADOLESCENTES EN RIESGO A DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y QUE PRESENTAN SÍNTOMAS EN ETAPAS INICIALES, A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL.

ASESORA: DRA. GRACIELA ÁLVAREZ

FIRMA DE LA ASESORA:



FIRMA DEL ESTUDIANTE:



APROBADO POR:


COORDINADOR DEL PROGRAMA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hija Ana Cristina y a mi esposo Luis Felipe, por su invaluable apoyo, esfuerzo y paciencia.

A mis padres, Carlos y Christine por su constancia y su determinación de apoyarme en los retos que me he propuesto.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que de una u otra forma participaron en la realización de este proyecto.

A la Dra. Graciela M. Alvarez por su amistad, asesoramiento y apoyo incondicional

Al Magister Gerardo Valderrama por su supervisión y seguimiento de esta investigación.

Al Departamento de Salud Mental y al Programa de Adolescentes de la Policlínica Gustavo A. Ros de la ciudad de David, por permitirnos el espacio y las herramientas para llevar a cabo esta investigación.

A Nubia y al resto de la familia Montenegro, y a todos aquellos que con su apoyo me permitieron el tiempo para llevar a cabo esta investigación.

MUCHAS GRACIAS

Resumen

El objetivo de esta investigación es comprobar si la aplicación de un programa preventivo de la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes adolescentes logra mejorar los síntomas asociados a estos trastornos (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón). Se estudian 20 sujetos adolescentes mujeres que acuden al programa de adolescentes del Equipo de Salud Mental de la Policlínica G. A. R. de la Caja del Seguro Social. Fueron divididas en dos grupos homogéneos (experimental y control) durante un periodo de tres meses. Para la evaluación hemos empleado la Escala de Evaluación de los Trastornos de Alimentación (EDI-2, 2000) y el Cuestionario de Autoconcepto (AF-5, 1998). Los resultados reflejan la existencia de diferencias significativamente en el grupo experimental de sujetos con TCA frente a los obtenidos por el grupo control. Los sujetos en tratamiento psicológico muestran una disminución de los síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria a diferencia de los que no recibieron tratamiento.

Abstract

The objective of this research is to determine whether the application of a preventative program concerning body self image and behavioral eating disorders of young adolescents would be successful in improving the symptoms associated with these disorders (Nervous Anorexia, Nervous Bulimia, Binge eating disorder). Twenty subjects, all young woman who attend the adolescent program offered by the Mental Health Team at GAR Polyclinic of the Social Security System, took part in the study. They where divided into two homogeneous groups (experimental and control) during a period of three months. For the evaluation, The Evaluation Scale of Eating Disorders (EDI-2, 2000) and the Self Concept Questionnaire (AF-5, 1998) were used. The results reflect the existence of significant differences in the experimental group of subjects whit behavioral eating disorders, but not those obtained by the control group. The subjects with psychological treatment show a decrease in the symptoms associated with behavioral eating disorders in contrast to those who received no treatment.

ÍNDICE GENERAL

Hoja de Aprobación	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen/Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	1
I- Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	2
II- Características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	5
III- Descripción Clínica y Criterio Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	19
1. Anorexia nerviosa	19
1.1. Descripción clínica	19
1.2. Criterio para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (AN)	20
2. Bulimia Nerviosa	21
2.1. Descripción clínica de la bulimia nerviosa (BN)	21
2.2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa (BN)	22
3. Trastornos por atracón o (Binge Eating Disorder)	24
3.1. Descripción clínica del trastorno por atracón	24
3.2. Criterios para el diagnóstico de los trastornos por atracón según DSM IV (APA:1995)	25
IV- Prevalencia y Evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	28
V- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus Múltiples Dimensiones	30
1. Factores predisponentes	31
1.1. Aspectos individuales	31
1.2. Aspectos familiares	32
1.3. Aspectos sociales	34
2. Factores precipitantes	35
3. Factores mantenedores	36

VI- Evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
1. Instrumentos de evaluación	38
VII- Modelos Explicativos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	38
VIII- Tratamiento	42
IX- Pronóstico	44
X- Programa Preventivo sobre Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria	45
1. Presentación del programa	47
1.1. Objetivo del taller	48
1.2. Estructura del taller	48
1.3. Materiales necesarios	49
1.4. Esquema de las sesiones	49
1.5. Programación del taller	51
CAPÍTULO II	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	72
I- Planteamiento del Problema	73
II- Justificación	73
III- Objetivos	75
1. Objetivo general	75
2. Objetivos específicos	75
IV- Hipótesis	76
1. Hipótesis conceptual	76
2. Hipótesis estadística (de diferencia de medias)	76
V- Estrategias de Investigación	94
1. Tipo de investigación	94
2. Diseño de investigación	94
VI- Variable	
1. Variable independiente	95
2. Variable dependiente	95
VII- Definiciones	95
1. Definiciones conceptuales	95
2. Definiciones operacionales	96

VIII- Población y Muestra	99	
1. Población objetivo	99	
2. Muestra	99	
a. Criterios de inclusión	100	
b. Criterios de exclusión	100	
c. Técnicas de medición	101	
d. Métodos de intervención	101	
IX- Evaluación de los Resultados	102	
X- Financiamiento	102	
1. Recursos propios	102	
2. Recursos humanos	102	
3. Infraestructura	102	
4. Presupuesto	103	
CAPÍTULO III		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	104	
I- Análisis e Interpretación de los Resultados		
105		
CAPÍTULO IV		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	200	
I- Conclusiones	201	
II- Recomendaciones	205	
III- Bibliografía Consultada	207	
ÍNDICE DE GRÁFICAS		
Gráfica No. 1	Puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo experimental antes de aplicar el tratamiento	107
Gráfica No. 2	Puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo	

	Control antes de aplicar el tratamiento	109
Gráfica No. 3	Puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo experimental luego de aplicar el tratamiento	110
Gráfica No. 4	Puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo Control luego de aplicar el tratamiento	112
Gráfica No. 5	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo experimental antes de aplicar el tratamiento.	113
Gráfica No. 6	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo control antes de aplicar el tratamiento.	115
Gráfica No. 7	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo experimental luego de aplicar el tratamiento.	116
Gráfica No. 8	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo control luego de aplicar el tratamiento.	117

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1	Resumen de las variables significativas luego del análisis de las pre pruebas y post pruebas, grupo experimental según t Student para la escala EDI 2	118
--------------	---	-----

Cuadro No. 2	Resumen de las variables significativas luego del análisis de las pre pruebas y post pruebas, grupo experimental según t Student para la escala AF-5	119
Cuadro No. 3	Resumen de las variables significativas luego del análisis de las post pruebas experimental y post pruebas control, según t Student para la escala AF-5	121
Cuadro No. 4	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Obsesión por la delgadez Pre prueba Experimental/Control.	122
Cuadro No. 5	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Bulimia Pre prueba Experimental/Control.	124
Cuadro No. 6	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Insatisfacción corporal Pre prueba Experimental/Control.	125
Cuadro No. 7	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Ineficacia Pre prueba Experimental/Control.	126
Cuadro No. 8	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Perfeccionismo Pre prueba Experimental/Control.	128
Cuadro No. 9	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable desconfianza Interpersonal Pre prueba Experimental/Control.	129

Cuadro No. 10	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Conciencia Introspectiva Pre prueba Experimental/Control.	131
Cuadro No. 11	Modelo Estadístico "t" de Student para datos Obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Miedo a la Madurez Pre prueba Experimental/Control.	132
Cuadro No. 12	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Obsesión por la delgadez. Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	134
Cuadro No. 13	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Bulimia Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	135
Cuadro No. 14	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Insatisfacción Corporal Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	137
Cuadro No. 15	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Ineficacia Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	138
Cuadro No. 16	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable perfeccionismo Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	140
Cuadro No. 17	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para	

	la variable Desconfianza Interpersonal Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	141
Cuadro No. 18	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Conciencia Introspectiva Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	143
Cuadro No. 19	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Miedo a la madurez Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental	144
Cuadro No. 20	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Obsesión por la delgadez. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	146
Cuadro No. 21	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Bulimia. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	147
Cuadro No. 22	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Insatisfacción Corporal. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	149
Cuadro No. 23	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Ineficacia. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	150
Cuadro No. 24	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Perfeccionismo. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	152
Cuadro No. 25	Modelo Estadístico "t" de Student para datos	

	obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Desconfianza Interpersonal. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	153
Cuadro No. 26	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Conciencia Introspectiva. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	155
Cuadro No. 27	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Miedo a la madurez. Pre prueba / Post prueba Grupo Control	156
Cuadro No. 28	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Obsesión por la delgadez. Post prueba Grupos Experimental/Control.	158
Cuadro No. 29	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Bulimia. Post prueba Grupos Experimental/Control.	159
Cuadro No. 30	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Insatisfacción Corporal. Post prueba Grupos Experimental/Control.	161
Cuadro No. 31	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Ineficacia. Post prueba Grupos Experimental/Control.	162
Cuadro No. 32	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Perfeccionismo. Post prueba Grupos Experimental/Control.	164

Cuadro No. 33	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable desconfianza Interpersonal. Post prueba Grupos Experimental/Control.	165
Cuadro No. 34	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Conciencia Introspectiva. Post prueba Grupos Experimental/Control.	167
Cuadro No. 35	Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Miedo a la madurez. Post prueba Grupos Experimental/Control.	168
Cuadro No. 36	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Académico. Pre prueba Experimental/Control	170
Cuadro No. 37	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Social. Pre prueba Experimental/Control	171
Cuadro No. 38	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Emocional. Pre prueba Experimental/Control	173
Cuadro No. 39	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Familiar. Pre prueba Experimental/Control	174
Cuadro No. 40	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Físico. Pre prueba Experimental/Control	176

Cuadro No.41	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Académico. Pre prueba / post prueba Experimental	177
Cuadro No.42	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Social. Pre prueba / post prueba Experimental	179
Cuadro No.43	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Emocional. Pre prueba / post prueba Experimental	180
Cuadro No.44	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Familiar. Pre prueba / post prueba Experimental	182
Cuadro No.45	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Físico. Pre prueba / post prueba Experimental	183
Cuadro No.46	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Académico. Pre prueba / post prueba Control.	185
Cuadro No.47	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Social. Pre prueba / post prueba Control.	186
Cuadro No.48	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Emocional. Pre prueba / post prueba Control.	188
Cuadro No.49	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Familiar. Pre prueba / post prueba Control.	189

Cuadro No.50	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable físico. Pre prueba / post prueba Control.	191
Cuadro No.51	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Académico. Post prueba Experimental / Control.	192
Cuadro No.52	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Social. Post prueba Experimental / Control.	194
Cuadro No.53	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Emocional. Post prueba Experimental / Control.	195
Cuadro No.54	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Familiar. Post prueba Experimental / Control.	197
Cuadro No.55	Modelo estadístico de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF- 5 para la variable Físico. Post prueba Experimental / Control.	198

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan básicamente por el temor a engordar, las distorsiones de la imagen corporal, y por la utilización de conductas compensatorias que tienen como objetivo adelgazar y, de esta manera las jóvenes logran sentirse mejor consigo mismas. Sin embargo, a medida que avanzan los síntomas cada vez se encuentran más tristes y desesperadas. Esto llega al punto de hacerle un daño muy serio a su cuerpo, se observa un deterioro significativo en su autoestima, en sus relaciones sociales, en su salud y en ocasiones hasta puede llevarlas a la muerte.

La investigación sobre estas patologías es relativamente reciente. En nuestro país no contamos con estudios indicativos de prevalencia e incidencia de estos trastornos que nos permitan trabajar con nuestras poblaciones en riesgo.

Como consecuencia encontramos un gran número de jóvenes con conductas de alto riesgo quienes quedan sin diagnosticar y sin tratar. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden pasar desapercibidos por varios años desde el inicio de la enfermedad hasta que el paciente recibe tratamiento y ayuda especializada. El paciente no suele ir a consulta hasta que los signos externos del trastorno se hacen visibles a la familia o a las personas cercanas a la paciente.

Por esta razón, resulta de especial importancia que los diversos especialistas conozcan la sintomatología de estos trastornos. De esta forma se evitaría, por un lado, que los pacientes "rueden" por las instituciones públicas y, por otro lado, se facilitaría una intervención más temprana, lo que mejoraría el pronóstico de estos pacientes.

Son muchas las variables que contribuyen a la aparición de estos trastornos, pero se hace evidente que los factores socioculturales cobran una especial relevancia. Es por ello que existe la necesidad de trabajar en programas de prevención que nos permitan detectar precozmente los trastornos, proporcionar información más adecuada sobre lo que constituye los hábitos alimenticios equilibrados, trabajar en el papel de la mujer no centrado en el cuerpo y fomentar una imagen femenina más cercana a la realidad de la figura femenina.

No existen en la actualidad programas preventivos. Los tratamientos existentes en la actualidad no resultan lo suficientemente eficaces, dado el alto porcentaje de pacientes que siguen un curso crónico y el elevado porcentaje de estos jóvenes que mueren por inanición o por suicidio. Con el tratamiento adecuado, a muchas adolescentes se les puede ayudar a eliminar estos síntomas o a controlar estos desórdenes.

El tratamiento para los desórdenes de la alimentación usualmente requiere de una intervención en equipo, prolongada y económicamente muy

costosa; incluyendo la terapia individual, la terapia de familia, el médico, el nutricionista, el uso de medicamentos y los trastornos asociados.

La identificación y el tratamiento a tiempo resulta muy favorable, ya que permite actuar de manera preventiva y precoz sobre el problema. Los padres que notan síntomas asociados a la anorexia nerviosa, a la bulimia nerviosa o al trastorno por atracón en sus adolescentes deben pedirle al médico de familia o al pediatra que los refiera a el psicólogo y que pueda coordinar el equipo de tratamiento.

Esperamos con esta investigación contribuir al estudio y desarrollo de programas preventivos de los trastornos de la alimentación, y de esta manera aportar en la lucha contra este mal que afecta a nuestros jóvenes adolescentes.

CAPÍTULO I
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I. HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria representan un área prominente de investigación clínica y con muchos avances. Este interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un sector creciente de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes que pertenecen, o se han desarrollado en una cultura de tipo occidental. A pesar del interés reciente por el tema, la enfermedad no es nueva y empieza a estudiarse con rigor hace unas décadas.

Según Navarro (1999) se encuentra evidencia de su existencia, desde la Edad Media, con los primeros relatos de una "enfermedad misteriosa" que transformaba a la persona a través de una pérdida de peso debido a una privación auto impuesta de la comida.

Por ejemplo la leyenda medieval de Santa Wilgerfortis o virgen fuerte, hija del Rey de Portugal, que vivió alrededor del siglo X, siendo una doncella, ayunó y le rezó a Dios que le quitara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, y en especial con un brutal Rey de Sicilia con quien se había pactado su matrimonio. Después de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Como consecuencia de esto y de su delgadez extrema, se rompió el acuerdo de su matrimonio por lo que su padre la hizo crucificar. (Navarro, 1999) Recibió culto por su martirio y en algunos países de Europa fue adoptada como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención

masculina, inclusive, según la historia, era costumbre ofrecer comida como ofrendas en el Santuario en su memoria. A pesar de ser un ejemplo muy antiguo, en nuestros días es bien conocido que en muchas culturas y religiones el ayuno o abstinencia de ciertos productos alimenticios está estrechamente relacionado con actos de fe, socialmente bien vistos y aceptados.

En 1694, Morton describió la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera descripción clínica de este trastorno. Pero fue Gull (1874) quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. (Navarro, 1999) En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Laségue, calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que Gull, una enfermedad psicógena. A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis. Un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 Simonds, patólogo alemán, describe una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, descartándose por mucho tiempo las hipótesis sobre el origen endocrino del trastorno.

En 1969, Hilde Bruch, psiquiatra de origen alemán da a conocer las características de la enfermedad, todavía con poca incidencia. En 1978, Salvador Munichin en Estados Unidos y Mara Selvini Palazzoli en Italia, dan a conocer sus estudios y procedimientos a nivel familiar para el abordaje de estos casos. (Selvini- Palazzoli, 1999)

Según Fairburn (1993) ya para la década de los 80 se registra un sin número de autores que contribuyeron a dar a conocer la importancia de estos trastornos como Grisp, Garner y Garfinkel, Russell, Fairburn, Halmi, Leitenberg y Rosen entre otros. Como también se pueden mencionar de habla hispana Joseph Toro, Enric Vilardel, Morandé, Chinchilla y otros. (Chinchilla, 1995)

Hoy día se cuenta con mucha más información sobre la etiología y clasificación de estos trastornos, los cuales se conocen como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y más recientemente trastorno por atracón. Aunque se ha aprendido mucho sobre estos trastornos a través de la investigación y el estudio de casos, las hipótesis acerca de su causa se han ido modificando, lográndose definir ciertas características constantes las cuales nos permiten una mejor clasificación y diagnóstico.

Los trastornos de la conducta alimentaria generalmente aparecen en la adolescencia, entre los 12 y 19 años, aunque también se describen casos en otras edades, y básicamente en el sexo femenino. Aunque años atrás se hablaba de una mayor prevalencia en niveles socioeconómicos medios y

superiores, en los últimos años el trastorno afecta a todos los niveles. (Toro y Vilardell, 1987 en: Belloch, 1995)

De acuerdo con Chinchilla (1995), Galeno describió ya "kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o bulimarexia y en 1979 fue adoptada por Russell. Aparece por primera vez en el DSM-III (A.P.A,1980) con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R. (A.P.A. 1987)

Según el DSM-IV (APA, 1995), la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan características comunes que suelen agruparse para su estudio en tres sistemas de respuesta, el cognitivo, el fisiológico y el conductual. También presentan diferentes problemas asociados a su diagnóstico principal que en

numerosos casos cobran también relevancia clínica y que deben ser motivo de atención y tratamiento especializado.

Al hablar del primer sistema de respuesta, encontramos las manifestaciones cognitivas. Nos referimos a las ideas o pensamientos que invaden nuestra mente filtrando de forma negativa la información que recibimos del medio ambiente. Así se distorsiona la percepción que podemos tener con respecto a nuestra imagen corporal. En el caso de la anorexia y la bulimia nerviosas coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, el peso y los alimentos.

Existen numerosos estudios que indican la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y su valoración estética, las cuales no siempre se consideraban patológicas ni exclusivas de este tipo de trastornos. Sin embargo, al observarse tan reiteradamente y de modo tan persistente en la sintomatología, las convierte en patológicas, constituyendo la temática casi exclusiva de estas pacientes. Una vez que se ha diagnosticado la enfermedad, se consideran distorsiones cognitivas y coinciden con las señaladas por Beck (1996) en relación con las anomalías cognitivas presentes en la depresión. Otros autores sistematizan y clasifican dichas cogniciones al hablar de las irregularidades del pensamiento de la joven anoréxica.

Se considera que estas distorsiones son, entre otras variables, las responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva, convirtiéndose más adelante en grandes responsables del mantenimiento del trastorno.

Según Fairburn y Cooper (1989) las principales distorsiones cognitivas que se presentan en estos trastornos son:

1. La abstracción selectiva: Basarse en conclusiones o detalles aislados, ignorando la evidencia que haya en contra o más sobresaliente. "El único modo en que puede estar en control es a través de la comida"
2. Sobregeneralización: Extraer una regla en función de un hecho y aplicarlo a otra situación diferente. "Con mi peso anterior no era feliz; así que ganar peso no me hará sentir mejor."
3. Magnificación: Sobrestimar el significado de una consecuencia no deseable. "He ganado un kilo, nunca más podré ponerme un short."
4. Pensamiento dicotómico: Pensar en términos extremos y absolutos. "Si he ganado un kilo, ganaré 50."
5. Personalización y autorreferencia: Interpretaciones egocéntricas de hechos impersonales o sobre interpretación de hechos

relacionados con uno mismo. “Me avergüenzo de que otro me vea comer.”

6. Pensamiento supersticioso: Creencia en la relación causa-efecto de hechos no contingentes. “Es mejor no disfrutar de nada porque inmediatamente desaparecerá.”

Otra variable cognitiva de mucho peso es la alteración de la imagen corporal, que trae como consecuencia que estas personas, aun estando extremadamente delgadas, niegan su delgadez al igual que niegan su enfermedad. De esta forma, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, sin darse cuenta que ya no están delgadas sino desnutridas. En este estado aún se sienten o se ven gordas, lo que las lleva a restringir aun más su ingesta, entrando en un círculo vicioso difícil de salir.

Diversos estudios sobre imagen corporal llevan a la conclusión de que la sobreestimación del tamaño, sobre todo a lo ancho, es una característica observable de la anorexia nerviosa aunque esta tendencia no es exclusiva de dicho trastorno, porque también está presente en otro grupo de trastornos. (Slade 1985, en red) Es decir, si la persona se observa en un espejo, lo que observa sería una distorsión de su figura. Su cuerpo sería percibido mucho más ancho, grueso o curvilíneo de lo que realmente es.

Otros estudios encuentran una relación entre el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera que según estos autores, si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, tienden a sobreestimar su tamaño mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal. (Taylor y Cooper, 1992, en red)

A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria se pueden extraer las siguientes conclusiones: (Toro y Vilardell, 1987 en: Méndez, 1991)

a) La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada.

b) Esta misma tendencia funciona como mantenedora del trastorno y conlleva una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico.

c) La sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos de la conducta alimentaria, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas y en adolescentes mujeres de la población general. También en accidentados con desfiguraciones físicas, entre otros grupos. Sin embargo, lo que diferencia a estos grupos de las personas con trastornos de la conducta alimentaria son las intensas

reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal.

Por otro lado, los datos extraídos de observaciones clínicas y experimentales parecen apoyar la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia nerviosa. No se sabe muy bien si es que no perciben determinados estímulos interoceptivos, principalmente aquellos relacionados con el hambre y la saciedad, o bien si es que los perciben de modo anormal. Tampoco resulta claro si esto se debe a una característica previa al inicio del trastorno, o bien es una consecuencia del mismo. De cualquier forma, lo que sí parece cierto es que existen alteraciones interoceptivas en estos pacientes. Más recientemente, han propuesto que el escaso conocimiento de las sensaciones interoceptivas podría ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. (Toro y Vilardell, 1987 en: Méndez 1991)

Respecto al segundo sistema de respuesta, tenemos a las manifestaciones fisiológicas que pueden ser observadas en un primer examen físico. En el caso de la anorexia nerviosa, se encuentra un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel presente una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubiertas de lanugo especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. Las extremidades, manos y pies, están fríos, probablemente por una vasoconstricción generalizada. Las uñas se vuelven quebradizas y se

produce una caída de pelo y un aspecto pajizo del mismo. (Toro y Vilardell, 1987 en: Méndez, 1991)

Otras manifestaciones, ya en etapas más avanzadas de la enfermedad, son las cardiovasculares, entre las que destacan la disminución del volumen cardiaco, el pulso anormalmente lento y/o arritmias. En cuanto a los síntomas gastrointestinales son frecuentes la sensación de hinchazón, el estreñimiento y los dolores abdominales. Como manifestaciones renales puede aparecer la formación de cálculos, y, finalmente, son muy características las alteraciones endocrinas tales como las irregularidades menstruales y la presencia de amenorrea. (Toro y Vilardell, 1987 en: Méndez, 1991)

(Garfinkel y Garner, 1982 en: Gómez, 1996) señalan que entre un 10-34% de las anoréxicas utilizan conductas purgativas aunque las bulímicas lo hacen en mayor medida. El empleo de dichas conductas constituye un índice de mal pronóstico, y puede llegar a ser la causa de la muerte de estas pacientes, ya que pueden presentar muerte súbita atribuible a arritmias secundarias por alteraciones electrolíticas debidas a los vómitos o abuso de laxantes.

Como se puede observar los trastornos de la conducta alimentaria constituyen uno de los cuadros psicopatológicos que conllevan una mayor cantidad de alteraciones a nivel orgánico. A pesar de ello, pueden pasar

bastantes años desde el inicio de la enfermedad hasta que es detectado, lo que tiene evidentes repercusiones pronósticas.

En el caso de los pacientes bulímicos, éstos rara vez se encuentran desnutridos, su aspecto externo suele ser el de una persona más o menos obesa, o presentan un peso normal. Por esta razón, y debido a que la vida de estas personas se encuentra marcada por el temor y la vergüenza a ser descubiertos durante uno de los episodios de sobreingesta que normalmente se llevan a cabo por la noche, y en secreto, suele ser bastante difícil detectar este tipo de problemas.

Debido al desajuste que provocan los continuos vómitos, uso de laxantes y otros patrones compensatorios, los bulímicos llegan a manifestar depleción de los niveles de pérdida de potasio, hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico, hipocalcemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, rigidez muscular, parestesia periférica y crisis epiléptica. Y a largo plazo, daño renal e irregularidades menstruales. Puede presentar también estreñimiento por el uso excesivo de laxantes. El vómito frecuente (tres veces por semana durante un período de cuatro años) provoca la erosión del esmalte dental y caries. También se puede observar callosidad en el dorso de la mano (signo de Russell), producida por el roce continuo de los incisivos al provocarse el vómito.

Ahora bien, en el caso de los pacientes con anorexia, los síntomas físicos pueden llegar a ser claramente visibles para el observador externo,

principalmente, debido a la pérdida de peso y al deterioro físico considerable que se produce. Sin embargo, el tiempo que pasa desde el inicio de la sintomatología hasta que pasan por consulta, suele ser bastante largo.

Para el trastorno por atracón, existen menos datos concluyentes en cuanto a las manifestaciones fisiológicas debido a que su estudio es todavía más reciente que los trastornos antes mencionados.

La persona que sufre del trastorno por atracón tiene a largo plazo, un alto riesgo por probabilidad de ataques cardíacos, alta presión sanguínea y colesterol. También puede ocurrir daño o pérdida del riñón, artritis y deterioro del sistema óseo.

Finalmente, el tercer sistema de respuesta se refiere a las manifestaciones conductuales. Aparecen en primer lugar, cambios en el patrón normal de la ingesta. Por lo general, comienzan con una restricción de los carbohidratos por su alto contenido calórico, y por lo tanto prohibidos. Posteriormente, la restricción de alimentos se generaliza a las grasas y, finalmente a las proteínas. Algunos pacientes llegan a restringir incluso el consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación. (Belloch, 1995)

Debido a la vergüenza que les provoca su comportamiento, si alguien les pregunta el por qué de la dieta que llevan a cabo, responden evasivamente o sugieren que siguen un tipo de dieta sana. Sin embargo,

pronto comienzan las conductas de evitación y las mentiras a la hora de la comida. Suelen evitar comer con los demás miembros de su familia o en cualquier situación social que implique sentarse alrededor de la mesa. Dado que la mayor parte de las relaciones sociales conllevan el típico "vamos a comer o a beber algo", pronto comienza un deterioro en las relaciones sociales que a lo largo del tiempo, puede llegar a ser un aspecto muy deficitario en la vida de estas personas.

Aparecen frecuentemente conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida, la botan, la esconden o la seleccionan, entre otros. En estos casos se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, que normalmente llegan a saberse de memoria. Lo cual los lleva a pesar cada ración de comida que van a ingerir, se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, o bien, evitan la pesa.

La anorexia compulsiva/purgativa, la bulimia nerviosa al igual que el trastorno por atracón se caracterizan además por frecuentes episodios de hiperfagia en los que la paciente describe la sensación de pérdida de control. En dichos episodios se produce la ingestión incontrolada de bastante cantidad de comida que generalmente suele ser muy rica en calorías y, durante un periodo de tiempo que varía de minutos a horas. En ocasiones se puede hablar de la ingesta de gran cantidad de alimentos. El atracón puede o no ser real, pero lo importante es que la paciente lo viva como tal. En el caso

de la paciente anoréxica el atracón puede consistir en unas cuantas porciones de alimento, a diferencia del bulímico o por atracón, en donde se presenta una sobre ingesta excesiva de alimentos. Ambas situaciones van a generar reacciones patológicas similares.

Tras el episodio de hiperfagia se produce la sensación de hinchazón y fuertes sentimientos de culpa (Chinchilla, 1995) lo que da lugar a que la paciente recurra, en el caso de la anorexia y la bulimia, a métodos purgativos tales como el vómito o el abuso de laxantes y diuréticos. El cuadro suele instaurarse de forma lenta y progresiva, de forma que cada vez son más frecuentes los atracones y los vómitos hasta varias veces al día. Como consecuencia de ello, el paciente comienza a percibir una falta de control en su conducta la cual lo envuelve en un círculo vicioso difícil de romper.

En cuanto a la apariencia personal, es más llamativa la de una joven que sufre anorexia, ésta suele vestirse con ropas amplias cuya función es primeramente, disimular los supuestos defectos físicos como las caderas anchas, el abdomen, los glúteos, y otros. Su función es doble: por un lado, no pasar frío por efectos de padecer de hipotermia y, por otro lado, disimular su delgadez extrema. (Belloch, 1995)

El ejercicio excesivo de forma compulsiva, así como el comer de pie, dormir poco y otros, es más propio de la anorexia nerviosa por la búsqueda de la reducción de peso, a través del incremento del consumo energético.

Los trastornos de la conducta alimentaria no suelen aparecer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. Los diagnósticos más comunes con los que se asocian los trastornos de la conducta alimentaria son los trastornos de ansiedad, la depresión, las alteraciones de la personalidad, y el abuso de sustancias, principalmente drogas inhibidoras del apetito y ansiolíticos.

En cuanto a la ansiedad, ésta constituye un fenómeno central en los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, es posible que estas personas tengan altos niveles de ansiedad incluso antes de desarrollar el trastorno. Siendo entre otros muchos un factor más, precipitante de estos trastornos.

En un principio, las preocupaciones principales de las personas, se centran en la anticipación de consecuencias negativas derivadas, por un lado, de la situación real o imaginada de su sobrepeso, y, por otro lado, de la valoración que ellas mismas hacen acerca de su imagen corporal. Como consecuencia de ello, la persona toma la decisión de llevar a cabo una dieta que de acuerdo con su filosofía será la encargada de poner fin a todos sus problemas personales. Sin embargo, este largo y tortuoso camino no ha hecho nada más que empezar. A partir de este momento, todos sus pensamientos y comportamientos girarán alrededor de un único objetivo: bajar de peso. La consecución de dicho objetivo es la fuente principal que da

origen a los sentimientos de ansiedad y depresión que caracterizan a la enfermedad.

Por otro lado, diferentes estudios ponen de manifiesto la importancia de las situaciones estresantes como factores etiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria. Entre estos acontecimientos estresantes destacan: padres alcohólicos, abuso sexual, trastornos afectivos en padres y muerte de personas significativas, principalmente.

A partir de la revisión de estos y otros estudios sobre el tema se puede extraer como conclusión que no existen datos concluyentes acerca de la presencia de trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Sin embargo, la presencia de trastornos afectivos, principalmente la depresión, en los trastornos de la conducta alimentaria ha sido bastante más estudiada que la coexistencia de trastornos de ansiedad en estos trastornos.

En cuanto a la presencia de depresión en la anorexia nerviosa, la frecuencia varía del 20 al 100 % de los casos según los diferentes estudios. (Preveler y Fairburn, 1990 en: Roca, 1999) En la literatura sobre el tema, la mayor parte de las investigaciones se centran en intentar determinar si la depresión es un trastorno que aparece de forma concomitante al trastornos de la conducta alimentaria, si lo hace de forma independiente de éste, o si la

depresión aparece de forma secundaria y como consecuencia de la situación anoréxica, bulímica o por atracón.

Por último, puede decirse que no está establecido el papel de los antidepresivos en el tratamiento de la anorexia nerviosa. La mayoría de los autores están de acuerdo en señalar que los síntomas depresivos se alivian cuando mejora el estado de desnutrición presente en la mayor parte de los pacientes. Por ello, muchos autores recomiendan reestablecer un estado nutricional adecuado y, posteriormente administrar medicación antidepresiva sólo en aquellos casos en los que el paciente cumple todos los criterios para ser diagnosticado de trastorno depresivo. Por otro lado, en el caso de la bulimia nerviosa, parece que sí existen diferentes estudios que verifican la utilidad de los antidepresivos en el tratamiento de dicho trastorno. (Toro y Vilardell, 1987 en: Méndez, 1991)

Respecto al consumo de drogas, diferentes estudios confirman una alta prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. (Peveler y Fairburn, 1990 en: Roca, 1999)

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto la coexistencia de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad. Estudiando la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad siguiendo los criterios DSM-III-R. (A.P.A., 1987) Se encontró que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo estaba presente en la anorexia restrictiva, pero no en la anorexia compulsiva/purgativa; la bulimia

con peso normal estaba asociada con la personalidad histriónica. Independientemente del subtipo de trastorno de la conducta alimentaria, la depresión era mayor en sujetos que cumplían los criterios de personalidad borderline y dependiente.

III. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. Anorexia nerviosa

1.1 Descripción clínica

Se trata de un trastorno que afecta a mujeres adolescentes con edades de aparición entre los 12 y 19 años caracterizado por una gran pérdida de peso autoinducida o autoprovocada por medio de la restricción alimentaria o el uso de laxantes o diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercicio físico, miedo o terror a la gordura con rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo supuesto por edad y altura, imagen corporal distorsionada y pérdida del período o del interés sexual, principalmente en el varón. (APA,1995)

La décima revisión del manual de la Organización Mundial de la Salud CIE-10 (OMS, 1992) destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno, haciendo especial hincapié en que el trastorno involucra al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, lo que da lugar a la amenorrea en la mujer y a la pérdida de interés sexual en el varón. En cuanto

al peso propone como indicador un índice de masa corporal igual o menor a 17.5 para el diagnóstico de anorexia nerviosa. En contraste con el DSM-IV (APA, 1995) no contempla varios subtipos, sino que considera que la pérdida de peso puede ser inducida por la evitación de alimentos que engordan y que puede ir acompañada de uno o más de los siguientes métodos para perder peso: vómitos o purgas autoinducidas, ejercicio físico o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Distintos autores han ido modificando los criterios diagnósticos siendo los más utilizados los del DSM-IV de 1995.

1.2 Criterio para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (AN):

- A- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado)
- B- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C- Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales p. ej. Con la administración de estrógenos).

Tipos:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgatorio: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

De esta forma, en esta dieta restrictiva puede haber épocas de atracones (episodios bulímicos), siendo más habitual actualmente el patrón compulsivo/purgatorio que el restrictivo.

2. Bulimia Nerviosa

2.1 Descripción Clínica de la bulimia nerviosa (BN):

Russell en 1979, publica la primera descripción clínica de la bulimia nerviosa. Con posterioridad es definida como un trastorno consistente en atracones de comida seguidos de recursos destinados a contrarrestar los efectos

engordantes de la comida, así como la sensación de pérdida de control sobre la ingesta “sensación de no poder parar”. Exagerado interés por el peso y formas corporales, miedo o terror a engordar pero sin las grandes bajadas de peso de la anorexia.

Anteriormente la bulimia nerviosa era considerada como un trastorno secundario a la anorexia nerviosa, pero las fuertes diferencias encontradas entre anoréxicas y bulímicas, hicieron que ésta haya sido considerada como una entidad psicopatológicamente distinta, presentándose con el término bulimia en el DSM-III y adoptándose el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R y DSM-IV.

Actualmente entre los criterios diagnósticos recientes destacamos, como en la anorexia, la clasificación del DSM-IV de 1995.

2.2 Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa (BN): (DSM-IV, 1995)

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

1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y las siluetas corporales
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de la anorexia nerviosa (AN).

Tipos

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el

ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

El CIE-10 (OMS, 1992), propone criterios diagnósticos prácticamente iguales al DSM-IV (A.P.A., 1993), excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia de la clasificación del APA, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10 (OMS, 1992), excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

3. Trastorno por atracón o (Binge Eating Disorder)

3.1 Descripción clínica del trastorno por atracón.

El trastorno por atracón presenta una combinación de síntomas similares a los analizados en los comedores compulsivos y en los bulímicos. La persona ingiere periódicamente grandes cantidades de comida (atracon 10.000-20.000 calorías), en un pequeño período de tiempo (menos de dos horas), de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena. El peso de estas personas se ha caracterizado por ser más elevado que el apropiado, con tendencia a dificultárseles más el bajar de peso que a un individuo sin este desorden. Sin embargo y a diferencia de la Bulimia, las personas con trastorno por atracón no utilizan ningún medio de purgación después de los episodios de comida (DSM IV, 1995).

Entre las razones que pueden causar este trastorno están el utilizar el atracón como una forma de esconderse y de huir de sus emociones, para llenar un vacío interno y para manejar y evadir el diario estrés, la angustia y el dolor. El atracón también es utilizado, como medio de desvinculación social entre quienes sufren este trastorno y los demás. Su apariencia se convierte en la forma de alejar a otros con base en la idea distorsionada de "si soy gordo o gorda, a nadie le gusta". Igualmente se encuentran necesitados de amor y cariño. También, como en la bulimia, el atracón se utiliza como un castigo por hacer cosas "malas", o por el simple hecho de sentirse mal con lo que son. (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1999. en red)

3.2 Criterios para el diagnóstico de los trastornos por atracón, según DSM IV (APA; 1995)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej. en 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué y cuánto come).

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

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después de un atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.

Por otro lado, algunos de los síntomas propios de los trastornos de la conducta alimentaria como la pérdida de peso, el rechazo a determinados alimentos, entre los más importantes, pueden aparecer también en otros trastornos psicopatológicos. Por ello, resulta imprescindible saber que existen rasgos comunes como pérdida de peso, alteraciones del sueño y estado de ánimo deprimido, coincidiendo con el trastorno del estado de ánimo; o ideas obsesivas, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; negación de ingerir alimentos, como en la esquizofrenia; o rasgos similares al trastorno por somatización. Las características que diferencian al trastorno de la conducta alimentaria con los trastornos anteriormente citados son la ausencia de un temor fóbico a engordar y ausencia de distorsiones en la imagen corporal en el TOC (trastorno obsesivo compulsivo); en los depresivos se produce una pérdida de apetito pero no aparece la preocupación por el contenido calórico; en la esquizofrenia, el paciente puede negarse a comer, pero los delirios no se centran en el contenido calórico de los alimentos, ni hay miedo a engordar, puede ser por ejemplo, por temor a ser envenenado y como tampoco ocurre en el trastorno por somatización, donde la preocupación o miedo puede ser por enfermarse.

El diagnóstico diferencial más difícil de realizar en la práctica clínica sería entre la anorexia y la bulimia nerviosa, debido a la similitud de los síntomas que se produce en estos trastornos, ya comentado anteriormente. De acuerdo con Chinchilla (1995) los aspectos que más diferencian a ambos trastornos; son en la bulimia nerviosa, el inicio es más tardío, el peso, y el aspecto general es más

normal, suelen tener un menor control de impulsos, menor hiperactividad, mayor psicopatología asociada, mayor consumo de drogas y, el método preferido para controlar el peso consiste en vómitos, laxantes y diuréticos. En las pacientes que sufren anorexia nerviosa es más frecuente encontrar hipotensión, bradicardia e hipotermia. Las pacientes bulímicas rara vez evolucionan hacia la anorexia nerviosa típica, pero sí es frecuente encontrar una anorexia previa.

IV. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Debo señalar primero, que no contamos para este estudio con datos estadísticos panameños que sustenten o difieran con los datos generados por la APA y otros estudios. Debido principalmente, al poco conocimiento sobre el grupo de trastornos y, al hecho de que los pacientes en etapas iniciales del trastorno o con características de riesgo a desarrollar estos trastornos, no son captados por los trabajadores de la salud a nivel epidemiológico ni estadístico. Esta situación ocurre ya que estos pacientes son referidos en una primera instancia por sintomatología asociada a otros trastornos como la depresión, la apatía generalizada, la ansiedad entre otros o cuando los síntomas, al igual que el trastorno en sí se encuentra en etapas avanzadas. Inclusive muchos de los casos crónicos de anorexia nerviosa, son referidos al nutricionista, pero no a Psicología ni a otras instancias médicas, por lo cual el diagnóstico se pierde en desnutrición de primer o segundo grado.

Los estudios de prevalencia muestran gran variabilidad según el medio en que se hayan realizado. La asociación Americana de Psiquiatría (1993), habla de una prevalencia de un 1% a 4% de trastornos alimenticios situando la edad de comienzo para la anorexia entre los 12 y los 25 años y los 20 para la bulimia nerviosa. Parece existir una proporción de 10 a 1, es decir que por cada 10 mujeres un hombre padece este trastorno y una tendencia en aumento de los casos de bulimia.

Con respecto a la evolución de este trastorno, los estudios no son concluyentes pero se considera que el 30 a 40 % logra la normalidad absoluta, otro 30 a 40% mantiene sintomatología anoréxica pero mejora, un 10 a 20% sufre una cronificación del trastorno y de un 5 a 10% muere por consecuencia de la enfermedad o suicidio.

(Garfinkel y Garner en: Navarro, 1999), han realizado una exhaustiva revisión de todos los estudios de seguimiento publicados en inglés desde 1950 hasta 1980 siempre y cuando se refiera a un grupo superior a 15 pacientes, que en líneas generales reflejó la siguiente situación clínica. Un 40% de los pacientes alcanzaban la recuperación total, un 30% mejoraba su condición general y otro 30% permanecían crónicamente afectados o fallecían a causa de la enfermedad.

Estos datos son de seguimiento de la anorexia nerviosa ya que aun faltan por estudiar más a fondo la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Podemos ver que la historia de la anorexia nerviosa es antigua, pero la prevalencia, es

decir, el número de casos ha aumentado en estas tres últimas décadas y además tenemos la aparición y aumento de casos de bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Ante esta situación tan grave resalta la pregunta de que factores o aspectos pueden estar influyendo ya que estos trastornos son complejos y no podemos tener una visión simplista de ellos.

Todas las mujeres viven expuestas y sometidas a mensajes que resaltan la delgadez y no desarrollan una anorexia nerviosa, una bulimia nerviosa o un trastorno por atracón. Existen sin lugar a duda factores individuales psicológicos, factores familiares y factores socioculturales que influyen en un momento dado a intensificar o mantener la enfermedad y pueden convertir esa preocupación por la delgadez en una auténtica obsesión que acaba por arruinar sus vidas. Es muy importante que tengamos en cuenta que estamos frente a un problema complejo que requiere un tratamiento complejo y pluridimensional, por lo que es importante conocer y hablar de los aspectos en juego para poder incidir en ellos a nivel de prevención como de tratamiento.

V. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUS MÚLTIPLES DIMENSIONES

Es importante tener en cuenta factores que predisponen a desarrollar el trastorno, factores que precipitan un contexto vulnerable y factores que mantienen un trastorno una vez que ha aparecido.

Entre los factores predisponentes destacamos los aspectos individuales, familiares y sociales.

1. Factores Predisponentes

1.1 Aspectos Individuales:

Son muy vividos durante la época de la adolescencia, época de profundos cambios físicos los cuales repercuten en la imagen corporal. Desde un punto de vista psicológico destacamos la presencia constante de problemas ligados a la baja autoestima, sentimientos de ineficacia personal, dificultad e insatisfacción en el funcionamiento social con gran tendencia a la conformidad y poca tendencia a enfrentamientos abiertos y claros, pudiendo pasar de la aquiescencia a la oposición tajante. Muy necesitadas de aprobación externa "hacen lo que se espera de ellas" y al estar tan pendiente de lo que se espera de ellas, no saben muy bien lo que ellas necesitan o sienten, de ahí su dificultad en detectar sus sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales, con escasa expresión de sentimientos.

Señalando aspectos diferenciales entre las anoréxicas y las bulímicas, se observa en las bulímicas mayor impulsividad, más turbulencia, más labilidad afectiva, menos disciplina y autocontrol pero más conciencia de sus problemas internos. Por el contrario, la futura anoréxica presenta una tendencia marcada al perfeccionismo, una gran autodisciplina y rigidez.

1.2 Aspectos familiares

No hay un acuerdo entre los autores en aceptar tipologías familiares en este tipo de trastornos. Está sin responder si determinadas características estructurales son causa o consecuencia del trastorno, aduciendo que los estudios desde la óptica familiar arrojan resultados contradictorios y algunos carecen de rigor metodológico. (Vandereycken y col., 1991 en: Navarro, 1999) Sin embargo, el mismo autor al hablar de tipos de familias durante la hospitalización de una paciente, admite que abundan más las familias sobreprotectoras e intrusivas que interfieren en el tratamiento y con el equipo de trabajo.

Es muy común, según la experiencia clínica de diversos autores, encontrar algunas de las características en el plano de la estructura familiar descrita por (Minuchin y col., 1978 en: Navarro, 1999) que de forma recurrente y previas a la aparición del trastorno alimentario, van ligadas a la historia del sistema familiar en lo referente a la dificultad para afrontar los cambios y separaciones, las fronteras internas débiles con fronteras intergeneracionales a veces existentes; la escasa diferenciación y autonomía o lo que Schefflen define como "demasiada vinculación y escasa interacción" (Navarro, 1999)

Las características de estas familias descritas por (Minuchin y col. 1978 en: Navarro, 1999) representan puntos de referencia que conviene tener en cuenta a la hora de intervenir. Las características más importantes observadas

son el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación de conflictos, la desviación del conflicto o participación del paciente en los conflictos familiares.

Puede ser otro patrón habitual la escasez de interacciones sociales y la presencia intensa de las familias de origen en forma de frecuencia real de relaciones o en forma de lealtades rígidas a roles, o creencias e ideas que se transmiten de generación en generación y que como señala (White,1993 en:Navarro, 1999), comprenden entre otras una alta valoración de la lealtad de los miembros de la familia entre sí y gran adhesión a la tradición familiar y un papel específico prescrito para las hijas cuyo valor se mide según el grado en que ellas manifiestan "ser para los demás".

Estos patrones de funcionamiento los podemos encontrar por igual en las familias de anoréxicas y en las de las bulímicas, sólo que en estas últimas suele haber más conflictividad y desajuste emocional.

Se considera, que si disminuyen las conductas de sobreprotección, si se devuelve confianza a la hora de afrontar los cambios y se introduce más autonomía, la preocupación e interés de los unos con los otros, la responsabilidad y solidaridad que presentan estas familias les convierten en instrumentos de ayuda y cambio de gran valor.

1.3 Aspectos sociales

Es evidente que el aumento en el número de casos con estos trastornos se encuentra de alguna forma relacionado con aspectos sociales, como la presión continua y creciente por la delgadez, por el culto a la imagen y la desocialización progresiva de las comidas en las culturas occidentales. Es decir, que estos problemas están muy arraigados o son una consecuencia de la cultura occidental actual. No ocurre lo mismo en las culturas orientales ni del continente africano, en donde la cultura del bienestar, del consumismo y de la competencia no va de la mano con la idea paradójica de que el éxito social va asociado con la delgadez o la estilización.

(Garner y Garfinkel 1980 en: Navarro, 1999) estudiaron el peso y medidas de las ganadoras del concurso Miss USA y de la chica del mes de Play Boy durante 20 años (de 1960 –1980) y constataron que las modelos cada vez tenían menos peso y eran menos curvilíneas, al mismo tiempo constataron por datos estadísticos que el peso de la mujer estadounidense por término medio se había vuelto constantemente más pesado durante este periodo.

Esta contradicción entre ideal cultural y realidad biológica debió desempeñar un papel en el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria. Incluso hay autores como (Gordon 1994 en: Navarro, 1999), sostienen que la anorexia sería la exageración o expresión extrema de un trastorno de identidad más generalizado que padecen las mujeres y que está

muy relacionado, por una parte, con el nuevo rol de la mujer, es decir, el cambio de expectativas hacia la mujer que tiene que ver con expectativas de éxito, de competitividad profesional, de autonomía, y por otra parte con sus interiorizados roles tradicionales como el ser complaciente, el ser para los demás, o la subordinación de necesidades propias a las necesidades y expectativas de los otros. Todo esto, puede crear confusión, desconfianza en sí mismas y dificultad en sintetizar una identidad sólida y bien validada.

Refiriéndonos a lo anterior, las pacientes anoréxicas se presentan como personas competitivas y ambiciosas pero también muy dependientes de las expectativas y de la aprobación externa pudiéndose efectuar una lectura de la anorexia como una solución disfuncional que, por un lado, les permite plegarse a las expectativas sociales de delgadez femeninas y por otro les provee de una sensación artificial de control al convertir el proceso anoréxico en un acto de afirmación y rebeldía.

2. Factores precipitantes

Desde el punto de vista familiar, la anorexia y la bulimia se insertan en un momento de crisis y cambio como lo es el de la adolescencia. La cual requiere reorganizaciones relacionales para superar esta etapa clave que supone los pilares o estructura de una fase de emancipación futura y que se traduce en que los padres deben ir introduciendo una serie de cambios en la relación con los

hijos para ir realizando un proceso de autonomía mutua pero manteniendo una relación disponible y con comunicación.

A nivel familiar es común encontrar las diversas crisis que son comunes a esta etapa de la vida de los padres, como son las enfermedades, las muertes, las separaciones, los problemas laborales o las crisis de pareja, muchas veces mal resueltas o que terminan en divorcios.

A nivel personal, es frecuente esperar experiencias de rechazo con las amigas, dificultades de readaptación por cambios de escuelas, los desengaños amorosos o las críticas. Situaciones que son vividas por ellas como una amenaza a su autoestima y que relacionan con una preocupación obsesiva alrededor de su cuerpo y con la convicción de que se sentirán más en control de su persona si continúan perdiendo peso.

3. Factores mantenedores

Estos son los que una vez se ha empezado el trastorno entorpecen la evolución y pueden generar alteraciones globales. Estos factores son principalmente la inanición y el aislamiento social.

(Keys y colaboradores, En: Navarro, 1999), en su estudio sobre inanición, observaron la relación existente entre las alteraciones psicológicas y conductuales con el síndrome de inanición que hasta ese momento se había confundido con características que presentaban estas pacientes, como obsesividad y compulsividad alrededor de la ingesta, labilidad emocional,

depresión, déficit en la concentración y trastornos del sueño. La importancia de este experimento radicó en que se pudo demostrar que una parte importante de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, en este caso, la anorexia, estaba determinada por el estado de desnutrición por lo que la recuperación nutricional se convertía en el objetivo primordial. (Belloch, 1995). De igual forma el continuo y progresivo aislamiento social disminuye las posibilidades de distracción de la anorexia nerviosa, haciendo más fácil la concentración y obsesión alrededor de la imagen corporal y perdiendo la oportunidad de disfrutar de experiencias gratificantes y terapéuticas.

VI. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El primer aspecto que se debe evaluar es el estado de deterioro físico y el peso actual. Una vez recogida la historia clínica y médica, se debe evaluar la topografía de las dietas, los hábitos alimentarios del paciente, y las conductas purgativas. Igualmente resulta necesario evaluar las distorsiones de la imagen corporal; las cogniciones relacionadas con la comida, el peso, la figura y la valoración estética de la misma; y finalmente, la existencia de otros posibles trastornos asociados.

Para la evaluación de estos trastornos se utilizan autorregistros, la autoobservación, la observación conductual, los autoinformes y las entrevistas. Los instrumentos se dividen principalmente en entrevistas diagnósticas, entrevistas para evaluar la psicopatología asociada al trastorno, los autoinformes sobre actitudes y síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria y los

autoinformes que evalúan la percepción que tiene el sujeto sobre su imagen corporal.

1. Instrumentos de evaluación

1.1 Entrevistas para evaluar la psicopatología asociada, especialmente para detectar la presencia de depresión, ansiedad, obsesiones, psicosis.

1.2 Autoinformes de actitudes y síntomas de trastornos de la conducta alimentarias, cuyo objetivo es detectar sintomatología propia de los trastornos de la conducta alimentaria.

1.3 Autoinformes sobre la imagen corporal, cuyo objetivo es detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.

VII. MODELO EXPLICATIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Desde su descubrimiento, diversas corrientes terapéuticas han intentado explicar el origen de estos trastornos.

El psicoanálisis clásico consideraba la anorexia nerviosa como una forma de histeria de conversión que simbólicamente expresaba el repudio a la sexualidad, unido a fantasías de embarazo oral. Posteriormente, los modelos

neopsicodinámicos, proponen como causa de este tipo de trastornos, la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres.

De modo análogo, el modelo sistémico, señala como relevantes las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilidad, la falta en la resolución de los conflictos y las distorsiones en la comunicación como factores predisponentes de patología familiar en las familias con algún hijo anoréxico. No obstante, estos modelos han sido extensamente criticados, por la falta de rigor científico en sus interpretaciones y por la carencia de estudios controlados que verifiquen sus postulados.

El enfoque conductual, propone que los trastornos de la conducta alimentarias forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos). No obstante, este enfoque ha dedicado poca atención al estudio de la etiología del trastorno, y tampoco ha habido un desarrollo excesivo de instrumentos de evaluación específicos, centrándose especialmente en el desarrollo de técnicas de tratamiento. Por otro lado, aunque en un primer momento ya se observaron buenos resultados con los principios del condicionamiento operante en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, dichos procedimientos fueron duramente criticados por su utilización simplista y peligrosa. No obstante, en la actualidad se encuentran apoyadas tanto las leyes del aprendizaje en que se basan estas técnicas terapéuticas como la utilidad clínica de dichos procedimientos. Sin embargo, es

importante señalar que el enfoque conductual por sí solo resulta también insuficiente para explicar la complejidad de estos trastornos.

Los planteamientos cognitivo-conductuales proponen que entre las variables estímulo y respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de los sujetos con trastornos de la conducta alimentarias son de alguna manera la consecuencia de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de la imagen corporal anteriormente citadas. No obstante, al igual que ocurría con otros modelos vistos anteriormente, por sí solo el enfoque cognitivo-conductual no puede dar cuenta de todos los aspectos implicados en los trastornos de la conducta alimentaria (Mateos-Parra, A. y otros, 1997 en red). La mayor parte de estos enfoques proponen factores causales únicos. Sin embargo, los trastornos de la conducta alimentarias constituyen un cuadro imposible de reducir a un único factor que dé cuenta de toda la complejidad que los caracteriza. Por esta razón, la tendencia de los últimos años es considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales surgiendo la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos. Asimismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas.

De esta manera, aparecen los primeros modelos biopsicosociales para dar cuenta de este tipo de trastornos. El primer modelo conocido que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores es el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por (Lucas, 1981 en: Belloch 1995) Dicho modelo parte de

tres factores: la predisposición biológica, la predisposición psicológica y el entorno social, los cuales interactuarían entre sí para dar lugar al trastorno de la conducta alimentaria.

En esta misma línea, (Toro y Vilardell 1987 en: Méndez, 1991), consideran el trastorno anoréxico como una patología multidimensional, que engloba y obedece a diferentes dimensiones de la persona: la biológica, la psicológica, y la social, principalmente y que obedece al modelo multicausal de la enfermedad, es decir, para que aparezca el trastorno anoréxico sería necesario que varios factores interactuaran entre sí para dar origen a dicha patología. Así, establecen la existencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno anoréxico.

Otros autores, proponen diferentes modelos integradores que tratan de explicar el origen y mantenimiento de diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Estos autores enfatizan además el importante papel que juega la psicopatología secundaria a este tipo de trastornos. Desarrollan un modelo evolutivo que trata de dar cuenta principalmente de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la "supermujer" podría explicar la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

VIII. TRATAMIENTO

En primer lugar, es importante señalar que en algunas ocasiones es necesaria la hospitalización. Esto ocurre principalmente en aquellos casos en los que la salud del paciente está en peligro como consecuencia del estado de desnutrición al que han llegado, o bien, cuando la psicopatología secundaria al trastorno es grave y la persona ha intentado incluso quitarse la vida. En estos casos la prioridad es el tratamiento de los trastornos biológicos, atendiendo siempre con especial cuidado a las complicaciones médicas que pueden surgir en la realimentación del paciente, antes de comenzar cualquier otro tipo de tratamiento psicológico.

La psicoterapia basada en el modelo neo-psicodinámico se orienta a lo que se denomina los antecedentes de la enfermedad, que tendrían como base un trastorno del desarrollo. De esta manera, el objetivo último de la psicoterapia será el desarrollo de una nueva personalidad. Así mismo, se enfatiza la necesidad de terapia familiar no sólo para apoyar a la familia y aliviar su ansiedad, sino también para evaluar las interacciones y experiencias familiares. (Minuchin, Rosman y Baker, 1978 en: Méndez, 1991), proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa. El objetivo terapéutico será modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros. A lo largo del tratamiento, se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales que son auxiliares del objetivo principal, es decir, la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

Por otro lado, la mayor parte de los programas conductuales se basan en la utilización del refuerzo positivo contingente al aumento de peso (normalmente se permite a la paciente hospitalizada una mayor actividad física o social). También se utiliza el castigo negativo (u omisión) contingente al mantenimiento de un bajo peso o a la disminución del mismo, y que suele consistir en la privación o retirada de situaciones agradables para la paciente como la actividad física (se le obliga a permanecer en reposo) y/o aislamiento en el dormitorio. Asimismo, se utilizan con relativa frecuencia los sistemas de economía de fichas y, la desensibilización sistemática normalmente aplicada a la situación de comer y a las sensaciones corporales (molestias gástricas, sensación de hinchazón, y otras) que ocurren después de la ingestión de alimentos. (Fairburn, 1993)

Los programas cognitivo-conductuales agregan a lo antes expuesto, técnicas específicamente cognitivas. Dividen en cinco categorías las técnicas cognitivas más utilizadas en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: la reestructuración cognitiva, la autoobservación, la identificación de los antecedentes a los episodios de sobreingesta, la educación nutricional y la planificación de las dietas.

Las técnicas cognitivo-conductuales constituyen la aproximación terapéutica más estudiada en la bulimia nerviosa y son consideradas por muchos autores como el tratamiento de elección. (Fairburn 1993)

Finalmente, en relación con la eficacia de la terapia grupal (Grupos para Anoréxicos y buímicas), llegan a la conclusión de que el grupo parece ofrecer un

marco de seguridad para que los pacientes se descarguen, para incrementar los sentimientos de autoestima, de efectividad y de esperanza, así como para que obtengan guía y consejos tanto de otros iguales como de los terapeutas.

Los modelos terapéuticos grupales, tanto preventivos como de tratamiento para estos trastornos en adolescentes, se producen desde diversas escuelas de psicoterapia grupal, teniendo en cuenta aportaciones de diversas escuelas teóricas, principalmente los modelos cognitivos conductuales, la terapia focal breve y los modelos interpersonales, principalmente. Los cuales proponen modelos estructurados, focalizados y de tiempo limitado, por ser más efectivos y rentables para aplicar en los servicios públicos.

IX- PRONÓSTICO

No existe acuerdo entre los diferentes autores en cuanto al porcentaje de pacientes que se recuperan. No obstante, según los datos ofrecidos por Chinchilla (1995), el 50-75% evolucionan hacia la remisión o mejoría, no siempre duradera, pero sí de buen pronóstico a largo plazo, sobre todo si fueron tratadas muy precozmente en el inicio de la enfermedad. Se acepta que hay remisión total en el 50%, y que el 20% tiene pobre evolución. Después de los siete años de evolución, según este autor, es difícil, pero no imposible, que mejoren, sobre todo si tienen un peso bajo, marcadas distorsiones cognitivas y en el caso de la anorexia, períodos de bulimia.

La obesidad previa y la presencia de trastornos de la ingesta previos, son factores de mal pronóstico tanto en la anorexia, la bulimia nerviosa como en el

trastorno por atracón. Por otro lado, la presencia de trastornos de la personalidad previos es un factor asociado a un peor pronóstico.

Son también factores a tener en cuenta, la insatisfacción corporal permanente y la mayor sobreestimación de su imagen corporal así como los desajustes sociales serios. El mayor uso de conductas purgativas como los vómitos o el abuso de laxantes y diuréticos, se encuentra asociado a una mayor cronicidad del trastorno. (Garfinkel y Garner, 1982 en: Belloch, 1995)

Por otro lado, estos últimos autores señalan que la respuesta precoz al tratamiento es también un factor de buen pronóstico. Por lo cual la prevención y la captación de pacientes en etapas iniciales del trastorno o en situaciones de riesgo, tienen un lugar muy significativo tanto en la prevención como en la recuperación de los pacientes con estos trastornos.

X. PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Entre los problemas actuales de mayor incidencia social en adolescentes, están los relacionados con la satisfacción e imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria que se producen como consecuencia, principalmente del bombardeo publicitario que orienta hacia el culto al cuerpo.

Esta insatisfacción puede tener su origen en la infancia, pero se acentúa significativamente en la adolescencia, época de cambios físicos y psicológicos.

Este período crítico debe irse superando, pero cuando esto no ocurre, se convierte en un obstáculo que impide el desarrollo y crecimiento personal del adolescente.

Los trastornos de la imagen corporal afectan principalmente a la población femenina adolescente, aunque se observa un incremento de la población masculina que padece estos trastornos, principalmente, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa con sus respectivas características y trastornos asociados, pero caracterizados principalmente por el miedo a engordar.

Debido al aumento en los casos, y a la gravedad de los mismos, muchos profesionales de la salud se están interesando en el tema, ya sea a través de la investigación, la capacitación o brindando espacios terapéuticos a nivel privado o institucional. Sin embargo, se hace necesario la implementación de programas preventivos, y de atención primaria que ayuden tanto a prevenir como a intervenir en etapas tempranas de la enfermedad. Maganto, Roiz y Del Río, (2002). Debido principalmente al pronóstico negativo y al alto costo económico que representa el tratamiento de estos trastornos en etapas avanzadas.

Estos argumentos han sido uno de los principales motivos por los cuales el departamento de la Juventud del Ayuntamiento de San Sebastián y la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco decidieron combinar sus esfuerzos para dar respuestas a esta necesidad, elaborando un programa de tipo teórico-participativo en donde se trabajen aspectos relacionados con

trastornos de la conducta alimentaria. El mismo, orientado a adolescentes y a adultos jóvenes y con el principal interés en la prevención comunitaria.

Es por esto, debido a la naturaleza preventiva del programa, y la amplia variedad de factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria que son tratados como la imagen personal, la identidad, los hábitos alimenticios, la expresión de emociones entre otros, resulta apropiado el desarrollo de éste programa, como método de intervención para jóvenes que presentan muchas deficiencias asociadas con los trastornos de la conducta alimentaria y que se encuentran en grave riesgo de padecer o se encuentran ya en etapas muy iniciales de estos trastornos. Es decir, son una población en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria y posteriores trastornos mentales asociados a esta patología, de no brindárseles una intervención adecuada.

Se justifica entonces la implementación de este programa para su uso con nuestra población objeto de estudio, adaptándola, por supuesto, a las necesidades socioculturales características de nuestras adolescentes panameñas.

1. Presentación del programa.

Este programa ha sido diseñado con la finalidad de prevenir el desarrollo y la cronicidad de los trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria, en adolescentes, que representan una población en riesgo.

Presentamos a continuación la estructuración del programa:

1.1 Objetivos del taller

- Sensibilizar a los jóvenes y adolescentes con el fin de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal.
- Hacerles tomar conciencia de cual es su patrón habitual de alimentación y controlarlo con patrones de alimentación más saludables.
- Analizar la influencia de los medios de comunicación, de la familia, y los amigos con relación a la satisfacción o la insatisfacción de la imagen corporal.
- Posibilitar un espacio donde los jóvenes puedan analizar y expresar sus emociones en relación con estos temas.
- Explicar e informar sobre los principales trastornos de la conducta alimentaria.
- Orientar sobre cómo actuar y a quien acudir ante estos problemas.
- Crear en los jóvenes una toma de conciencia sobre esta problemática para que, a modo de emisarios, sean ellos mismos quienes difundan dicha información en su red social y familiar.

1.2 Estructura del taller

Se trabajarán cinco temas:

- Salud, alimentación y nutrición
- Imagen corporal
- Expresión de emociones
- Anorexia y Bulimia
- Qué hacer y dónde acudir?

Los temas han sido distribuidos en ocho sesiones. El taller está diseñado para ser aplicado de forma colectiva, entre 8 y 15 participantes.

1.3 Materiales necesarios

- Manual del monitor: contiene la información teórica y la estructuración de las sesiones.
- Cuadernos de trabajo de los participantes: contienen el material necesario para desarrollar todas las actividades.
- Láminas de fotos
- Cinta de video que contiene la proyección “no me controlo” que se proyecta dentro de una de las actividades.

1.4 Esquema de las sesiones

1. Tema y objetivos:

Se inicia con el planteamiento del tema y se proponen los objetivos generales a alcanzar, para cada sesión.

2. Explicación teórica del tema a tratar:

En cada sesión, con excepción de la primera y la última se facilita al monitor una explicación teórica que se utiliza posteriormente para tratar el tema. Esta explicación, en el caso de la muestra objeto de estudio, será impartida por un profesional de la salud, específicamente una nutricionista y un médico general, además del equipo de trabajo del taller, la psicóloga y la enfermera en Salud Mental. Debido que la población está compuesta por adolescentes, el material teórico está dispuesto de forma que resulte interesante, dinámico y facilite la participación interactiva.

3. Actividades de la sesión y modo de realizarlas:

Las actividades son basadas en diversas técnicas individuales y grupales, como cuestionarios relacionados con los hábitos alimenticios, autoinformes, análisis de artículos de periódicos, role playing, visualización de casos por medio de videos, debates en grupo y reflexiones personales. El objetivo final es ayudar a los jóvenes a reflexionar acerca de sus ideas y emociones, a mirarse ellos mismos, a la sociedad en que viven y a compartir entre ellos esas ideas y sentimientos.

4. Evaluación de cada sesión:

La evaluación de cada sesión lleva el nombre de "mirando con lupa" el cual es un cuestionario en el cual debe analizarse cuáles han sido las ideas más importantes de cada sesión y hacer sus propias reflexiones y conclusiones. También permite evaluar el grado de comprensión de cada sesión y el nivel de impacto de lo aprendido. El análisis es de forma individual y anónimo, y se recoge al final de cada sesión.

5. Evaluación del taller:

Para la evaluación del programa o taller se han elaborado dos cuestionarios, un cuestionario de valoración de cambio percibido, en el que los sujetos contestan en que medida perciben cambios sobre los temas trabajados, y otro denominado evaluación del taller, en el cual se recoge la valoración de aspectos estructurales como metodología de utilidad para mejorar el mismo.

1.5 Programación del taller

Pre sesiones 1 y 2

Evaluación y entrevista clínica

Sesión 1 Presentación y Cohesión Grupal

Dinámicas de grupo

Actividad 1.1 "Rueda de Nombres"

Tipo: grupal.

Material: sin ficha de trabajo.

Objetivo: conocer el nombre de todos los miembros del grupo.

Modo de aplicación: Se forma un círculo con todos los participantes. Se hace un primer repaso en voz alta de todos los nombres. Después, comienza el monitor diciendo su nombre y seguidamente, la persona que tiene a su derecha deberá decir el nombre del monitor y el suyo propio. A continuación, la siguiente persona situada a la derecha deberá decir el nombre del monitor, el nombre de la persona que tiene a su izquierda y el suyo, y así sucesivamente hasta completar el círculo de personas. Una vez concluida esta rueda de nombres, se repetirá de nuevo comenzando por el lado izquierdo.

Actividad 1.2 "El Pasaporte"

Tipo: individual o grupal

Material: ficha 1.2 del cuaderno de trabajo.

Objetivo: Conocer, no sólo el nombre de sus compañeros, sino también sus principales aficiones.

Modo de aplicación: Cada participante anota en la ficha, dentro del recuadro y en los espacios correspondientes, su nombre, algún lugar o situación que le haya gustado y una de sus aficiones. A continuación todos los miembros del grupo sujetan su ficha a la altura del pecho y se pasean por la habitación observando y memorizando las fichas de los demás. Tras cinco minutos, de observación, el grupo se vuelve a sentar en círculo. El monitor recoge las fichas, las mezcla, y al azar pide a un participante que escoja una de ellas. Esta persona leerá para sí y deberá dar pista al resto del grupo para que descubran de quien se trata. Luego, esta misma persona elegirá a otro de sus compañeros para que escoja otra ficha al azar y repita la dinámica. Se realizará esto unas cuantas veces.

Actividad 1.3 "Soy, pero Parezco"

Tipo: Grupal

Material: 15 láminas que contienen imágenes sobre paisajes, animales, objetos, y situaciones. El monitor puede añadir o cambiar las láminas según considere oportuno.

Objetivo: que los miembros del grupo conozcan y se observen como se ven percibidos por los demás, en comparación con su propia percepción.

Modo de aplicación: El grupo permanecerá sentado formando un círculo. El monitor esparcirá por el suelo varias láminas. Cada participante escogerá aquella con la que se sienta más identificado y la colocará de forma visible

delante de sí, a la altura del pecho. A continuación se preguntará al grupo por qué creen que su compañero (señalando a uno en concreto) ha elegido esa imagen. Luego el participante explicará a los demás el porqué de su elección. Se repetirá esta dinámica con cada miembro del grupo.

Actividad 1.4 "Tomando Tierra"

Tipo: individual o grupal

Material: ficha 1.4 del cuaderno de trabajo.

Objetivo: conocer qué les ha motivado a asistir al taller, qué conocimientos tienen sobre su dieta alimenticia, sobre el reconocimiento de expresión de emociones y sobre anorexia y bulimia.

Modo de aplicación: Se deja unos minutos para que cada participante rellene su ficha de trabajo. Esta consta de varias preguntas referidas al taller y a diversos aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Luego se pondrán en común las ideas de cada uno y, por último, se juntarán en grupos para contestar y luego analizar las últimas actividades.

Percepción de la Imagen Corporal:

Actividad 1.5 "Test de Siluetas de Imagen Corporal"

Tipo: Individual o grupal.

Material: ficha 1.5 del cuaderno de trabajo.

Objetivo: Que los participantes enjuicien su imagen real, la imagen ideal, y la imagen que los padres y madres desearían que tuvieran sus hijos.

Modo de aplicación: La ficha ilustra ocho siluetas del cuerpo humano masculino y ocho del cuerpo femenino. A partir de la observación de estas figuras, cada participante deberá contestar en su ficha las preguntas que se plantean. Luego, trabajarán por parejas estas cuestiones:

- ¿Qué figuras son a tu juicio delgadas, normales, y gordas?
- ¿Qué figura le gustaría a tu familia que tú tuvieras?
- Si pudieras elegir una pareja, ¿ qué figura elegirías?

Se deja un tiempo suficiente para tratar estos temas (aproximadamente de unos 15 minutos) y se procede a comentarlos en grupo analizando la adecuación a la realidad, la presión familiar, y los ideales de pareja.

Sesión 2 Salud, Alimentación, y Nutrición

Actividad 2.1 “Hacer la Compra”

Tipo: individual

Materia: ficha 2.1 del cuaderno de trabajo, que contiene un listado de bebidas y comidas agrupadas en 9 categorías.

Objetivo: Conocer y comparar las preferencias alimenticias y el patrón personal de alimentación de los asistentes.

Modo de aplicación: Deben valorar del 0 (nada) al 5 (mucho) cuanto les “gusta” cada uno de los alimentos y bebidas de la lista. Luego, sumarán la puntuación que compone cada categoría y dividirán esta cantidad entre 5 (número de alimentos de cada categoría), para tener la puntuación total. Esta actividad se completa con la siguiente.

Actividad 2.2 “Mi Gráfica”

Tipo: individual o grupal

Explicación teórica sobre alimentación, nutrición y pautas alimenticias más saludables.

Material: ficha 2.2 del cuaderno de trabajo. Contiene un diagrama de barras para anotar y comparar los resultados entre lo que más les gusta y lo que más comen.

Objetivo: que los jóvenes analicen gráficamente las principales diferencias entre su patrón habitual de alimentación y los gustos alimenticios generales.

Modo de aplicación. Cada participante deberá complementar el diagrama pintando las barras correspondientes a cada grupo alimentario. En la parte izquierda de cada barra se representarán los resultados de la actividad “hacer la compra”, es decir, cuanto les gustan esos alimentos. En la parte derecha y en otro color se representará con qué frecuencia toman esos alimentos o bebidas, a fin de obtener el diagrama del patrón de alimentación habitual. Cada participante reflexionará, de modo individual, sobre las diferencias encontradas en la

comparación entre lo que más les gusta y lo que más comen. Seguidamente se debatirán los resultados en forma grupal.

Actividad 2.3 "El Mantel Saludable"

Tipo: grupal

Material: ficha 2.3ab del cuaderno de trabajo.

Objetivo: que puedan aplicar los contenidos teóricos que se les han explicado a la realización de dietas saludables.

Modo de aplicación: teniendo en cuenta las actividades realizadas, la teoría impartida, y la "pirámide de los alimentos", los participantes se dividen en cuatro grupos, deberán "componer" un menú saludable de un día completo para los siguientes tipos de personas: 1, un joven de su edad; 2, un equipo de ciclistas; 3, una persona anciana; 4, un modelo de pasarela. Después, el monitor comentará aquellos menús que no son saludables y las consecuencias de los mismos.

Sesión 3 Imagen Corporal I. Modelos Sociales

Actividad 3.1 "¿Quién es Qué?"

Tipo: individual o grupal

Material: ficha 3.1 del cuaderno. Contiene 10 fotografías de personas desconocidas y 10 anuncios ofertando distintos trabajos.

Objetivo: Hacer conciencia al grupo de que existen estereotipos y prejuicios sociales referidos a algunas profesiones laborales que están vinculadas a una imagen específica, un sexo, y una edad determinada. Esto cierra el ámbito laboral a aquellas personas que no cumplan con dichos requisitos. Analizar la influencia que los medios sociales y de comunicación ejercen en nuestra vida y en nuestra insatisfacción corporal.

Modo de aplicación: Deben asignar a cada una de las fotografías uno de los trabajos en la ficha, anotando el número de la fotografía en el círculo que cada anuncio tiene encima, tomando en cuenta únicamente el físico de la persona que aparece en la fotografía. Una vez asignados todos los trabajos, se comunicará a los participantes la verdadera profesión de cada persona fotografiada.

Actividad 3.2 "Tú Sí, Tú No"

Tipo: Individual o grupal.

Material: ficha 3.2 del cuaderno que contiene una lista de objetivos para clasificar.

Objetivo: Tratará de eliminar los falsos prejuicios sociales relacionados con las personas delgadas y las personas gordas. Análisis sobre anuncios publicitarios: imagen y mensajes.

Modo de aplicación: Se trata de que agrupen un listado de objetivos en dos columnas. Deben decidir con cada uno si corresponde a una persona gorda o delgada, según cual creen que es la opinión social. Una vez completa la ficha,

se pondrá en común la selección realizada por cada participante, fomentando un debate sobre los prejuicios existentes en esta área.

Actividad 3.3 "Veo, Veo, ¿Qué Ves?"

Tipo: grupal.

Material: fotografías de anuncios publicitarios con el mensaje tapado.

Objetivo: Analizar el modo de venta de determinados productos, enfatizando el medio que utilizan y no el fin para la venta. Deben ser conscientes de la fuerza de determinados mensajes publicitarios que venden productos mediante la exhibición de cuerpos "ideales", con una imagen sexual o erótica. Pautas de actuación para la aceptación corporal.

Modo de aplicación: Se les muestran los anuncios y, en forma de debate, se comentan las siguientes preguntas:

- ¿Qué se anuncia?
- ¿Cómo se anuncia?
- ¿Con qué imágenes?
- ¿Qué pretenden con las imágenes utilizadas?

Actividad 3.4 "Consejos Vendo que para Mi No Tengo"

Tipo: individual o grupal.

Material: ficha 3.4 del cuaderno que contiene un listado de consejos para mejorar la insatisfacción corporal.

Explicación teórica sobre los modelos sociales y cambios de rol.

Objetivo: tomar consciencia de que cierta insatisfacción es común a todas las personas y que siempre podemos hacer algo para mejorar la de los demás, aunque a todos no nos sirvan los mismos consejos.

Modo de aplicación: Primero, se contesta de forma individual en las fichas y luego cada uno argumentará en grupo por qué a ellos les serían útiles las opciones elegidas.

Sesión 4 Imagen Corporal II. Satisfacción Corporal

Actividad 4.1 “El Baúl de los Recuerdos”

Tipo: Individual o grupal.

Material: fotografías de los participantes y ficha 4.1 del cuaderno.

Objetivo: Que los participantes tomen conciencia de que sus cuerpos han cambiado a lo largo de los años y que hay que aceptar esos cambios progresivamente.

Modo de aplicación. Cada persona contesta en su ficha a las preguntas a partir de la comparación de las dos fotos que han traído. Luego se comentarán las respuestas en grupo.

Actividad 4.2 "Escala de Satisfacción de Zonas Corporales"

Tipo: individual o grupal.

Material: ficha 4.2 del cuaderno que contiene una escala con listados de distintas partes del cuerpo. En la parte posterior, se encuentran cuatro preguntas sobre las partes del cuerpo que les producen mayor insatisfacción.

Objetivo: conocer aquellas partes del cuerpo con las que cada persona se sienta más o menos satisfecha.

Modo de aplicación: En la escala que se les presenta deben indicar cuán satisfechos están con cada una de las partes que aparecen en el cuadro, eligiendo desde "nada satisfecho" hasta "muy satisfecho". A continuación puntuarán su aspecto físico general en una escala del 1 al 10. Los resultados servirán para tomar conciencia de las zonas de mayor y menor aceptación así como la aceptación corporal global.

Actividad 4.3 "El Patito Feo"

Tipo: individual o grupal.

Material: ficha 4.3 del cuaderno.

Objetivo: buscar alternativas para valorar positivamente a una persona acomplexada.

Modo de aplicación: Los participantes deberán elegir aquellas opciones que consideren más acertadas para valorar a una persona acomplejada. Seguidamente se comentará en grupo el por qué de sus elecciones.

Actividad 4.4 “Me Gusta de Ti”

Tipo: grupal.

Material: sin ficha.

Objetivo: descubrir que aquellas partes de nuestro cuerpo o imagen corporal que nos disgustan pueden resultar atractivas para el resto de las personas, y potenciar la aceptación y la satisfacción de la propia imagen corporal.

Modo de aplicación: El grupo se sienta en el suelo formando un círculo. Un participante se sitúa en el centro de los demás y deberán decirle, uno por uno, aquella parte del cuerpo de esa persona que más les guste, sin repetir las ya nombradas. Irá pasando al centro cada uno de los miembros del grupo y se realizarán con cada uno los pasos anteriores. Luego se comentarán en grupo las siguientes preguntas:

- ¿Cómo te has sentido al estar en el centro del círculo?
- ¿Qué has sentido cuando a alguien le gusta una parte de tu cuerpo que a tí te disgusta?

Sesión 5 Expresión de Emociones

Actividad 5.1 “Espejito Mágico”

Tipo: Individual o grupal.

Material: ficha 5.1 del cuaderno, que se les entregó en la sesión anterior.

Objetivo: descubrir las emociones que su propio cuerpo les suscita para tomar consciencia y favorecer el cambio de aquellas más negativas.

Modo de aplicación: Poner en común las impresiones, tanto positivas como negativas, que les haya suscitado el hecho de mirarse detenidamente en el espejo. Ampliando la actividad, se harán las siguientes preguntas, intentando crear un debate abierto e integrando a todos los miembros del grupo:

- ¿Qué es lo que más te gustaría que te dijeran sobre tu aspecto físico?
- ¿Qué es lo que más has oído sobre el mismo?

Actividad 5.2 “¿Qué Pasa con mis Emociones?”

Tipo: individual.

Material: cuaderno de trabajo. En ella se presentan dos listas de emociones, una positiva y una negativa. A la hora de elaborar la actividad se utiliza las palabras que los adolescentes utilizan en la vida cotidiana para expresar sus emociones.

Objetivo: que sean conscientes del tipo de emociones más frecuentes, positivas o negativas, y como éstas van definiendo una manera de ser y comportarse y un estilo de afrontamiento ante algunas situaciones vitales, tales como cambio corporales, pérdidas afectivas importantes, toma de decisiones.

Modo de aplicación: Deben anotar en qué medida suelen sentir cada una de las emociones de la lista. Para ello, utilizan una escala numérica donde el 0 equivale a "casi nunca" y el 5 a "casi siempre". Para cada emoción, deben escribir una cruz en la columna deseada. Una vez terminada la lista, sumarán el número de cruces de cada columna y lo multiplicarán por los valores correspondientes a cada una. Se anotan los cuatro subtotalet de cada lista y se calcula la puntuación total (positiva y negativa) mediante la sumatoria de todas las columnas. Tras ello, pueden tomar consciencia de cuál es su estilo emocional, es decir, qué sentimientos han obtenido en puntuaciones más altas tanto positivas como negativas, y qué grupos de emociones predominan.

Actividad 5.3 "¿Qué me Digo a Mí Mismo Cuando..."

Tipo: Individual o grupal.

Material: Ficha 5.3 del cuaderno.

Objetivo: descubrir qué emociones o sensaciones despiertan a los participantes las diversas situaciones de la vida cotidiana. A su vez, contrastar con las diversas formas de pensar del resto de los participantes.

Modo de aplicación: Los participantes deben escribir las emociones o pensamientos que se les suelen pasar por la cabeza cuando se encuentran en las situaciones que se describen en la ficha. Cuando todos hayan terminado, pondrán en común sus respuestas.

Actividad 5.4 "Mi Imagen en el Espejo"

Tipo: Individual o grupal.

Material: ficha 5.4ab del cuaderno. Con la primera se trabaja individualmente; la segunda es rotatoria y se trabaja en grupo.

Objetivo: recibir del resto del grupo las emociones que nuestra imagen suscita; sentimientos y sensaciones “positivas” que transmitimos a través de nuestro cuerpo, nuestros movimientos, gestos y nuestro saber estar.

Modo de aplicación: En primer lugar, cada miembro del grupo escribirá el nombre del resto de los compañeros en ficha 5.4a y al lado de cada nombre, anotará una frase, palabra, sentimiento, o emoción “positiva” que le sugiera la imagen de dicha persona. A continuación, cada sujeto hará circular su ficha 5.4b entre sus compañeros que irán escribiendo en las viñetas la emoción o palabra que escribió sobre dicha persona. Cuando todas las fichas hayan pasado por todos los miembros del grupo, cada uno recoge la suya, se deja un momento de silencio para reflexionar sobre lo que han escrito y se comentarán en grupo.

Actividad 5.5 “¿Qué Hago con mis Sombras?”

Tipo: individual o grupal.

Material: ficha 5.5 del cuaderno, que contiene un listado de posibles “soluciones” para afrontar emociones negativas.

Objetivo: crear un espacio donde puedan hablar de las emociones negativas propias y tomar conciencia de que todos sentimos esas emociones en alguna medida.

Modo de aplicación. Primero, deben elegir, de modo individual, entre las soluciones que se proponen en la ficha, aquellas con las que cada uno esté más de acuerdo. Posteriormente, comentarán en grupo el por qué de tales elecciones. El monitor realizará una puesta en común integrando la opinión de todos los del grupo.

Sesión 6 Anorexia

Actividad 6.1 "Me Doy Asco"

Tipo: Individual y grupal.

Material: ficha 6.1 del cuaderno que reproduce un artículo del periódico "El Correo" del 18 de septiembre de 1977.

Objetivo: conocer un caso real contado por su protagonista, poniendo especial interés en lo que significa no sólo para esa persona, sino también para su familia y amigos.

Modo de aplicación: Se deja un tiempo para que lean el artículo, de forma individual. Luego se harán comentarios en común en torno a esta pregunta: ¿Qué destacarías o qué es lo que más te ha impresionado de esta historia?

Actividad 6.2 "Tenéis la Palabra"

Tipo: grupal

Material: ficha 6.2a que se entregó la sesión anterior.

Objetivo: que los participantes del taller conecten con la gravedad y realidad del trastorno.

Modo de aplicación: Los participantes representarán a modo de role-playing las entrevistas de las cuatro personajes. Luego, cada uno trabajará con la ficha 6.2b de su cuaderno y posteriormente se comentarán en grupos las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es lo que más os ha impresionado?
- ¿Qué aspectos de la explicación habéis visto reflejados en las personas que sufren estos trastornos?

Actividad 6.3 “Vuelta y Vuelta”

Tipo: grupal

Material: ficha 6.3 del cuaderno.

Objetivo: que los participantes desempeñen roles diferentes en una situación conflictiva y posibilitar la comprensión de dichos roles y situaciones. En este caso, los roles son de madre y de hija.

Modo de aplicación: Los miembros del grupo se colocan sentados formando un círculo. El monitor leerá el texto que aparece en la ficha. (Es una conversación

entre madre e hija sobre la manera en que la hija se está adelgazando.) Luego, cada participante tiene que tomar el rol de la madre y de la hija y seguir la conversación según sus propias ideas. Después se discuten los resultados.

Sesión 7 Bulimia

Actividad 7.1 “No Me Controlo”

Tipo: grupal.

Material: video que se incluye entre el material del Programa preventivo sobre imagen corporal u trastornos de la conducta alimentaria PICTA. Contiene entrevistas con dos personas que han padecido bulimia.

Objetivo: conocer el desarrollo de una persona que ha padecido bulimia.

Modo de aplicación: Tras la proyección del video, se comentarán en grupo los aspectos más destacables del caso, poniendo especial interés en el impacto que les ha causado dicha realidad. Nos basaremos en las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que más os ha impresionado?
- ¿Qué aspectos de la explicación se han visto reflejados en este caso?
- ¿Tenéis algún amigo o familiar que pudierais identificar con este chico?
- ¿Cómo os sentiríais si estuvierais en su lugar?

Actividad 7.2 “Quítate Tú, para Ponerme Yo”

Tipo: grupal.

Material: ficha 7.2 del cuaderno. La actividad consiste en escenificar una situación familiar en la que hay implicada una persona bulímica. En la ficha se describe el papel y la posición de cada personaje.

Objetivo: aprender a asumir diferentes roles, en concreto el de los padres.

Modo de aplicación: Los participantes realizarán la dramatización descrita en la ficha. Se puede sustituir los "actores" con otros miembros del grupo para que todos participen. Finalizada la dramatización, se analizará el curso que ha ido tomando cada personaje de la familia y se comentarán las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que más te ha impresionado de esta dramatización?
- ¿Cómo te has sentido en el rol de padre o madre?
- ¿Qué es lo que a tu juicio mantiene el problema?
- ¿Qué tendrán que hacer los padres?

Sesión 8 "Stop, ¿Qué hacer?"

Actividad 8.1 "Decálogo Final"

Tipo: grupal.

Material: ficha 8.1 del cuaderno. En ella aparecen diez consejos sobre cómo actuar con personas que padecen algún trastorno alimenticio y diez formas de actuar que se deben evitar en contacto con estas personas.

Objetivo: Ofrecerles pautas o consejos claros, sencillos, y adecuados para comportarse ante compañeros o familiares que pudieran desarrollar estos trastornos.

Modo de aplicación: Cada participante lee individualmente la ficha y luego se trabaja en grupo la siguiente pregunta: "¿Cuáles de esos consejos os parecen más efectivos y por qué?" Posteriormente se hace una puesta en común y el monitor explicará cada uno de los consejos e indicaciones mediante ejemplos.

Actividad 8.2 "¿Dónde Acudir?"

Tipo: grupal

Material: ficha 8.2 del cuaderno en la que se da información de los lugares más adecuados donde pueden acudir para estos problemas.

Objetivo: proporcionar la información necesaria para que conozcan los recursos comunitarios propios de su zona geográfica.

Modo de aplicación: Se entrega a los participantes una ficha que previamente rellena el propio coordinador con información sobre los lugares de ayuda. Se incluye información sobre factores de riesgo por si puede ser de utilidad para los participantes y sus padres. Luego se discuten las distintas alternativas que existen y los riesgos descritos.

Actividad 8.3 "Cuestionario de Valorización del Cambio Percibido"

Tipo: individual.

Material: ficha 8.3 del cuaderno que contiene preguntas organizadas según los temas del programa.

Objetivo: comprobar si perciben cambios y en qué medida se relacionan con los cinco grandes temas trabajados.

Modo de aplicación: En un clima de reflexión y silencio, los participantes deben ir contestando individualmente al cuestionario. Las preguntas se tratan de (a) si tienen información suficiente y comprenden los temas tratados, y (b) si perciben cambios en las actitudes hacia su imagen corporal y su aceptación personal y hacia los trastornos de la alimentación.

8.4 “Evaluación del Taller”

Tipo: individual.

Material: ficha de 8.4 con preguntas para evaluar el taller.

Objetivo: evaluar el taller de modo sincero y crítico por parte de los participantes.

Modo de aplicación: Los participantes deben contestar a las preguntas de acuerdo con las instrucciones del cuestionario. Tras ello, los monitores recogerán las evaluaciones.

Post sesiones 1

Evaluaciones post tratamiento (Re-aplicar cuestionarios EDI-2 y AF-5)

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de la investigación que llevaremos a cabo, esperamos conocer ¿Qué efectos tendrá la aplicación del programa preventivo de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria, en los jóvenes que presentan síntomas asociados o se encuentran en riesgo de padecer los trastornos de la conducta alimentaria? ¿Se encontrarán diferencias significativas al comparar los resultados entre un grupo experimental y uno control? ¿Se logrará una disminución de los síntomas relacionados con estos trastornos?

II- JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y el trastorno por atracón, son un problema creciente en nuestras sociedades cada vez más industrializadas. El culto a la imagen corporal y la moda de la delgadez femenina, típicas de nuestra cultura en las últimas décadas, parecen elementos determinantes en el surgimiento de estos problemas que afectan principalmente a mujeres jóvenes.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son fenómenos complejos que deben entenderse tomando en consideración las dimensiones biológica, psicológica y grupal-social. Este abordaje global e integrado es necesario, tanto para poder evaluar como para poder diagnosticar e intervenir terapéuticamente en estos trastornos.

Es importante ante el riesgo de la evolución crónica que tienen todos estos trastornos, intervenir de forma temprana con medidas activas en el presente y dotar de instrumentos psíquicos a los pacientes adolescentes, mediante intervenciones y recursos específicos, que les prevengan de desarrollar estos trastornos o disminuya su potencial de cronicidad.

Dentro de los programas específicos de tratamiento, el grupal es un instrumento de calidad, efectivo, preventivo, adaptable a la demanda, y por tanto, útil para atenderla en los centros de salud mental públicos y para tratar las afecciones que presentan los jóvenes que solicitan atención clínica y que tienen riesgo de desarrollar estos trastornos.

El grupo permite a los pacientes el cambio de los pensamientos, las emociones y la conducta alterados por la enfermedad o por los síntomas asociados, mejorando el pronóstico y la evolución futura. Creemos que tanto el momento personal de cambio como la valoración de los riesgos concretos asociados al trastorno, son los que deben marcar el objetivo de estrategia terapéutica que se debe poner en marcha.

El grupo de terapia debe estar complementado con otros tipos de abordajes terapéuticos. En los TCA como en otras enfermedades, es necesaria la coordinación entre los distintos niveles de tratamiento implicados. En nuestra propuesta de intervención, contaremos con la participación de un médico general, una enfermera especializada en salud mental, una nutricionista y la intervención psicológica.

Para la intervención psicológica se ha escogido un enfoque de intervención grupal, ya que hemos considerado el más apropiado para trabajar con jóvenes que presentan riesgo a desarrollar estos trastornos o se encuentran en etapas iniciales, según lo indica la sintomatología que presentan. Primero, por su eficacia a corto plazo y segundo, por su adaptabilidad a los programas de adolescentes que las Instituciones panameñas llevan a cabo.

De esta forma se espera contribuir con la adición del factor de intervención psicológica dentro de los programas de adolescentes en la institución de la Caja del Seguro Social, que ha sido escogida para realizar este estudio, de forma tal que se garantice su consecuente utilización como parte de la intervención que se le brinda a los jóvenes con estos trastornos.

III- OBJETIVOS

1. Objetivo General:

- Brindar tratamiento preventivo a adolescentes en riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria o que presentan síntomas en etapas iniciales, a través de un programa de intervención grupal.

2. Objetivos Específicos:

- Evaluar la conducta alimentaria y el autoconcepto de los adolescentes, para determinar su relación con los trastornos de la conducta alimentaria

- Describir el programa de intervención grupal que se le brindará a los adolescentes.
- Evaluar la efectividad del programa de intervención grupal desde la perspectiva del adolescente.

IV- HIPÓTESIS

1. Hipótesis Conceptual.

La intervención de los adolescentes mediante un programa de intervención grupal, actúa como medida preventiva en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria y reportará una disminución de los síntomas relacionados con estos trastornos.

2. Hipótesis Estadística (de diferencia de medias).

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria

Variable “obsesión por la delgadez”

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1; Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable obsesión por la delgadez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable obsesión por la delgadez.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable obsesión por la delgadez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable obsesión por la delgadez.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable obsesión por la delgadez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable obsesión por la delgadez.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable obsesión por la delgadez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable obsesión por la delgadez.

Variable "Bulimia"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable bulimia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable bulimia.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable bulimia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable bulimia.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable bulimia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable bulimia.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable bulimia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable bulimia.

Variable "Insatisfacción corporal"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable insatisfacción corporal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable insatisfacción corporal.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable insatisfacción corporal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable insatisfacción corporal.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable insatisfacción corporal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable insatisfacción corporal.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable insatisfacción corporal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable insatisfacción corporal.

Variable "Ineficacia"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable ineficacia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable ineficacia.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable ineficacia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable ineficacia.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable ineficacia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable ineficacia.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable ineficacia.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable ineficacia.

Variable "Perfeccionismo"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable perfeccionismo.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable perfeccionismo.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable perfeccionismo

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable perfeccionismo.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable perfeccionismo.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable perfeccionismo.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable perfeccionismo.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable perfeccionismo.

Variable "Desconfianza interpersonal"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable desconfianza interpersonal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable desconfianza interpersonal.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable desconfianza interpersonal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable desconfianza interpersonal.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable desconfianza interpersonal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable desconfianza interpersonal.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable desconfianza interpersonal.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable desconfianza interpersonal.

Variable "Conciencia introspectiva"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable conciencia introspectiva.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable conciencia introspectiva.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable conciencia introspectiva.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable conciencia introspectiva.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable conciencia introspectiva.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable conciencia introspectiva.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable conciencia introspectiva.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable conciencia introspectiva.

Variable "Miedo a la madurez"

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable miedo a la madurez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable miedo a la madurez.

H1: $\bar{X}_{1c} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable miedo a la madurez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable miedo a la madurez.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable miedo a la madurez

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable miedo a la madurez.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable miedo a la madurez.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable miedo a la madurez.

Cuestionario de autoconcepto

Variable "Académico"

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2e}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable académico.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable académico.

H1: $\bar{X}_{1c} < \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable académico.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable académico.

$$H_1: \bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$$

$$H_0: \bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable académico.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable académico.

$$H_1: \bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2c}$$

$$H_0: \bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable académico.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable académico.

Variable "Social"

$$H_1: \bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2e}$$

$$H_0: \bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable social.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable social.

H1: $\bar{X}_{1c} < \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable social.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable social.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable social.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable social.

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2c}$

Ho: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable social.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable social.

Variable "Emocional"

$$H_1: \bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2e}$$

$$H_0: \bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable emocional.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable emocional.

$$H_1: \bar{X}_{1c} < \bar{X}_{2c}$$

$$H_0: \bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable emocional.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable emocional.

$$H_1: \bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$$

$$H_0: \bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable emocional.

Ho: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable emocional.

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable emocional.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable emocional.

Variable "Familiar"

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2e}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable familiar.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable familiar.

H1: $\bar{X}_{1c} < \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable familiar.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable familiar.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable familiar.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable familiar.

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable familiar.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable familiar.

Variable "Físico"

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2e}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2e}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable físico.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la post prueba experimental, para la variable físico.

H1: $\bar{X}_{1c} < \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1c} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable físico.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba control y la post prueba control, para la variable físico.

H1: $\bar{X}_{1e} > \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable físico.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre prueba experimental y la pre prueba control, para la variable físico.

H1: $\bar{X}_{1e} < \bar{X}_{2c}$

H0: $\bar{X}_{1e} = \bar{X}_{2c}$

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable físico.

H0: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la post prueba experimental y la post prueba control, para la variable físico.

V- ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

1. Tipo de Investigación

Investigación tipo experimental.

2. Diseño de investigación

Diseño experimental de comparación de grupos, tipo grupo control, pre prueba-post prueba. En donde se cuenta con dos grupos. A un grupo se le efectuará una evaluación antes y después de aplicado un tratamiento experimental y al otro, sólo las evaluaciones antes y después sin la aplicación del tratamiento. Lo cual nos permitirá, establecer una relación de causa-efecto, con respecto a la efectividad del tratamiento.

El análisis estadístico se realiza a través de la prueba "t" de Student para evaluar diferencias entre grupos independiente y correlacionados. Se podrá comparar si existen diferencias significativas entre grupos e inter-grupo, con respecto a la efectividad del tratamiento aplicado a los grupos experimental y control.

Hemos considerado para nuestro estudio un nivel de significancia o alfa 0.05, lo cual nos indica una probabilidad del 95 % de aceptar la hipótesis de investigación y solo y 5% de error.

VI- VARIABLES

1. Variable Independiente

- Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria.

2. Variables Dependientes

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Autoconcepto

VII- DEFINICIONES

A. Definiciones conceptuales:

1. Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria PICTA

Intervención psicológica para adolescentes que se centra en el alivio de los síntomas a través de la corrección de pensamientos o actitudes sociales negativas. El objetivo de esta terapia es identificar las cogniciones y actitudes negativas claves a fin de modificarlas.

2. Trastornos de la conducta alimentaria:

Trastornos caracterizados por patrones alimentarios anómalos, alteración en su imagen corporal acompañada por drásticos intentos del paciente de restricción alimentaria para controlar su peso y su cuerpo.

3. Autoconcepto:

Estimación o concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social, familiar, emocional, académico y hasta espiritual. Es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto.

B- Definiciones Operacionales

1. Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria.

- Ocho sesiones de 1 hora 50 minutos, una sesión por semana.
- Dos sesiones previas a la intervención
- Dos sesiones de seguimiento
- Historia clínica completa
- Utilización y seguimiento de la guía de intervención del modelo cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria.
- Aplicación grupal

- Condicionado a la intervención del equipo multidisciplinario

2. Trastornos de la conducta alimentaria:

Diagnosticada a través de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de los trastornos la conducta alimentaria EDI-2 de Garner, la evaluación clínica y según los criterios del DSM-IV. Los TCA se subdividen en el EDI-2 en ocho escalas:

- Obsesión por la delgadez: Esta escala evalúa la preocupación por el peso, el uso de dietas y el miedo a engordar.
- Bulimia: Esta escala evalúa la tendencia a tener pensamientos distorsionados, a darse atracones incontrolados, y a mantener conductas compensatorias.
- Insatisfacción corporal: Esta escala evalúa la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con aquellas partes específicas como estómago, caderas, muslos, nalgas.
- Ineficacia: Esta escala evalúa los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.
- Perfeccionismo: Esta escala evalúa el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales y niveles de rendimiento deberían ser mejores.

- Desconfianza interpersonal: Esta escala evalúa el sentimiento general de alineación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas y la dificultad para expresar sus propios sentimientos y pensamientos.
- Miedo a la madurez: Esta escala evalúa el temor a las experiencias psicológicas y biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

3. Autoconcepto:

Diagnosticado a través del cuestionario de Autoconcepto-forma 5 AF-5 de García y Musitu y la evaluación clínica. El autoconcepto se subdivide en el AF-5 en cinco dimensiones:

- Autoconcepto académico: Evalúa la percepción que tiene el sujeto de la calidad del desempeño de su rol como estudiante.
- Autoconcepto social: Evalúa la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales.
- Autoconcepto emocional: Evalúa la percepción que tiene el sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a estados específicos en su vida cotidiana.
- Autoconcepto familiar: Evalúa la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

- Autoconcepto físico: Evalúa la percepción que tiene el sujeto de su aspecto y condición física.

VIII- POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población objetivo:

Jóvenes pertenecientes al Programa de Adolescentes de la Caja del Seguro Social, Policlínica Gustavo A. Ros, ubicada en el distrito de David, provincia de Chiriquí.

2. Muestra

La muestra está compuesta por veinte 20 sujetos (mujeres adolescentes), conformados en dos grupos de diez sujetos para su estudio. Uno es el grupo experimental y el otro el grupo control, también compuesto por diez sujetos. La muestra ha sido seleccionada de un grupo de jóvenes que han sido referidas al programa de adolescentes por presentar problemas con la alimentación, de tipo socio afectivos o emocionales. Estas jóvenes han sido evaluadas y se les ha determinado un diagnóstico ya sea de trastorno de la alimentación del tipo bulimia nerviosa, trastorno por atracón o anorexia nerviosa no especificado, es decir que presentan ciertos síntomas característicos del trastorno, pero no cumple con los criterios necesarios para hacer un diagnóstico concreto. O se considera que presentan suficientes factores predisponentes y sintomáticos para ser considerados en riesgo de desarrollar un trastorno de la

conducta alimentaria. Las jóvenes se encuentran dispuestas a participar con la investigación.

a. Criterios de Inclusión

- Recibir un diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón o de la conducta alimentaria no especificado. Según DSM-IV y una evaluación clínica. Que indique que se trata de una población en alto riesgo de desarrollar estos trastornos.
- No presentan cuadros avanzados de trastornos de la conducta alimentaria
- Sexo femenino
- Edad promedio 13-17 años.
- Cumplir con las condiciones que exija el tratamiento.
- Pertenecer al programa de Adolescentes de la C.S.S. de la Policlínica GAR

b. Criterios de Exclusión:

- Padecer de algún estado de desnutrición, debido a problemas económicos, de negligencia o maltrato.

- Padecer trastornos endocrinos u otro trastorno o enfermedad médica en el EJE III del DSM-IV, responsables de los problemas con el peso, la alimentación o los cambios en el estado de ánimo, que no sean de origen psicológico.
- Faltar a 4 citas.
- Presentar un cuadro de trastorno del estado de ánimo (depresión) significativo, responsable de los trastornos de la conducta alimentaria.

c. Técnicas de medición:

- Entrevista clínica
- Inventario de los Trastornos de la conducta alimentaria EDI 2.
- Cuestionario de autoconcepto- forma 5 AF 5.

d. Métodos de Intervención:

- Salud, alimentación y nutrición. Información sobre el trastorno de la alimentación, su naturaleza, sintomatología y consecuencias psicobiológicas.
- Imagen corporal; distorsiones de la figura e influencias sociales
- Autoconcepto, relaciones con el autoperfeccionismo.
- Expresión de emociones

- Análisis de situaciones
- Relaciones sociales y familiares.
- Crecimiento personal

IX- EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La intervención terapéutica o tratamiento será evaluada a través de la información que suministren los pacientes con respecto a los cambios observados en su estado emocional. Todo esto a través de los resultados obtenidos en las pre pruebas y post pruebas registradas a través de los cuestionarios aplicados a las jóvenes que participaron del estudio.

X- FINANCIAMIENTO

1. Recursos propios

Se utilizaron principalmente recursos propios, pero también se contó con el apoyo logístico y de recurso humano de la institución de la Caja del Seguro Social, Policlínica Gustavo A. Ros (G.A.R.)

2. Recursos Humanos

Se cuenta con el recurso humano disponible de los médicos, nutricionista, y enfermera de salud mental, pertenecientes al programa de Adolescentes de la Policlínica G.A.R. Además la asesoría de la tesis y la estudiante encargada del proyecto.

3. Infraestructura

La investigación tuvo lugar en la sala de terapias de Salud Mental, Policlínica G A R. Se trata de una habitación de 12 metros cuadrados, con buena iluminación artificial, sin ventanas y ventilación por ac/dc. Tiene una capacidad de hasta quince sillas pero se utilizó con 12 sillas, para diez pacientes y dos modeladores.

4 .Presupuesto:

El presupuesto estimado para la realización de este proyecto fue de B/.1.500.00 balboas.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

I. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos a través de la evaluación antes y después para ambos grupos en estudio, el grupo experimental y el grupo control. Se realizó el análisis estadístico utilizando la prueba t de Student para muestras correlacionadas para el análisis antes/después del tratamiento (ambos grupos) y para muestras independientes, para el análisis antes/antes y después/después (ambos grupos). Todo esto con la finalidad de evaluar diferencias significativas entre las medias de los grupos experimental y control, antes y después del tratamiento, respectivamente. Se realizaron las pruebas de hipótesis con las cuales aceptamos o rechazamos las hipótesis de investigación.

Nos interesa conocer principalmente:

1. Si existen diferencias significativas en el manejo de las variables antes y después del tratamiento.
2. Si estas diferencias apoyan o no el uso del tratamiento.
3. Comprobar o rechazar las hipótesis de investigación.

Tomando en cuenta que la información que procede tanto del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2, como del cuestionario de autoconcepto AF-5 nos permite conocer información valiosa sobre aspectos psicológicos significativos, como la sintomatología de los pacientes, se realizó un análisis clínico y diagnóstico que han sido tomados en cuenta para efectos de este estudio. Podemos observar a través de las puntuaciones obtenidas por las jóvenes, en ambos grupos de pre pruebas, experimental y control, el rango en

que las respuestas ubican a los sujetos con respecto al grado de patología que manifiestan antes de ser aplicado el tratamiento.

Para el caso del EDI-2 partimos del conocimiento de que cada escala presenta una puntuación directa (natural) y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación patológica del rasgo evaluado. Para el caso del AF-5 también partimos del conocimiento de que cada escala presenta una puntuación directa pero cuanto mayor sea la puntuación obtenida, se encontrará mejor representado la dimensión del autoconcepto evaluado. Por lo anterior, hemos comparado las puntuaciones obtenidas por los pacientes de ambos grupos experimental y control, con los datos normativos correspondientes a los grupos poblacionales en estudio (mujeres adolescentes). Esto nos permite conocer como se ubican las muestras con respecto a presentar o estar en riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Todo esto antes y después del tratamiento.

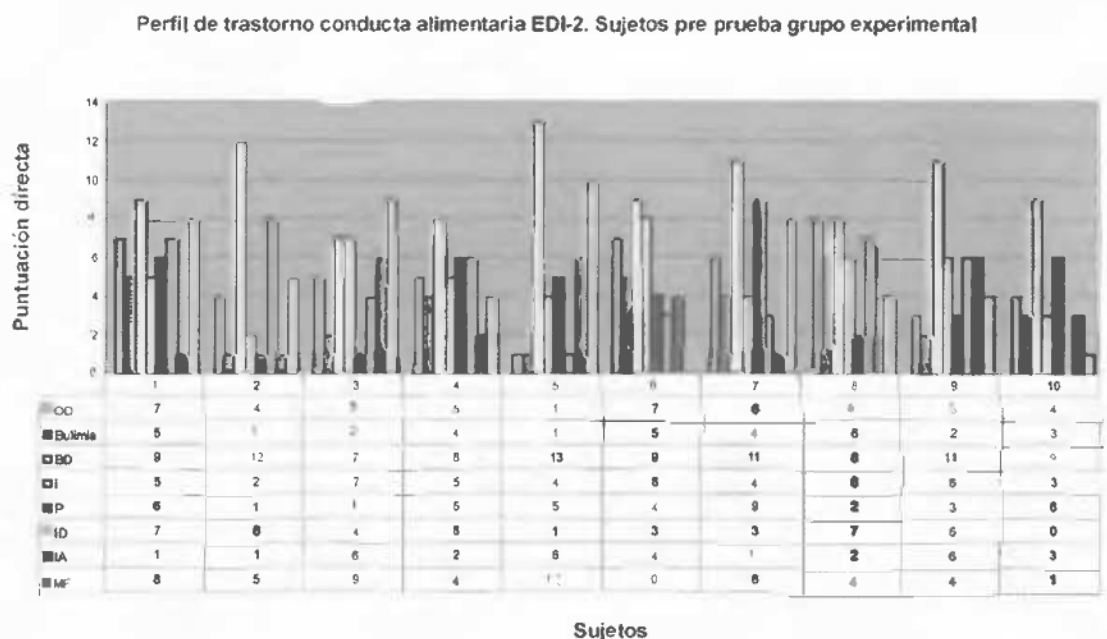
Primero se presenta una descripción de las características de los grupos según las puntuaciones obtenidas en ambas pre y post pruebas. Luego se presenta un resumen del análisis estadístico, se presentan las variables en las que se encontraron diferencias significativas. Y por último, se presenta el análisis e interpretación de los resultados de las pruebas de hipótesis.

A continuación se presentan los resultados obtenidos, con los cuales pretendemos conocer el impacto de este programa sobre las manifestaciones de

preocupación observadas en la información que suministraron los jóvenes en este estudio.

En la Gráfica No. 1 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo experimental antes de aplicar el tratamiento.

Gráfica No. 1



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Si observamos los datos individuales obtenidos por las pacientes del grupo experimental antes de aplicado el tratamiento Gráfica No. 1, y los comparamos con su grupo clínico, observamos que los valores obtenidos para cada perfil, se encuentran principalmente dentro de los valores medios esperados para los casos de mujeres escolares normales y casos en riesgo a desarrollar el trastorno. Encontramos con menor frecuencia puntuaciones con

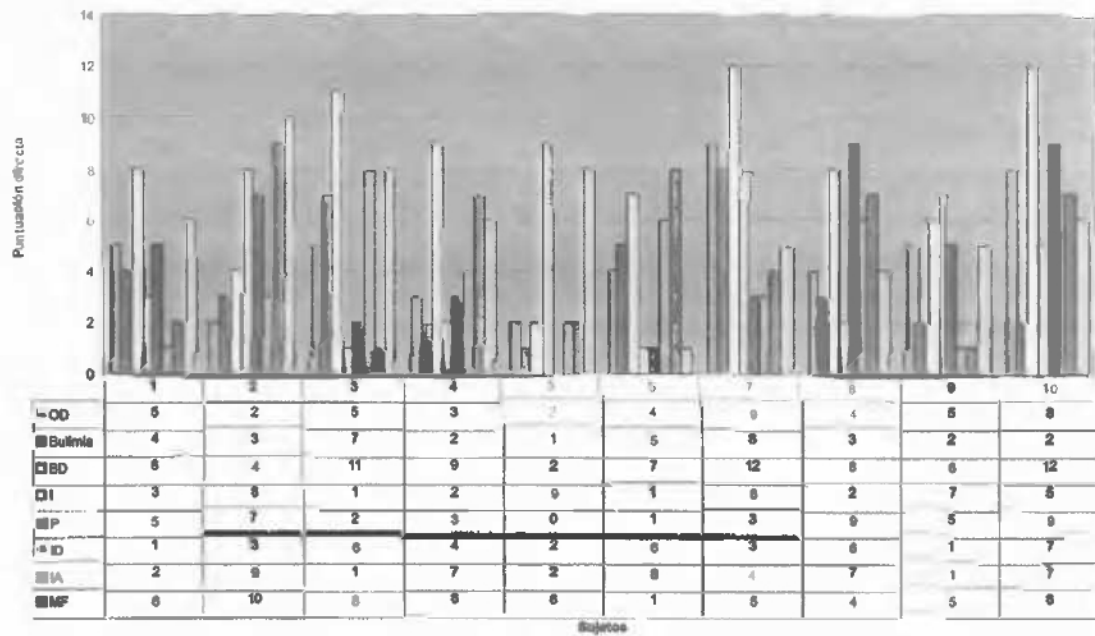
indicadores de casos clínicos y no se observó casos con trastornos crónicos de la conducta alimentaria en curso. Los rasgos más característicos son los que componen el factor corporal, la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez, seguido del factor personal con puntuaciones elevadas en el miedo a la madurez, la conciencia introspectiva y el perfeccionismo y por último el factor social también manifestó puntuaciones elevadas para sus componentes como causa de preocupación o descontento.

Lo que nos indican estos datos, es que tenemos una muestra compuesta básicamente por jóvenes que presentan preocupaciones, ya sean moderadas o en algunos casos excesivas, con respecto a su peso, su apariencia o en su desempeño global.

En la Gráfica No. 2 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo control antes de aplicar el tratamiento (aplicado al grupo experimental).

Gráfico No. 2

Perfil de trastornos de conducta alimentaria EDI-2. Sujetos pre prueba control.



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Si comparamos los resultados obtenidos en los perfiles individuales en la Gráfica No. 1 con los de la Gráfica No. 2 observamos similitudes en las puntuaciones de ambas pre pruebas. Un predominio de la preocupación por el factor corporal con puntuaciones más altas en insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez, seguido de puntuaciones elevadas para el factor personal y por último el social.

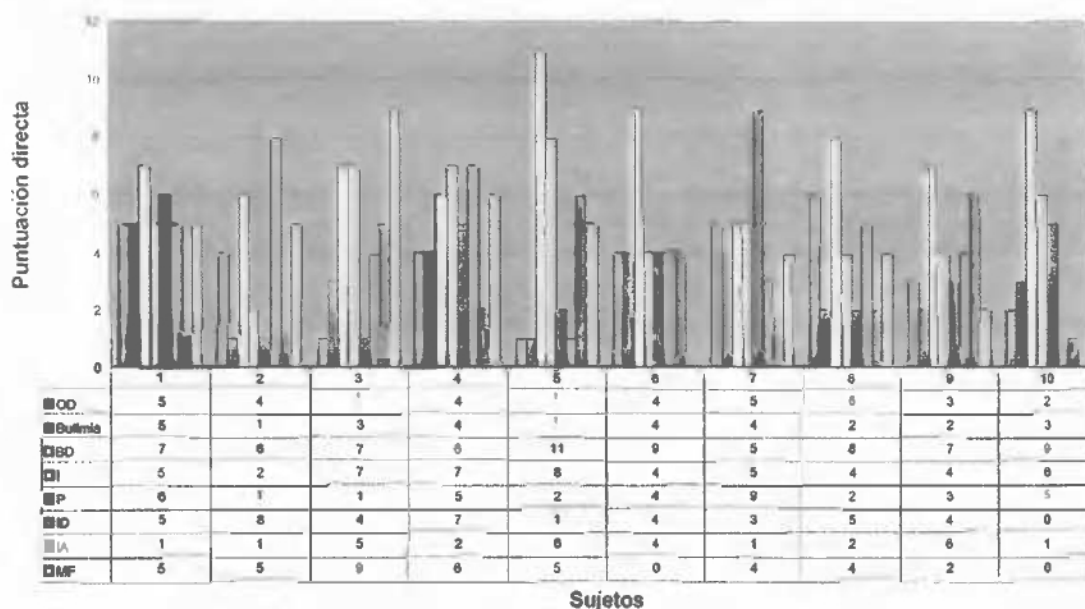
Podemos observar también, que no se observaron puntuaciones excesivamente altas, que nos indicara de estar en presencia de jóvenes con un trastorno de la conducta alimentaria o alguna de sus subvariantes clínicas. Si es notorio, que existe una preocupación principalmente para ciertas variables, lo

cual nos confirma que la muestra escogida para efectos de este estudio cumple con los criterios de exclusión/inclusión requeridos, ya que los sujetos no presentan trastornos clínicamente significativos, o que requieran de intervención terapéutica en crisis. Si no más bien sujetos que presentan una preocupación los cuales los ubica dentro de la población de riesgo a desarrollar estos trastornos o sus subvariantes clínicas. Y los cuales se beneficiarían de un programa de tipo preventivo que trabaje o influya sobre estas jóvenes en riesgo.

En la Gráfica No. 3 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo experimental luego de aplicar el tratamiento.

Gráfico No. 3

Perfil de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2. Sujetos post prueba experimental.



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Si observamos los datos obtenidos en la Gráfica No. 3 y los comparamos con los resultados obtenidos en la gráfica No. 1, observamos que los valores obtenidos en los perfiles individuales se mantienen dentro de los valores medios esperados para los casos de mujeres escolares normales y casos en riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Aunque solo disminuyó para ciertas variables, tampoco se observó un aumento de las puntuaciones con indicadores de casos clínicos ni con trastornos crónicos de la conducta alimentaria en curso.

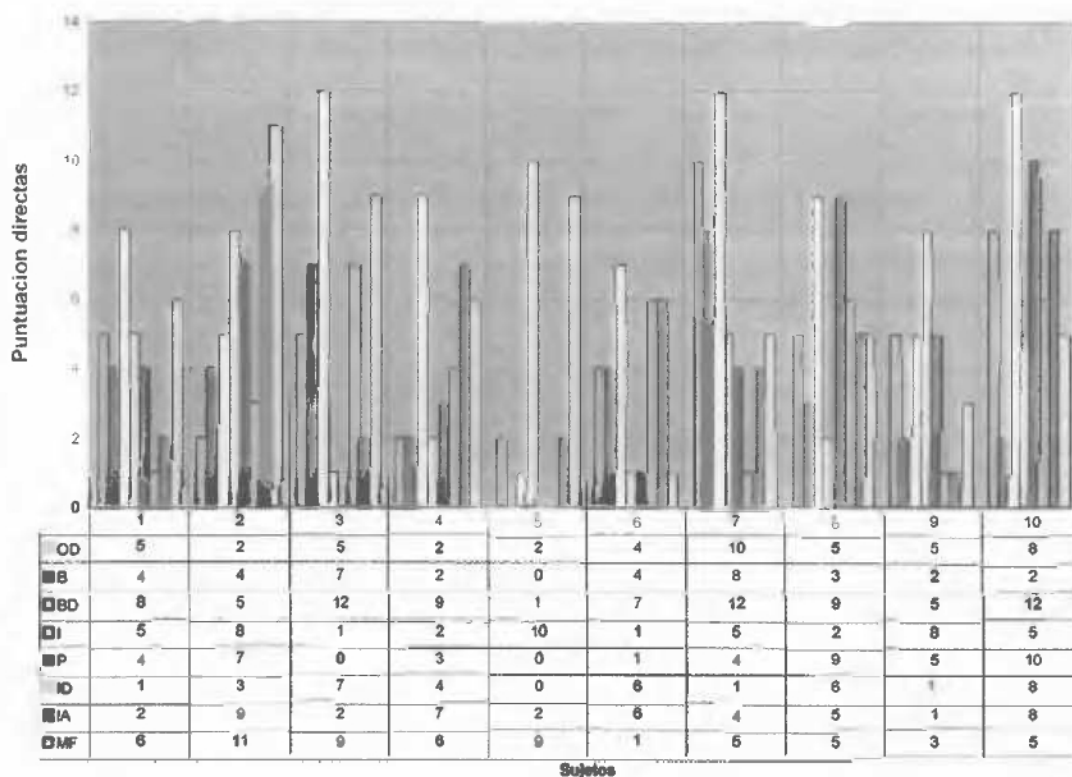
El factor de riesgo disminuyó únicamente para las variables del factor corporal, obsesión por la delgadez y miedo a la madurez.

Estos datos nos indican la efectividad del tratamiento sobre las variables relacionadas con el factor corporal.

En la Gráfica No 4 se presentan las puntuaciones obtenidas en el inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, por las pacientes del grupo control luego de aplicar el tratamiento (aplicado al grupo experimental).

Grafico No. 4

Perfil de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2. Sujetos post prueba control



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

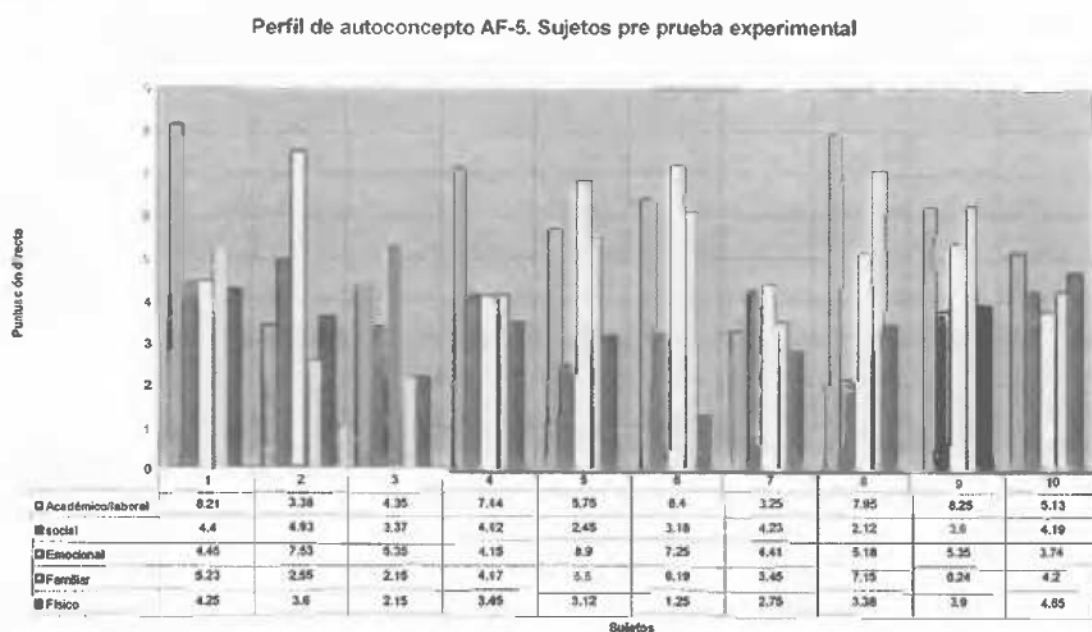
Si observamos los datos obtenidos en la Gráfica No. 4 y los comparamos con los resultados obtenidos en la gráfica No. 2, observamos que los valores obtenidos se mantienen consistentes con los valores obtenidos por este grupo en la pre prueba, dentro de los valores esperados para los casos de mujeres escolares normales y casos de riesgo. Encontramos un aumento en las puntuaciones con indicadores de casos clínicos o casos con trastornos de alimentación en curso.

El factor corporal se mantiene como el principal el factor de riesgo como se observó para el caso del grupo experimental luego del tratamiento Gráfica No. 3.

Estos datos son indicativos del pronóstico desfavorable que tienen las jóvenes con trastornos de conducta alimentaria de no recibir tratamiento. Además, corroboran la efectividad del tratamiento para ciertas variables en estudio.

En la Gráfica No. 5 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo experimental antes de aplicar el tratamiento.

Gráfico No. 5



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

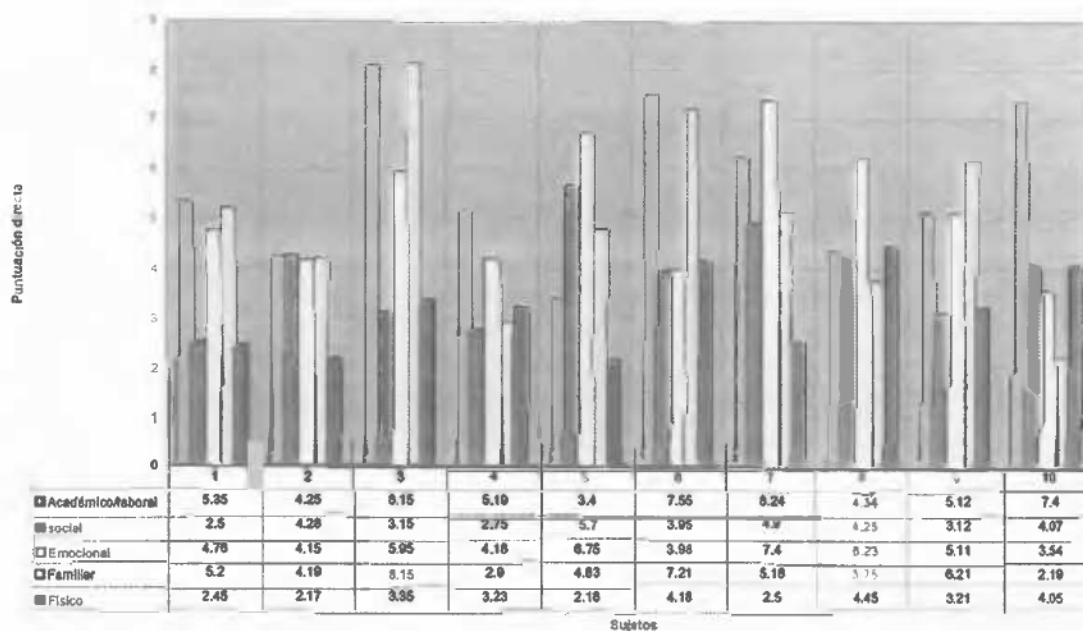
Si observamos los datos obtenidos en la Gráfica No. 5 y los comparamos con su grupo clínico (ver Anexos No. 23), observamos que los valores obtenidos se encuentran, por debajo de los valores medios esperados en cuanto a la percepción que tienen estas jóvenes de si mismas, a nivel social, físico y familiar, principalmente.

Lo que nos indican estos datos, es que tenemos una muestra compuesta por jóvenes que presentan una valoración desfavorable principalmente con respecto a su desempeño en las relaciones sociales, la percepción que tiene de su aspecto y condición física y su integración o participación en el medio familiar. Observamos con menos frecuencia datos que nos indiquen malestar o pobre autoconcepto en las otras áreas evaluadas en este cuestionario.

En la Gráfica No. 6 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo control antes de aplicar el tratamiento (aplicado a grupo experimental).

Gráfico No. 6

Perfil de Autoconcepto AF-5. Sujetos pre prueba control



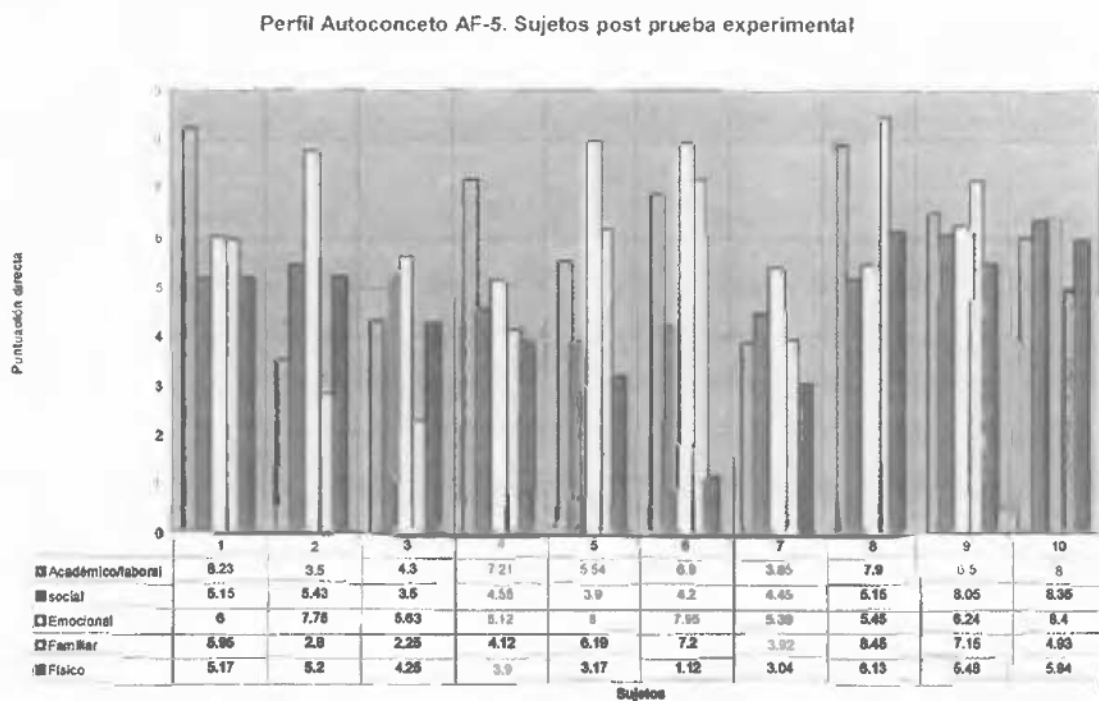
Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Si observamos los datos obtenidos en la Gráfica No. 6 y los comparamos con los de la gráfica 5, observamos que los valores obtenidos también se encuentran, por debajo de los valores medios esperados en cuanto a la percepción que tienen estas jóvenes de si mismas o autoconcepto. También se encontró que las dimensiones social, físico y familiar del autoconcepto fueron las que obtuvieron puntuaciones más bajas.

Estos datos nos indican de igual forma que tenemos una muestra compuesta por jóvenes que presentan una valoración desfavorable o un autoconcepto negativo de si mismas.

En la Gráfica No. 7 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo experimental después de aplicar el tratamiento.

Gráfica No. 7



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Si observamos los datos obtenidos en la Gráfica No. 7 y los comparamos con los resultados obtenidos en la gráfica No. 5, observamos que los valores obtenidos en los perfiles individuales se mantuvieron muy parecidos a los observados antes de la aplicación del tratamiento. Aunque el autoconcepto sólo aumentó de manera significativa para las variables físico, emocional y

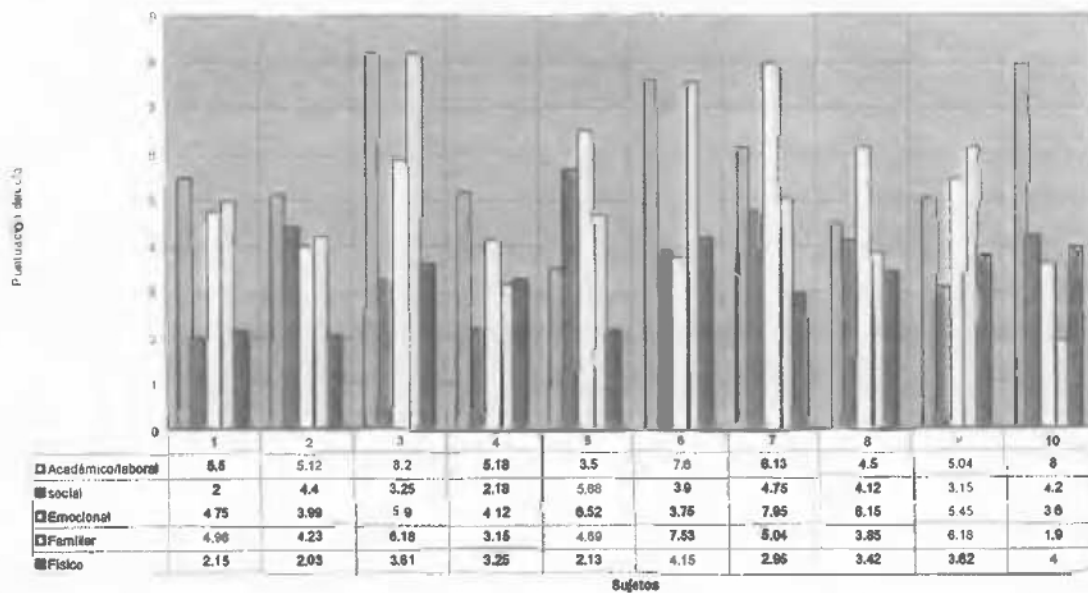
social, tampoco se observó una disminución significativa de otras variables del autoconcepto.

Estos datos nos indican la efectividad del tratamiento sobre las variables relacionadas con el desempeño en las relaciones sociales, la percepción del aspecto y condición física y la integración y participación en el medio familiar.

En la Gráfica No. 8 se presentan las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoconcepto forma 5 AF-5, por las pacientes del grupo control luego de aplicar el tratamiento (aplicado a grupo experimental).

Gráfico No. 8

Perfil de Autoconcepto AF-5. Sujetos post prueba control.



Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Si observamos los datos obtenidos en la Gráfica No. 8 y los comparamos con los resultados obtenidos en la gráfica No. 6, observamos que los valores obtenidos en los perfiles individuales se mantuvieron muy parecidos a los observados antes de la aplicación del tratamiento. No se observaron cambios significativos en el autoconcepto. Tampoco se observó una disminución significativa de otras variables del autoconcepto.

Estos datos nos indican que las jóvenes a las cuales no se les aplicó el tratamiento mantuvieron puntuaciones semejantes en las evaluaciones antes y después.

Podemos observar en el Cuadro No. 1 las variables que puntuaron significativas en el análisis antes/después del tratamiento para el grupo experimental utilizando el inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 1

Resumen de las variables significativas luego del análisis de las pre pruebas y post pruebas, experimental según t Student para la escala EDI 2						
Variable	Grupo	Pre prueba		Post prueba		T Student Significativas P > 0.05
		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	
Obsesión por la delgadez	Experimental	5	2.10	3.5	1.71	1.74 > 1.73
Insatisfacción corporal	Experimental	9.7	1.94	7.5	1.77	2.63 > 1.73

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Podemos observar en el Cuadro No. 1 que para efecto de las variables que componen el inventario de trastornos de la conducta alimentaria sólo se observaron diferencias significativas para las variables obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, al compararse los momentos antes del tratamiento y después del tratamiento, para el grupo experimental.

Estos datos nos indican que el tratamiento fue efectivo para las variables que componen el factor corporal, es decir, las relacionadas principalmente por la percepción inadecuada del cuerpo y el temor a engordar. No así para el factor social ni el personal.

Considero que estos resultados se relacionan con el hecho de que el programa hace mucho énfasis en el tema de la imagen corporal y que fue también el tema mejor recibido por las pacientes.

Podemos observar en el Cuadro No. 2 las variables que puntuaron significativas en el análisis antes/después del tratamiento para el grupo experimental utilizando el cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 2

Resumen de las variables significativas para el análisis de la pre prueba y la post prueba experimental Según t Student para la escala AF 5						
Variable	Grupo	Pre prueba		Post prueba		T Student Significativas P < 0.05
		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	
Autoconcepto Social	Experimental	3.67	0.89	4.87	0.91	-2.95 > -1.73
Autoconcepto emocional	Experimental	5.43	1.35	6.39	1.11	-1.73 > -1.73
Autoconcepto Físico	Experimental	3.32	1.00	4.34	1.56	-1.85 > -1.73

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Podemos observar en el Cuadro No. 2 que para efecto de las variables que componen el cuestionario de autoconcepto forma 5 sólo se observaron diferencias significativas para las variables social, emocional y físico, al comparar los momentos antes del tratamiento y después del tratamiento, para el grupo experimental.

Estos datos nos indican que el tratamiento fue efectivo para las dimensiones del autoconcepto que se refieren a su desempeño en las relaciones sociales y su facilidad o dificultades para ampliarlas o mantenerlas; con su capacidad para responder adecuadamente a los diferentes momentos o crisis en la vida; y a la percepción que el sujeto tiene de su aspecto y condición física. Es decir, se observó un aumento en estas dimensiones del autoconcepto en estas pacientes que recibieron tratamiento, no así para las dimensiones académico, ni familiar del autoconcepto. Considero que estos resultados se relacionan con el hecho de que el programa no hace referencia a estos temas de forma directa.

Podemos observar en el Cuadro No. 3 las variables que puntuaron significativas en el análisis después/después del tratamiento para el grupo experimental y control utilizando el cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 3

Resumen de las variables significativas según t Student , para el análisis de la post prueba experimental y post prueba control para la escala AF 5						
Variable	Grupo	Post prueba Experimental		Post prueba Control		T Student Significativas as P < 0.05
		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	
Social	Experimental / Control	4.87	0.91	3.76	1.13	2.40>1.73
Emocional	Experimental/ Control	6.39	1.11	5.21	1.42	2.05>1.73
Físico	Experimental/ Control	4.34	1.56	3.15	0.80	2.13>1.73

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Podemos observar en el Cuadro No. 3 que para efecto de las variables que componen el cuestionario de autoconcepto forma 5 sólo se observaron diferencias significativas para las variables social, emocional y físico, al comparar los momentos después del tratamiento para el grupo experimental y el grupo control.

Estos datos nos indican que el tratamiento fue efectivo para estas dimensiones del autoconcepto en el grupo experimental y no así para el grupo control. Es decir, Se observó un aumento en estas dimensiones del autoconcepto en estas pacientes que recibieron tratamiento, no así para las pacientes del grupo control a quienes no se les aplicó tratamiento. También se observa, al igual que en el Cuadro No. 2 que no hubo cambios significativos en

las dimensiones académico y familiar del autoconcepto. Considero que estos resultados nos indican la efectividad del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No. 4 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable obsesión por la delgadez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No.4

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Obsesión por la delgadez Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Obsesión por la delgadez"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
Nº de Sujetos	10	10
Media	5	4.7
Desviación Estandar	2.108	2.311
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.303	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.303 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.303 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable obsesión por la delgadez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable obsesión por la delgadez antes de aplicar el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.5 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable bulimia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No.5

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Bulimia
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Bulimia"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.3	3.7
Desviación Estandar	1.766	2.31
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.434	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-0.434 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.434 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable Bulimia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable bulimia, antes de aplicarle el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.6 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No.6

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Insatisfacción corporal.
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Insatisfacción Corporal"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
Nº de Sujetos	10	10
Media	9.7	7.9
Desviación Estandar	1.946	3.314
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	1.480	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $1.480 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 1.480 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observan

diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable insatisfacción corporal. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable insatisfacción corporal antes de aplicársele el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.7 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable ineficacia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 7

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Ineficacia
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Ineficacia"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5	4.6
Desviación Estandar	1.825	3.16
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.345	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.345 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.345 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable ineficacia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable ineficacia, antes de aplicar el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.8 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable perfeccionismo del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 8

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Perfeccionismo
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Perfeccionismo"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.3	4.4
Desviación Estandar	2.584	3.169
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.077	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-0.077 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.077 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable perfeccionismo. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y

control tuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable perfeccionismo antes de ser aplicado el tratamiento al grupo experimental

Se presenta en el Cuadro No.9 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable desconfianza interpersonal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No.9

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Desconfianza interpersonal
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Desconfianza Interpersonal"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.5	4.1
Desviación Estandar	2.718	2.514
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.341	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado:	0.341 < 2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.341 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable perfeccionismo. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable perfeccionismo, antes de ser aplicado el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.10 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable conciencia introspectiva del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 10

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Conciencia introspectiva
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Conciencia Introspectiva"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.2	4.8
Desviación Estandar	2.149	3.119
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-1.335	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-1.335 > -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -1.335 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable conciencia introspectiva. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable conciencia introspectiva, antes de ser aplicado el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.11 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable miedo a la madurez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 11

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Miedo a la madurez
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Miedo a la madurez"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.3	5.9
Desviación Estandar	3.368	2.469
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.454	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado: $-0.454 < -2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.454 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas experimental y control para la variable miedo a la madurez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control tuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable miedo a la madurez, antes de ser aplicado el tratamiento al grupo experimental.

Se presenta en el Cuadro No.12 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable obsesión por la delgadez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 12

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Obsesión por la delgadez
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionados, de la variable "Obsesión por la delgadez"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	5	3.5
Desviación Estandar	2.108	1.715
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	1.745	
"t" Tabulada (t Critica)	1.734	
Resultado:	1.745 > 1.734 "Sí hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 1.745 es mayor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual sí se observan diferencias significativas entre la pre prueba y post prueba experimental para la variable obsesión por la delgadez. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que los pacientes en

la post prueba experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que las obtenidas en la pre prueba, respecto a la variable obsesión por la delgadez. Es decir, se observó una disminución significativa de la obsesión por la delgadez en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.13 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable bulimia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 13

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, para la variable Bulimia
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionados, de la variable "Bulimia"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	3.3	2.9
Desviación Estandar	1.766	1.370
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.565	
"t" Tabulada (t Critica)	1.734	
Resultado:	0.565 < 1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.565 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre prueba y post prueba experimental para la variable bulimia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable bulimia. Es decir, no se observó una disminución significativa de la bulimia en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.14 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 14

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de conducta alimentaria EDI 2, para la variable Insatisfacción corporal
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionados, de la variable "Insatisfacción corporal"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	9.7	7.5
Desviación Estandar	1.946	1.779
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	2.637	
"t" Tabulada (t Critica)	1.734	
Resultado: $2.637 > 1.734$ "Sí hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 2.637 es mayor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual si se observan diferencias significativas entre la pre prueba y post prueba experimental para la variable insatisfacción corporal. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que los pacientes en

la post prueba experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que las obtenidas en la pre prueba, respecto a la variable insatisfacción corporal. Es decir, se observó una disminución significativa de la insatisfacción corporal en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.15 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable ineficacia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 15

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Ineficacia Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Ineficacia"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	5	5.2
Desviación Estandar	1.825	1.813
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	-0.245	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado:	-0.245 < -1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de -0.245 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable ineficacia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable ineficacia. Es decir, no se observó una disminución significativa de la ineficacia en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.16 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable perfeccionismo del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 16

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Perfeccionismo
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Perfeccionismo"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	4.3	3.8
Desviación Estandar	2.584	2.529
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.437	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado: $0.437 < 1.734$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.437 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable perfeccionismo. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que ambas

pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable perfeccionismo. Es decir, no se observó una disminución significativa del perfeccionismo en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.17 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable desconfianza interpersonal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 17

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Desconfianza Interpersonal
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Desconfianza Interpersonal"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	4.5	4.1
Desviación Estandar	2.718	2.424
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.347	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado:	0.347 < 1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.347 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable desconfianza interpersonal. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable desconfianza interpersonal. Es decir, no se observó una disminución significativa de la desconfianza interpersonal en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.18 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable conciencia introspectiva del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 18

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Conciencia Introspectiva
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Conciencia Introspectiva"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	3.2	2.9
Desviación Estandar	2.149	2.131
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.313	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado: $0.313 < 1.734$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.313 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable conciencia introspectiva. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que ambas

pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable conciencia introspectiva. Es decir, no se observó una disminución significativa de la conciencia introspectiva en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.19 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable miedo a la madurez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 19

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Miedo a la madurez
Pre prueba/ Post prueba Grupo Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Miedo a la Madurez"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	5.3	4
Desviación Estandar	3.368	2.748
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.945	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado:	0.945 < 1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.945 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable miedo a la madurez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean mayores a la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable miedo a la madurez. Es decir, no se observó una disminución significativa del miedo a la madurez en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.20 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable obsesión por la delgadez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 20

Modelo Estadístico “t” de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Obsesión por la delgadez
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable “Obsesión por la delgadez”		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.7	4.8
Desviación Estandar	2.311	2.616
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
“t” Calculada	-0.090	
“t” Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado: $-0.090 < -2.100$ “No hay diferencias significativas”		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.090 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable obsesión por la delgadez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos

concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable obsesión por la delgadez. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo de la obsesión por la delgadez en estos pacientes, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.21 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable bulimia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 21

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Bulimia
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Bulimia"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.7	3.6
Desviación Estandar	2.311	2.412
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.094	
"t" Tabulada (t Critica)	2.100	
Resultado:	0.094 < 2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.094 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable bulimia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable bulimia. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo de la bulimia en los pacientes que no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.22 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable insatisfacción corporal del inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 22

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Insatisfacción corporal
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Insatisfacción corporal"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	7.9	8
Desviación Estandar	3.314	3.620
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.064	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-0.064 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.064 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable Insatisfacción corporal. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación

semejantes con respecto a la variable insatisfacción corporal. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo de la insatisfacción corporal en estos pacientes, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.23 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable ineficacia del inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 23

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Ineficacia Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Ineficacia"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.6	4.7
Desviación Estandar	3.169	3.198
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.070	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-0.070 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.070 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable ineficacia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable ineficacia. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo del ineficacia en los pacientes, que no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.24 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable perfeccionismo del inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 24

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Perfeccionismo
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Perfeccionismo"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.4	4.3
Desviación Estandar	3.169	3.529
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.066	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado:	0.066 < 2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.066 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable perfeccionismo. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos

concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable perfeccionismo. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo del perfeccionismo en estos pacientes, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.25 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable desconfianza interpersonal del inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 25

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Desconfianza interpersonal
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Desconfianza interpersonal"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.1	3.5
Desviación Estandar	2.514	2.635
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.520	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.520 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.520 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable desconfianza interpersonal. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable desconfianza interpersonal. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo de la desconfianza interpersonal en estos pacientes, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.26 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable conciencia introspectiva del inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 26

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Conciencia introspectiva
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Conciencia Introspectiva"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
Nº de Sujetos	10	10
Media	4.8	4.6
Desviación Estandar	3.119	2.836
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.15	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.15 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.15 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable conciencia introspectiva. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos

concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable conciencia introspectiva. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo de la conciencia introspectiva en los pacientes, que no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.27 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en dos momentos, antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable miedo a la madurez del inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 27

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Miedo a la madurez
Pre prueba/ Post prueba Grupo Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Miedo a la madurez"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.9	6
Desviación Estandar	2.469	2.981
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.081	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-0.081 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.081 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable miedo a la madurez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba permanezcan iguales a los de la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable miedo a la madurez. Es decir, no se observó un cambio ya sea un aumento o disminución significativo del miedo a la madurez en estos pacientes, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.28 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable obsesión por la delgadez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 28

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Obsesión por la delgadez
Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Obsesión por la delgadez"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.5	4.8
Desviación Estandar	1.71	2.61
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-1.313	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado: $-1.313 < 1.734$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -1.313 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable obsesión por la delgadez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo

grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable obsesión por la delgadez. Es decir, no se observó una disminución significativa de la obsesión por la delgadez en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.29 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable bulimia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 29

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Bulimia
Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Bulimia"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	2.9	3.6
Desviación Estandar	1.37	2.41
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-0.797	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado:	-0.797 < -1.73 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -0.797 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable bulimia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable bulimia. Es decir, no se observó una disminución significativa de la bulimia en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.30 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 30

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Insatisfacción corporal
Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Insatisfacción Corporal"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
Nº de Sujetos	10	10
Media	7.5	8
Desviación Estandar	1.779	3.62
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-0.391	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado:	-0.391 < -1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -0.391 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable insatisfacción corporal. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo

grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable insatisfacción corporal. Es decir, no se observó una disminución significativa de la insatisfacción corporal en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.31 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable ineficacia del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 31

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Ineficacia Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable " Ineficacia"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.2	4.7
Desviación Estandar	1.813	3.198
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	0.429	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado:	0.429 < 1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de 0.429 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable ineficacia. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable ineficacia. Es decir, no se observó una disminución significativa de la ineficacia en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.32 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable perfeccionismo del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 32

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Perfeccionismo Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Perfeccionismo"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.8	4.3
Desviación Estandar	2.529	3.529
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-0.364	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado:	-0.364 > -1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -0.364 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable perfeccionismo. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control

control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable perfeccionismo. Es decir, no se observó una disminución significativa del perfeccionismo en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control , quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.33 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable desconfianza interpersonal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 33

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Desconfianza interpersonal
Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Desconfianza Interpersonal"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.1	3.5
Desviación Estandar	2.424	2.635
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	0.529	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado:	0.529 < 1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de 0.529 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable desconfianza interpersonal. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable desconfianza interpersonal. Es decir, no se observó una disminución significativa de la desconfianza interpersonal en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.34 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable conciencia introspectiva del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 34

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Conciencia introspectiva
Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Conciencia Introspectiva"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	2.9	4.6
Desviación Estandar	2.131	2.836
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-1.515	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado: $-1.515 < -1.734$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -1.515 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable conciencia introspectiva. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control

control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable conciencia introspectiva. Es decir, no se observó una disminución significativa de la conciencia introspectiva en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control , quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.35 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable miedo a la madurez del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

Cuadro No. 35

Modelo Estadístico "t" de Student para datos obtenidos de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2 para la variable Miedo a la madurez Post prueba Grupos Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Miedo a la Madurez"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4	6
Desviación Estandar	2.748	2.981
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-1.559	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado:	-1.559 < -1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -1.559 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las post pruebas de los grupos experimental y control para la variable miedo a la madurez. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean menores a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable miedo a la madurez. Es decir, no se observó una disminución significativa del miedo a la madurez en los pacientes del grupo experimental que recibieron el tratamiento con respecto a los pacientes del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.36 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto académico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.36

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Académico
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Académico"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.781	5.699
Desviación Estandar	1.754	1.583
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.109	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.901 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.109 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre la pre pruebas experimental y control para la variable académico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba experimental permanezcan iguales o parecidos a los de la pre prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre pruebas de los

grupos experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable académico. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del factor académico en ambos grupos de pacientes, quienes, al momento de la pre prueba no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.37 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto social del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.37

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Manual Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Social Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Social"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.679	3.867
Desviación Estandar	0.890	0.998
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.444	
"t" Tabulada (t Critica)	-2.100	
Resultado:	-0.444 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.444 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre la pre pruebas experimental y control para la variable social. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba experimental permanezcan iguales o parecidos a los de la pre prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable social. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del factor social en ambos grupos de pacientes, quienes, al momento de la pre prueba no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.38 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto emocional del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.38

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Manual
Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Emocional
Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Emocional"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.431	5.205
Desviación Estandar	1.352	1.310
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.379	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.379 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.379 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre la pre pruebas experimental y control para la variable emocional. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba experimental permanezcan iguales o parecidos a los de a la

pre prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable emocional. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa del factor emocional en ambos grupos de pacientes, quienes, al momento de la pre prueba no habian recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.39 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto familiar del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.39

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Manual Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Familiar Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Familiar"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.683	4.981
Desviación Estandar	1.567	1.852
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.379	
"t" Tabulada (t Crítica)	-2.100	
Resultado:	-0.379 < -2.100 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.379 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre la pre pruebas experimental y control para la variable familiar. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba experimental permanezcan iguales o parecidos a los de la pre prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable familiar. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa del factor familiar en ambos grupos de pacientes, quienes, al momento de la pre prueba no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.40 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos antes de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto físico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.40

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Manual Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Físico Pre prueba Experimental/Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Físico"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.25	3.175
Desviación Estandar	1.00	0.84
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.181	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado: $0.181 < 2.100$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.181 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre la pre pruebas experimental y control para la variable físico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba experimental permanezcan iguales o parecidos a los de la

pre prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre pruebas de los grupos experimental y control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable físico. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa del factor físico en ambos grupos de pacientes, quienes, al momento de la pre prueba no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.41 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto académico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.41

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Académico
Pre prueba/ Post prueba Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Académico"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	5.781	5.993
Desviación Estandar	1.754	1.669
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-0.276	
"t" Tabulada (t Critica)	-1.734	
Resultado:	-0.276 < -1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -0.276 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable académico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean menores a la post prueba, podemos concluir que ambas pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable académico. Es decir, no se observó un aumento significativa en el componente académico en estos pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.42 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto social del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.42

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Social
Pre prueba/ Post prueba Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Social"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	3.679	4.873
Desviación Estandar	0.890	0.918
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-2.950	
"t" Tabulada (t Critica)	-1.734	
Resultado: $-2.950 > -1.734$ "Si hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -2.950 es mayor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual sí se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable social. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean menores a la post prueba, podemos concluir que las pacientes en

las post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que en las pre pruebas, con respecto a la variable social. Es decir, se observó un aumento significativo en el componente social de la autoconcepto, en estas pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.43 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto emocional del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.43

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Emocional
Pre prueba/ Post prueba Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Emocional"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	5.431	6.393
Desviación Estandar	1.352	1.111
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-1.737	
"t" Tabulada (t Critica)	-1.734	
Resultado: -1.737 > -1.734 "Sí hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -1.737 es mayor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual sí se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable emocional. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean menores a la post prueba, podemos concluir que las pacientes en las post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que en las pre pruebas, con respecto a la variable emocional. Es decir, se observó un aumento significativo en el componente emocional de la autoconcepto, en estas pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.44 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto familiar del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.44

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Familiar
Pre prueba/ Post prueba Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Familiar"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	4.683	5.296
Desviación Estandar	1.657	2.031
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-0.739	
"t" Tabulada (t Critica)	-1.734	
Resultado:	-0.739 < -1.734 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -0.739 es menor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable familiar. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba sean menores a la post prueba, podemos concluir que ambas

pre y post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable familiar. Es decir, no se observó un aumento significativo en el componente familiar de la autoconcepto, en las pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.45 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo experimental antes y después de la aplicación del tratamiento para la variable autoconcepto físico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.45

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Físico
Pre prueba/ Post prueba Experimental

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Físico"		
Medición	Pre prueba Experimental	Post prueba Experimental
N° de Sujetos	10	10
Media	3.25	4.34
Desviación Estandar	1.002	1.567
Nivel Alfa	0.05 (una cola izquierda)	
"t" Calculada	-1.852	
"t" Tabulada (t Crítica)	-1.734	
Resultado:	-1.852 > -1.734 "Si hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la izquierda, podemos observar que el valor calculado de -1.852 es mayor al valor crítico tabulado de -1.734 por lo cual si se observan diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas experimental para la variable físico. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de las pre prueba sean menores a la post prueba, podemos concluir que las pacientes en las post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que en las pre pruebas, con respecto a la variable físico. Es decir, se observó un aumento significativo en el componente físico del autoconcepto, en estas pacientes luego del tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.46 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en los momentos antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable autoconcepto académico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.46

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Académico
Pre prueba/ Post prueba Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Académico"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.699	5.877
Desviación Estandar	1.583	1.577
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.251	
"t" Tabulada (t Critica)	-2.100	
Resultado:	-0.251 < -2.10 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.251 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable académico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba control permanezcan iguales a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre y post pruebas de los grupos control

obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable académico. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del componente académico del autoconcepto, en ambas muestras, quienes al momento de la post prueba control, no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.47 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en los momentos antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable autoconcepto social del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.47

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Social
Pre prueba/ Post prueba Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Social"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.867	3.763
Desviación Estandar	0.998	1.137
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.217	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.100	
Resultado:	0.217 < 2.10 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.217 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable social. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba control permanezcan iguales a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre y post pruebas de los grupos control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable social. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del componente social del autoconcepto en ambas muestras, quienes al momento de la post prueba control, no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.48 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en los momentos antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable autoconcepto emocional del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.48

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Emocional
Pre prueba/ Post prueba Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Emocional"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.295	5.218
Desviación Estandar	1.310	1.424
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	-0.021	
"t" Tabulada (t Critica)	-2.100	
Resultado:	-0.021 < -2.10 "No hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.021 es menor al valor crítico tabulado de -2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable académico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba control permanezcan iguales a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre y post pruebas de los grupos control

obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable emocional. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del componente emocional en ambas muestras de las pacientes, quienes al momento de la post prueba control, no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.49 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en los momentos antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable autoconcepto familiar del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.49

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Familiar
Pre prueba/ Post prueba Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Familiar"		
Medición	Pre prueba Control	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.981	4.973
Desviación Estandar	1.852	1.913
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.009	
"t" Tabulada (t Crítica)	2.10	
Resultado: $0.009 < 2.10$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de -0.009 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable familiar. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba control permanezcan iguales a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre y post pruebas de los grupos control obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable familiar. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del componente familiar del autoconcepto en ambas muestras, de las pacientes, quienes al momento de la post prueba control, no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.50 el análisis estadístico de comparación de medias realizado al grupo control en los momentos antes y después sin la aplicación del tratamiento, para la variable autoconcepto físico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No.50

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Físico
Pre prueba/ Post prueba Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos muestras correlacionadas, de la variable "Físico"		
Medición	Pre prueba Experimental	Pre prueba control
N° de Sujetos	10	10
Media	3.175	3.151
Desviación Estandar	0.841	0.802
Nivel Alfa	0.05 (dos colas)	
"t" Calculada	0.065	
"t" Tabulada (t Critica)	2.100	
Resultado: $0.065 < 2.10$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 a dos colas, podemos observar que el valor calculado de 0.065 es menor al valor crítico tabulado de 2.100 por lo cual no se observaron diferencias significativas entre las pre pruebas y post pruebas control para la variable físico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la pre prueba control permanezcan iguales a los de la post prueba del grupo control, podemos concluir que ambas pre y post pruebas de los grupos control

obtuvieron puntuación semejantes con respecto a la variable físico. Es decir, no se observaron diferencias ya sea en un aumento o disminución significativa de la puntuación del componente físico del autoconcepto en ambas muestras de las pacientes, quienes al momento de la post prueba control, no habían recibido tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.51 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable académico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 51

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Académico Post prueba Experimental/ Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Académico"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.993	5.877
Desviación Estandar	1.669	1.577
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.159	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado: $0.159 < 1.734$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.159 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las post pruebas experimental y control para la variable académico. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean mayores a la post prueba control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron puntuaciones semejantes con respecto a la variable académico. Es decir, no se observó un aumento significativo en el componente académico del autoconcepto, en las pacientes del grupo experimental, luego de recibir el tratamiento, con respecto a las del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.52 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable social del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 52

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Social Post prueba Experimental/ Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Social"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.873	3.763
Desviación Estandar	0.918	1.137
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	2.40	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado: $2.40 > 1.734$ "Si hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 2.40 es mayor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual sí se observan diferencias significativas entre las post pruebas experimental y control para la variable social. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de las post pruebas experimentales sean mayores a los de la post prueba control, podemos concluir que las pacientes en las post pruebas del grupo

experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que en las post pruebas del grupo control, con respecto al componente social del autoconcepto. Es decir, se observó un aumento significativo en el componente social del autoconcepto, en las pacientes del grupo experimental luego del tratamiento, lo cual no se observó con las pacientes del grupo control.

Se presenta en el Cuadro No.53 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable emocional del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 53

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Emocional Post prueba Experimental/ Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Emocional"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	6.393	5.218
Desviación Estandar	1.111	1.424
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	2.056	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado:	2.056 > 1.734 "Si hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la *t* de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 2.065 es mayor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual sí se observan diferencias significativas entre las post pruebas experimental y control para la variable emocional. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de las post pruebas experimentales sean mayores a los de la post prueba control, podemos concluir que las pacientes en las post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que aquellas en las post pruebas del grupo control, con respecto al componente emocional del autoconcepto. Es decir, se observó un aumento significativo en el componente emocional del autoconcepto, en las pacientes del grupo experimental luego del tratamiento, lo cual no se observó con las pacientes del grupo control.

Se presenta en el Cuadro No.54 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable familiar del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 54

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Familiar Post prueba Experimental/ Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Familiar"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	5.296	4.973
Desviación Estandar	2.031	1.913
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	0.365	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado: $0.365 < 1.734$ "No hay diferencias significativas"		

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 0.365 es menor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual no se observan diferencias significativas entre las post pruebas experimental y control para la variable familiar. En este caso se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Al no existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de la post prueba experimental sean mayores a la post prueba control, podemos concluir que ambas post pruebas experimental y control obtuvieron

puntuaciones semejantes con respecto a la variable familiar. Es decir, no se observó un aumento significativo en el componente familiar del autoconcepto, en las pacientes del grupo experimental, luego de recibir el tratamiento, con respecto a las del grupo control, quienes no recibieron tratamiento.

Se presenta en el Cuadro No.55 el análisis estadístico de comparación de medias realizado a los grupos experimental y control ambos después de la aplicación del tratamiento para la variable físico del Cuestionario de autoconcepto forma 5.

Cuadro No. 55

Modelo estadístico t de Student para datos obtenidos en el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 AF 5 para la variable Físico Post prueba Experimental/ Control

Prueba t de Student de comparación de medias para datos de dos grupos independientes, de la variable "Físico"		
Medición	Post prueba Experimental	Post prueba Control
N° de Sujetos	10	10
Media	4.34	3.15
Desviación Estandar	1.567	0.80
Nivel Alfa	0.05 (una cola derecha)	
"t" Calculada	2.134	
"t" Tabulada (t Crítica)	1.734	
Resultado:	2.13 > 1.734 "Si hay diferencias significativas"	

Fuente: Itzel A. Alvarado S.

Utilizando el valor calculado por la t de Student, con un nivel de significancia de 0.05 con una cola a la derecha, podemos observar que el valor calculado de 2.134 es mayor al valor crítico tabulado de 1.734 por lo cual sí se observan diferencias significativas entre las post pruebas experimental y control para la variable físico. En este caso se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Al existir diferencias significativas entre ambas muestras, y considerando la dirección de la prueba, en donde se espera que los resultados de las post pruebas experimentales sean mayores a los de la post prueba control, podemos concluir que las pacientes en las post pruebas del grupo experimental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que aquellas en las post pruebas del grupo control, con respecto al componente físico del autoconcepto. Es decir, se observó un aumento significativo en el componente físico del autoconcepto, en las pacientes del grupo experimental luego del tratamiento, lo cual no se observó con las pacientes del grupo control.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I- CONCLUSIONES

A continuación presento las conclusiones y recomendaciones extraídas del análisis estadístico realizado y que ya ha sido presentado y discutido en el capítulo anterior.

Los resultados obtenidos luego de la aplicación del programa preventivo de los trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal, arrojaron resultados significativos para ciertas variables que componen, el inventario de la conducta alimentaria y el cuestionario de autoconcepto forma-5.

Para el inventario de trastornos de la conducta alimentaria los resultados nos indican:

- Al comparar los datos obtenidos en ambos grupos experimental y control, antes del tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre ambas puntuaciones. Esto nos indica que ambos grupos presentaron puntuaciones semejantes u homogéneas antes de la aplicación del tratamiento. También nos dice que ambos grupos de jóvenes presentaron sintomatología semejante relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria.
- Los resultados encontrados para el grupo experimental luego de la intervención grupal, nos indican que se encontraron diferencias significativas para la variable obsesión por la delgadez. Es decir, se

observó una disminución del componente de obsesión por la delgadez, en este grupo de jóvenes luego del tratamiento.

- De igual forma, se encontraron diferencias significativas para la variable insatisfacción corporal. Es decir, se observó una disminución del componente de insatisfacción hacia el propio cuerpo en este grupo de jóvenes luego del tratamiento.
- No se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental para las variables bulimia, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interpersonal y miedo a la madurez, luego de la aplicación del tratamiento. Estos resultados nos indican que inicialmente estas variables no presentaron puntuaciones indicativas de patología o malestar, por lo cual no se esperaban cambios significativos luego de la aplicación del tratamiento.
- No se encontraron diferencias significativas al comparar los puntajes obtenidos por las jóvenes del grupo control en ambos momentos, es decir que en el grupo al cual no se le aplicó tratamiento, no se observó disminución en los componentes que conforman los trastornos de la conducta alimentaria.
- Podemos concluir para el cuestionario de autoconcepto se observaron los siguientes resultados:

- Al comparar los datos obtenidos en ambos grupos experimental y control, antes del tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre ambas puntuaciones. Esto nos indica que ambos grupos presentaron puntuaciones semejantes u homogéneas antes de la aplicación del tratamiento. También nos dice que ambos grupos de jóvenes presentaron sintomatología semejante relacionada con el componente de autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Los resultados encontrados para el grupo experimental luego de la intervención grupal, nos indican que se encontraron diferencias significativas para la variable social, emocional y físico. Es decir, se observó un aumento del componente de autoconcepto social, emocional y físico, en este grupo de jóvenes luego del tratamiento.
- No se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental para las variables académico y familiar, luego de la aplicación del tratamiento. Estos resultados no presentaron cambios significativos ya que inicialmente estas variables no presentaron puntuaciones indicativas de patología o malestar, por lo cual no se esperaban cambios significativos luego de la aplicación del tratamiento.
- No se encontraron diferencias significativas al comparar los puntajes obtenidos por las jóvenes del grupo control en ambos momentos, es decir que en el grupo al cual no se le aplicó tratamiento, no se observó

aumentos en los componentes de autoconcepto que conforman los trastornos de la conducta alimentaria.

- Encontramos diferencias significativas al comparar las post pruebas de los grupos experimental y control, lo cual nos indica que las puntuaciones observadas en el grupo experimental para las variables social, emocional y físico, fueron significativas, y diferentes a las puntuaciones obtenidas por las jóvenes a las cuales no se les aplicó el tratamiento.
- Consideramos que los resultados obtenidos indican la importancia que se le brinda a los aspectos relacionados con la imagen corporal, la expresión de emociones y el autoconcepto, como herramientas preventivas a diferencia de los factores relacionados con hábitos alimenticios y aunque sí se enfoca en el manejo de estos aspectos, el énfasis recae sobre los aspectos anteriormente mencionados.
- El programa preventivo de la imagen corporal y de los trastornos de la conducta alimentaria resulta de fácil aplicación, sencillo, eficaz y de bajo presupuesto, lo cual representa una herramienta valiosa de uso institucional.
- Podemos concluir que el uso del programa preventivo de la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria es una herramienta que contribuye a mejorar componentes importantes de la sintomatología relacionada con los TCA.

II- RECOMENDACIONES

- Se recomienda extender las sesiones ya que consideramos que el factor tiempo fue determinante en los resultados obtenidos. Se observó que en las sesiones los temas expuestos contenían mucha información y contenido emotivo lo cual era muy difícil de asimilar con tan poco tiempo. De dos a tres sesiones por tema, permitiría a las jóvenes asimilar mejor los contenidos expuestos y les permitirían un mayor espacio terapéutico para expresar sus emociones y su situación conflictiva actual.
- Debe re-aplicarse el tratamiento en poblaciones de adolescentes similares, tomando en cuenta el entorno familiar y social adaptándolo a nuestras situaciones sociales y culturales específicas.
- Deben llevarse a cabo estudios de seguimiento a los pacientes para poder determinar la efectividad y la duración de los efectos del tratamiento a largo plazo.
- Debe tomarse en cuenta este estudio con el fin de llevar a cabo programas de prevención y concientización permanentes dirigidos a nuestra población adolescente, que les permita prevenir el desarrollo de esta psicopatología y otros trastornos graves, al igual que proveerle de herramientas para poder lidiar con las exigencias de su vida cotidiana.

- La inclusión del grupo familiar en los programas del adolescente, enfocados al rol que juega la familia como grupo primario de apoyo, es vital para garantizar la efectividad de este programa.
- Reforzar las áreas del programa en donde se observó estadísticamente que no se intervino significativamente en la disminución del malestar en las pacientes que recibieron tratamiento.
- Realizar estudios con muestras más grandes, que permitan validar si el tratamiento sólo influye sobre las variables en estudio, o si lo hace también en otras áreas.

III BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- A.P.A. American Psychological Association *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. Editorial El manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F. 1998, 416 pgs
- Balluerka, Nekane. *Planificación de la investigación. La validez del diseño*. Amarú Ediciones, Salamanca, España, 1999, pp162.
- Beck, A.,T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press. 1996.
- Bellak, Alan, Hersen, Michel. *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. Editorial Declée De Brouwer, S.A. Bilbao, España. 1989, pp424.
- Belloch, Amparo., Sandín, Bonifacio., Ramos, Francisco. *Manual de Psicopatología*. Volumen I, Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A. Madrid, 1997, pp613.
- Belloch, Amparo., Sandín, Bonifacio., Ramos, Francisco. *Manual de Psicopatología*. volumen II, Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A. Madrid, 1997, pp796.
- Caspers, R. C., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E. D., y Davis, J. M. Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134 pgs 1979.
- Chinchilla M, Alfonso. *Guía Teórico práctica de los trastornos de la conducta alimentaria anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España, 1995, pp143.
- Chinchilla Moreno, A.. *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Margan. 1994
- CIE 10 *Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas diagnósticas*. Publicado por la Organización Mundial de la Salud. Técnicas Gráficas Forma, S.A. 1992, 355 pgs.
- DSM-IV *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson, S.A. Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. México, D.F. 1996, pp909.

- Daniel, Wayne W. *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. Editorial McGraw-Hill/Latinoamericana, S.A. Bogotá, Colombia, 1981, pp504.
- Downie, N.M., Heath, R.W. *Métodos estadísticos aplicados*. Quinta Edición, Editorial Harla, México, 1986, pp380.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J.. *Studies of the epidemiology of bulimia nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 1990. 500 pgs.
- Fairburn, C. G., Hay, P. J., y Welch, S. L. Binge eating and bulimia nervosa: distribution and determinants. En C. G. Fairburn y W. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press. 1993.
- Fontecha F, Marisol. *La salud mental también se aprende. Intervención desde un modelo integrado*. Editorial Ediciones Pirámide, S. A. Madrid, 1993, pp 244.
- Gómez, Paloma. *Anorexia Nerviosa. La prevención en familia*. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, 1996. pp220.
- Golcher, Ileana. *Escriba y sustente su tesis. Metodología para la investigación social*. Panamá, 1995, pp166.
- Kamphaus, Randy W. Frick, Paul J. *Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente*. Editorial El Manual Moderno, México, 2000, pp621.
- Kerlinger, Fred N. *Investigación del Comportamiento*. Segunda Edición McGraw.Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V. 1996, pp 748.
- Leon, Orfelio G., Montero, Ignacio. *Diseño de Investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación*. Segunda edición. McGraw Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid, 1997,pp 392.
- Manis, Darlene. *Manual para el Desarrollo socio-afectivo del adolescente*. Tomo \II, Editorial Prentice-Hall/Hispanoamericana, S.A. México, 1997, pp519.
- McGuigan, F.J. *Psicología experimental. Enfoque metodológico*. Cuarta Edición, Editorial trillas, México, 1992, pp472.
- Méndez, Francisco X., Maciá A, Diego. *Modificación de la conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Sexta edición, Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, España, 1998. pp487.

Mruk, Chris. Auto-Estima. *Investigación, teoría y práctica*. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. Bilbao, España, 1998, pp234.

Navarro, José G., Fuentes, Antonio., Ugidos , Tomasa M. *Prevención e intervención en salud mental*. Primera edición, Amarú Ediciones, Salamanca, España, 1999, pp 441.

Palazzoli, M. Selvini., Selvini, Cirilo., Sorrentino, A.M. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Editorial Paidós, Barcelona, España, 1999, pp237.

Rincón, Lia. Y colaboradores: *Otros caminos. Nuevas técnicas en psicoterapia*. Editorial Paidós SAICF, Argentina, 1992, pp 141.

Selvini- Palazzoli, M., *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Editorial Jason Aronson. New York. 1979.

Salles M, Marcelo. *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. Segunda Edición, Editorial Plaza y Valdez, S.A. de C.V. México, 2001, pp522.

Satin, E. David. Brainerd L, Elizabeth. Farrell, Jean. *Insights and Innovations in community mental health*. Editorial Jason Aronson Inc. New Jersey, 1994, pp150.

Sampieri, Roberto H. Collado, Carlos F. Lucio, Pilar Baptista. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V. 1995, pp 501.

Simón, Miguel Ángel. *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Editorial Pirámide, España, 1992, pp223.

Utrilla Robles, Manuel. *¿ Son posibles las terapias en las Instituciones? Estudio situacional*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1998, pp291.

Toro, J; Vilardel, E *Anorexia Nerviosa*. Editorial Martinez Roca. Barcelona, 1987.

Valderycken, W; Castro, J., y Vanderlinden J. *ANOREXIA Y BULIMIA. La familia en su génesis y tratamiento*. Editorial Martinez Roca. Barcelona. 1991.

Artículos de internet

- García, P. Martínez, F. *Reacciones Psicológicas en pacientes somáticos. Conducta de enfermedad.*
<http://www.intersep.org/manual/a7n2htm#anchor76998>
- Mateos-Parra, A. y Solano-Pinto, N. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas.* *Psicología.COM [Online]*, 1 (1), 91 párrafos. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_4.htm [1 Agosto 1997]
- Slade, P. A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 1985.
Psicología.COM [Online], <http://www.psiquiatria.com/psicologia>.
- Taylor, M. J., y Cooper, P. J. An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behaviour Research and Therapy* 1992. *Psicología.COM [Online]*,
<http://www.psiquiatria.com/psicologia>

Tesis Consultadas

- | | |
|-----------------|---|
| Achurra, Ana G. | <i>Psicoterapia breve aplicada a personas con el virus de inmunodeficiencia adquirida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida que presentan sintomatología depresiva.</i> |
| Jaen, Rolando | <i>Un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos: Una experiencia de grupo en la Policlínica del Seguro Social J.J. Vallarino.</i> |
| Robles, Mariela | <i>Programa grupal de intervención psicológica para el desarrollo personal y social en adolescentes</i> |

ANEXOS

Paciente # 1 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre:	Rosa
Fecha de nacimiento:	23-10-88
Edad:	14 años
Escolaridad:	Kinder- regular Primaria- regular, bajo rendimiento Secundaria- primer año, Felix Olivares Secundaria-segundo año: Instituto Arnulfo Arias Bajo rendimiento escolar- fracasos, peleas con compañeras, escapismo de las clases.
Nivel socioeconómico:	Medio-bajo

II. Motivo de Consulta:

Acude con la madre referida al programa de adolescentes. La madre refiere estar muy angustiada por la paciente, ésta presentar bajo rendimiento escolar (fracasos) apatía generalizada, principalmente a nivel académico, la madre la observa muy distraída, no se arregla y no se preocupa por su apariencia. Rechaza frecuentemente la comida o se niega a comer y refiere estar muy gorda. En las últimas semanas se queja de múltiples molestias psicósomáticas como gastritis, taquicardia, dolores de cabeza descartadas por su médico. Actualmente está perdiendo el año escolar.

Refiere la madre que es muy rebelde, le grita, no tiene autoridad sobre ella, Refiere que el padre (adulto mayor) la rechazaba y la rechaza constantemente, desde pequeña.

Refiere la madre que es muy mentirosa y que no puede comunicarse con ella, es muy reservada.. está siempre a la defensiva " A la defensiva".

III. Historia personal

Segundo producto, no deseado, (sólo por la madre), pero con mucha angustia y rechazo del padre. Control pre-natal normal, pero tuvo mucha angustia durante el embarazo.

Parto anterior por cesárea

Trauma craneal 7 meses, hospitalizada, muy inquieta (fisura craneal).

Hospitalizada por trastornos renales.

Desarrollo psicosexual a los 10 años

IV. Historia Familiar

El ambiente familiar no es bueno, actualmente vive con:

Madre 51 años: No trabaja, la relación es regular, pero está pendiente de sus cosas. Madre- ansiosa (llanto fácil).

Papá 77 Años: Jubilado, aproximadamente hace 2 años, presenta desorientación, falta de coordinación, alcohólico, fumador, maltratador verbal a la madre y paciente. La paciente siempre sintió rechazo de parte del padre (4 –5 años) de edad, no permitía contacto emocional. Celos obsesivos hacia la madre.

Padre- alcohólico y maltratador.

Hermano: 26 años, trabajo independiente, relación regular, no se comunica, le pega.

Cuñada: 26 años, independiente, la relación con la paciente es relación regular. La paciente refiere que no quiere estar en la casa, Siente que se ahoga en casa, "Siento que mi familia no me quiere, Mi papá nunca me ha dado cariño"

V. Examen del estado mental

La Joven Rosa acude puntualmente, su arreglo personal general se observa levemente descuidado, sin embargo está aseada, no se observan prendas ni maquillaje. Su peso y estado nutricional corresponde con su edad y estatura. La actividad motora es normal, pero manifiesta cierta inquietud al mordisquear sus dedos pulgares. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas obsesivas y temores fóbicos relacionados con su imagen personal. La percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es de tristeza.

Su actitud durante la entrevista fue variando desde negativista y poco cooperadora hasta lo que considero normal. Manifestó cierta ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Enfermedad del sistema digestivo
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 2 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Grace

Fecha de nacimiento: 30-8-89

Edad: 15 años

Escolaridad:

Nivel Socio-económico: bajo

II. Motivo de consulta:

Paciente, femenina de 15 años quien reside en Montilla (San Pablo Viejo) David. Acude con la madre referida al programa de adolescentes por presentar rebeldía, bajo rendimiento escolar (actual asiste a convocatoria para no perder el año, refiere que no quiere asistir).

No es comunicativa, y es muy mentirosa. En el colegio los profesores la observan muy retraída socialmente y muy irritable. La madre refiere que desde hace 3 a 4 meses observa que Grace no come, según la madre "para molestarla" pasa varios días sin comer, o sólo mastica la comida y luego la bota o la esconde. Tiene que castigarla para que coma.. Ha bajado de peso en las últimas semanas. La paciente está muy distraída.

III. Historia Personal:

Antecedentes Personales:

Embarazo de alto riesgo, parto normal.

Hospitalizada por ictericia.

Hospitalizada por bronco-espasmos.

Niega otras patologías ni trauma craneal.

Desarrollo motor, lenguaje, normal.

IV Historia Familiar:

Niega antecedentes familiares.

Vive con:

Abuela de 51 años, mala relación, grosera, malas palabras.

Hermanos: 15 años , Buena relación

Tío materno: Buena relación.

La madre (32) sólo vive en el hogar los fines de semana, trabaja en casa de familia

El padre : 42 años no la frecuenta ni ayuda económicamente.

V. Examen Mental:

La Joven Grace acude puntualmente, su arreglo personal general es muy sobrio y poco femenino, se observa aseada. Su peso y estado nutricional se encuentra normal/bajo, según su edad y estatura. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es poco fluido, cortante y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Sus expresiones afectivas son variantes y explosivas, de ira o llanto. Su estado de ánimo es principalmente de tristeza.

Su actitud durante la entrevista fue de oposición y negativismo. No manifestó ansiedad. Su actitud en general fue considerada fue de descontento. No reconoce la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares Problemas económicos
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 3 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Jessica

Fecha de Nacimiento: 20-2-89

Edad: 14 años

Escolaridad: Pre escolar: Bueno

Primaria: Promedio 3.7, estudió poco.

Secundaria: primer año repetidora. Regular

Nivel socio-económico: bajo

II. Motivo de consulta:

Actualmente, reside en Dolega.

Refiere la madre que está muy apática, no quiere estudiar, es repetidora de primer año. La familia es muy humilde y la paciente le exige "lujos".

Evolución de aproximadamente 1 año, refiere la madre que la paciente rechaza a los demás, es agresiva con la familia, y con sus amigas. Permanentemente se encuentra irritable, socializa poco, según la madre no quiere salir de la casa.

Refiere distracción y olvidos en el colegio. Según la madre se queja mucho de su apariencia, permanentemente dice que está gorda, que nada le queda bien y por eso no quiere salir. "Deja de comer o hace unas dietas locas y luego se atraganta de comida "

III. Historia Personal:

Antecedentes Personales:

Embarazo no planeado, deseado, controlado, parto normal sin complicaciones.

Refiere fiebre por problema de glándulas.

Niega patologías ni traumas craneales.

Desarrollo motor y del lenguaje, normales.

De pequeña jugaba, socializaba, actualmente aparenta aislamiento social, cada vez más evidente.

Su historia personal no indica problemas de atención ni concentración en la escuela.

Desarrollo psicosexual: normal.

IV Historia Familiar:

Vive Con:

Papá de 53 años, trabajador eventual; no es cariñoso ni afectuoso. No vivía con ellos hasta hace aproximadamente un año y medio. Consume licor los fines de semana.

Refiere la madre que ésta la afectó, porque antes dormían juntas y ya no, se siente desplazada por el padre.

Madre de 48 años: ama de casa, buena relación pero pocos momentos afectuosos según la madre, tiene 6 hermanos mayores. Viven en el hogar 2 hermanos.

Hermano: 26 años, buena relación, no trabaja.

Hermano: 21 años, peleas frecuentes pero buena relación.

Padre: alcohólico

Hermano: alcohólico

Sobrino: DA H

Niega otras psicopatologías familiares, ni traumas emocionales.

V. Examen Mental:

La Joven Jessica acude puntualmente, su arreglo personal general se observa normal, está aseada, su ropa es juvenil y se observan prendas y maquillaje. Su peso y estado nutricional se encuentra normal/alto, según su edad y estatura. La actividad motora es normal, Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal.

Su actitud durante la entrevista es buena, fue cooperadora y atenta. No se observaron manifestaciones de ansiedad. Su actitud en general fue considerada como normal. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
	F43.9 Trastorno adaptativo no especificado [309.9]
Eje II	Z03.2 Ninguno

Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Problemas económicos
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 4 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Cindy

Fecha de nacimiento: 1-11-85

Edad: 17 años

Escolaridad: Primaria: San Félix, Excelente
Secundaria, primer ciclo: San Félix, Excelente
Secundaria, segundo ciclo: David, Regular
(quinto año, fracasos).

Nivel Socio-económico: medio-bajo

II. Motivo de consulta:

Paciente femenina de 17 años quien reside en San Félix, acude con el padre referida del programa de adolescentes. Refiere el padre que ha bajado el rendimiento escolar, tiene malas compañías (la encontraron fumando con amigas). Desde hace unos meses presenta mal humor, irritabilidad, rebeldía, desde aproximadamente 5 meses presenta fracasos. Refiere el padre que la paciente tiene muchos problemas con la madre (la insulta en vez de regañarla u orientarla). Desde hace unos meses ha empezado a bajar mucho de peso, no quiere comer o vomita la comida, según el padre, lo hace en el hogar y en el colegio. La paciente refiere que en ocasiones cuando está muy disgustada o triste sólo le provoca comer, luego tiene que vomitar porque la sensación de llenura es muy desagradable.

III. Historia Personal:

Antecedentes Personales:

Segundo producto, aborto anterior, control pre-natal, parto por cesárea (no hubo posición).

Hospitalizada por una semana, ictericia.

Trauma craneal a los 10 años (golpe, sangrado). No recibió atención médica.

Desarrollo psicosexual: 11 años, normal.

Desarrollo psicomotor: normal.

Desarrollo lenguaje: normal.

Hermana de 25 años, R Mental.

Madre Trastorno bipolar

Niega otras patologías familiares.

IV Historia Familiar:

Vive con:

Padre: (1/2 tiempo). 57 años, jubilado por Ministerio de Educación, buena relación y comunicación. El padre no vive con la familia aproximadamente desde los 11 años (buenas relaciones familiares, las niñas viven en ambas casas).

Madre: 46 años, profesora, regular relación, no hay buena comunicación, todo le molesta, "ella no habla, grita".

Hermana de 25 años: buena relación, R. Mental.

Hermana de 18 años: Estudiante universitaria, ambas hermanas viajan a David (escuela) durante la semana y regresan a su hogar en fin de semana. Buenas relaciones.

Abuela Paterna: 77 años, vive con el padre.

V. Examen Mental:

La Joven Cindy acude puntualmente, su arreglo personal general se observa aseada, se observan prendas y maquillaje. Su peso y estado nutricional se observa adecuado para su edad y estatura. La actividad motora es normal, sin manifestaciones de inquietud. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y controlado, el tono de voz es normal. La organización del pensamiento se encuentra sujeta a ideas obsesivas en relación con el peso y su imagen corporal. La percepción y la memoria se encuentran apropiadas y dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es de tristeza con expresiones de apatía y distracción.

Su actitud durante la entrevista fue bastante cooperadora y espontánea, principalmente cuando su padre no estaba presente, lo que considero normal. Manifestó ansiedad leve inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. Reconoce el motivo de la consulta sin embargo no manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 5 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Diana
Fecha de nacimiento: 28-10-87
Edad: 14 años
Escolaridad: Kinder bueno
Primaria 4.2 Bueno
Secundaria Primer Ciclo Bueno
Nivel Socio-económico: Medio-bajo

II. Motivo de consulta:

Paciente femenina de 15 años quien reside en Urb. 20 de Dic., David.
Acude con la madre referida del programa de adolescentes. Refiere la madre que desde hace unos 5 meses observa aislamiento social, irritabilidad, tristeza, problemas para relacionarse y apatía generalizada. Refiere la madre que la ha observado vomitando la comida, la paciente refiere que la comida "le cae mal".

III. Historia Personal:

Parto por cesárea.

IV Historia Familiar:

Vive con:

Madre de 35 años, ama de casa, buenas relaciones familiares (dominante), controladora.

Padre de 35 años: buena relación.

Hermano de 13 años, estudiante, buena relación.

Hermano de 10 años, estudiante, buena relación.

Niega antecedentes de maltratos o abusos.

V. Examen Mental:

La Joven Diana acude puntualmente, presenta un buen arreglo personal general, está aseada, se observa el uso de prendas y maquillaje. Su peso y estado nutricional se observa adecuado para su edad y estatura. La actividad motora es normal, pero se observa una postura inadecuada y apatía. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es escaso y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran conservadas dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido.

Su actitud durante la entrevista fue poco cooperadora. No manifestó ansiedad durante la entrevista. Su actitud en general fue considerada como precavida y temerosa. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Problemas económicos
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 6 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Lissa
Fecha de nacimiento: 27-4-88
Edad: 14 años
Escolaridad: Maternal buena
Kinder bueno

Primaria de 1-4 buena, de 4-6—regular (escuela pública).

Secundaria de 1-3 año—regular a malo.

Nivel Socio-económico: medio-bajo

II. Motivo de consulta:

Paciente femenina de 14 años quien reside en David (La Feria), acude con la abuela referida del programa de adolescentes, por presentar problemas de comportamiento y bajo rendimiento escolar. Refiere la abuela que desde hace unos meses ha cambiado su comportamiento, dice mentiras para no comer o esconde la comida, la observan apática y muy rebelde. Dificultad en manejo de disciplina. Refiere la abuela que la paciente miente mucho para poder salir de la casa a las horas de las comidas o no realizar sus obligaciones. Refiere la abuela ser muy estricta.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Embarazo no planeado, controlado, parto normal,

Intoxicada con medicamentos (clopran), hospitalizada por un día.

Alergia

Desarrollo psicosexual: 10 años

Desarrollo motor y de lenguaje: normales.

Desarrollo socioafectivo: Inmadurez emocional.

Antecedentes familiares:

Niega antecedentes familiares.

IV Historia Familiar:

Vive con:

Madre de 37 años, trabaja en la lotería (Dept. de Entrega), discapacitada auditiva, habla poco. La relación es regular, no obedece a la madre. La madre es un poco negligente, descuidada con la niña. La custodia la tiene la abuela.

Hermana de 7 años, estudiante, pleitos frecuentes, celos, padres diferentes.

Abuela de 60 años, dominante, matriarca, pensionada, la relación es regular, no obedece a la abuela, tienen muchas discusiones.

Tía materna, 38 años, corredora de seguros, la relación es regular, muchas frustraciones, la regaña constantemente, la culpa de todo lo que pasa mal, o se pierde cosas.

Primo de 17 años, estudiante, regular, relación pleitos frecuentes.

Prima de 3 años, buena relación.

Prima de 11 años, huérfana de madre, custodia de la abuela, celos y mala relación.

Padre de 42 años, no vive con ella, visita poco, paga pensión.

V. Examen Mental:

La Joven Lissa acude puntualmente, su arreglo personal general se observa aseado, se observa una buena estatura, peso, estado nutricional y apariencia personal en general. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje fue cortante y el tono de voz fue alto, sus gesticulaciones y ademanes faciales indicaban desaprobación en la entrevista. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran conservadas dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es oscilante, con predominio de estados de irritabilidad y descontento.

Su actitud durante la entrevista fue poco cooperadora. Manifestó ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. Reconoce el motivo de la consulta pero no manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 7 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Irina
Fecha de nacimiento: 6-11-87
Edad: 14 años
Escolaridad:
Nivel Socio-económico: Bajo

II. Motivo de consulta:

Paciente femenina, 14 años, quien reside en Las Lomas, David. Acude con la madre referida del programa de adolescentes. Refiere la madre un bajón en el rendimiento escolar (fracasos), luego de ser alumna distinguida. También ha cambiado el comportamiento la observan muy apática, triste, muy irritable. Este año acude al colegio vespertino por primera vez. (Sus compañeras han quedado en el turno de la mañana.) La madre refiere que desde el año pasado tiene problemas con la comida, la ha encontrado comiendo de forma excesiva, se esconde para comer, a veces pasa mucho tiempo haciendo dietas y luego vuelve a comer exageradamente, pero desde hace unos tres meses la han observado provocándose el vómito (revelado por la mejor amiga de la paciente). Presenta un conflicto con el padre (y abuela paterna), por novio mayor de edad (desde aprox. 5 meses). El padre y la abuela la tratan de "muchacha fácil"; no le desconfianza, no hay comunicación ni demostraciones de cariño. La abuela paterna la compara con otras niñas vecinas.

La paciente refiere que con el papá todo es material, "ni siquiera ha ido al colegio a ver lo de los fracasos." "No le importa si me muero"

Se observa necesidad de llamar la atención del padre, se observa falta de autoestima, el padre la hace sentir "menos" ya nada va a ser igual por los fracasos y el novio"

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Embarazo controlado, parto normal.

Toxoplasmosis.

Ha probado marihuana.

Alergia.

Desarrollo motor y lenguaje: normales.

Desarrollo psicosexual: 11 años, normal

Intento autolítico (clorotrimetón) hace 5 meses.

Aproximadamente a los 7 años fue "tocada" por abuelastro hasta los 11 años. Situación que tuvo que conocer la madre, pero no el padre. No visita a la abuela ni al abuelastro, pero los incidentes no fueron confrontados.

IV Historia Familiar:

Vive Con:

Madre de 34 años, técnica en ; buena relación familiar.

Hermano de 2 años: Hermanastro, buena relación.

Bisabuela de 72 años, buena relación (alg. prob. de disc.)

Tía materna de 32 años, buena relación.

Prima de 6 años, buena relación.

Prima de 10 años, mala relación, celos, pleitos frecuentes.

Padre de 37, no vive con ella en casa, separado desde hace 8 años, la paciente lo visita frecuentemente. Ella permanece en su casa en algunos días de la semana.

La relación es regular. El padre es muy dominante, explosivo, agresivo verbalmente.

V. Examen Mental:

La Joven Irina acude de forma poco puntual, su arreglo personal general se observa aseado y juvenil, se observa el uso de prendas y maquillaje. La actividad motora es agitada e inquieta, utiliza manierismos para expresarse. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido, abundante y el tono de voz es alto. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es oscilante con expresiones afectivas acentuadas principalmente de ansiedad.

Su actitud durante la entrevista fue muy cooperadora. Manifestó ansiedad moderada, la cual se mantuvo como factor característico. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
	F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo [309.0]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	T74.2 Abuso sexual del niño [v61.21]
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 8 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Eyleen

Fecha de nacimiento: 18-6-88

Edad: 15 años

Escolaridad: Primaria, muy buena.

Secundaria, de primero a segundo, muy buena. En tercer año, buena/regular.

Nivel Socio-económico: Medio

II. Motivo de consulta:

Paciente acude con madre referida del programa de adolescentes. Reside en La Riviera, David. La madre refiere que desde aproximadamente dos bimestres, ha bajado el rendimiento escolar, no obedece órdenes, tiende a ser negativista, no permanece en el hogar cuando no hay supervisión. Refiere la madre que no come cuando ella está, pero según el hermano, come excesivamente y después vomita la comida.

La madre refiere que aproximadamente hace 6 meses ella inicia labores. Anteriormente se dedicaba al hogar.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Primer producto no deseado. Amenaza de aborto, parto por cesárea,

Hospitalizada por observación por cuatro días.

Niega patología ni traumas craneales.

Desarrollo socio/afectivo: normal.

Desarrollo psicomotor y del lenguaje: normales.

Desarrollo psicosexual: 11 años normal.

IV Historia Familiar:

Padre (padrastro) de 39 años, trabajador independiente, no tiene buena relación familiar (debido a descubrir que no es su padre). Anteriormente, había buena relación.

Madre, 33 años, ejecutiva de ventas, la relación actual es regular, mucha atención en el hogar por problemas de conducta.

Hermano, 14 años, estudia y buena relación.

Padre no vive con ellos.

Refiere la paciente que el padrastro la regaña y la pega mucho, y la madre siempre está al lado de él.

Problema con relación con la madre (dominante), controladora, la sofoca, quiere saber todo lo que hace, no le tiene confianza. No habla, grita, pega, insulta, se desquita con ella por el trabajo.

Abuela materna, hipertensión.

V. Examen Mental:

La Joven Eyleen acude puntualmente, presenta un arreglo y apariencia personal general aseada, aunque no se observan prendas ni maquillaje.

Presenta un buen peso y estado nutricional según su estatura. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido.

Su actitud durante la entrevista fue cooperadora, pero reservada y precavida. Manifestó ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. No manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 9 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Karol

Fecha de nacimiento: 25-1-86

Edad: 17 años

Escolaridad: Rendimiento escolar: excelente, regular (último año).

Nivel Socio-económico: Medio

II. Motivo de consulta:

Paciente reside en Urbanización La Sabana, David, acude con la madre referida por el programa de adolescentes.

Refiere la madre que desde hace aproximadamente seis meses presenta irritabilidad, inapetencia, difícil para hacerla comer. Ha dejado de socializar, no sale de la casa. Insiste en que está gorda y no puede bajar de peso.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Madre embarazada de alto riesgo.

Niega patologías ni traumas craneales.

IV Historia Familiar:

Madre 45 años, buena relación con la paciente, es muy sobreprotectora

Padre 48 años, no vive con ellos, frecuenta a la paciente

V. Examen Mental:

La Joven Karol acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal general se observa levemente descuidado, su ropa es muy holgada y poco

juvenil, no se observan prendas ni maquillaje. Se observa bajo peso, sin embargo su peso se encontraba dentro de lo esperado para su estatura y talla. La actividad motora se caracterizaba por la apatía, pero su funcionamiento fue normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje inicialmente hubo mutismo, luego fue más cooperadora, pero su tono de voz fue muy bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas obsesivas y temores fóbicos relacionados con la comida (refiere que la comida le hace daño o la enferma). Considero que su estado de ánimo es deprimido.

Su actitud durante la entrevista fue variando desde poco cooperadora y pasiva hasta lo que considero normal. No se observaron signos de ansiedad, más bien apatía y pasividad. Su actitud en general fue considerada como pasiva con pocas expresiones afectivas. Se molesta por la entrevista y no manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Enfermedad del sistema digestivo
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 10 (grupo experimental)

I. Datos Generales:

Nombre: Marlenys

Fecha de nacimiento: 20-4-88

Edad: 14 años

Escolaridad: Repetidora segundo año. Primero, buenas notas.

Nivel Socio-económico: Medio-bajo

II. Motivo de consulta:

Se presenta con la madre, referida del programa de adolescentes. La madre está muy preocupada por conductas extrañas con respecto a la comida. No quiere comer, refiere que todo la engorda, en ocasiones sólo come frutas, otras lechuga y agua. "Se queja que la comida le sabe mal" Presenta problema de comunicación con el padre y la madre, no les habla. Pleitos frecuentes con la madre. No se integra fácilmente, se aísla, actualmente sólo tiene una amiga, tiene mal humor.

III. Historia Personal:

Embarazo deseado, controlado, niega patologías ni traumas craneales

Desarrollo motor y del lenguaje normal

Desarrollo socio-afectivo normal

Desarrollo psico-sexual 11 años normal

IV Historia Familiar:

Madre 39 años, la relación es regular, la paciente no habla con ella.

Hermano de 9 años, celos y pleitos frecuentes con el hermano.

Padre 42 años, no vive con ellos, los visita. No tiene buena comunicación.

V. Examen Mental:

La Joven Marlenys acude puntualmente, su arreglo personal general se observa levemente descuidado, sin embargo está aseada, no se observan prendas ni maquillaje. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas obsesivas y temores fóbicos relacionados con su imagen personal. La percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido.

Su actitud durante la entrevista fue negativista y poco cooperadora. Manifestó cierta ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. No manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 11 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Lineth

Fecha de nacimiento: FN 25-1-86

Edad: 16 años

Escolaridad: Primaria Excelente

Secundaria Excelente

Nivel Socio-económico: Medio-bajo

II. Motivo de consulta:

Acude con la madre, quien reside en Las Lomas, David. Acude referida del programa de adolescentes. Refiere la madre que los padres se encuentran en proceso de separación y divorcio, el padre tiene otra pareja e hija. La madre refiere que desde hace seis meses observa que la paciente no come correctamente. Come muy poco o "dice que se le olvida comer" Se queja mucho y es muy negativista de su trabajo escolar, permanentemente hace comentarios de que "todo lo que hago lo hago mal, nada me sale bien , no sirvo o nadie me quiere" Está siempre muy nerviosa, según la madre "se preocupa mucho por la mínima cosa"

III. Historia Personal:

Antecedentes personales normales

Embarazo controlado, parto normal

Desarrollo motor y del lenguaje normal

Desarrollo socio-afectivo normal

Desarrollo psico-sexual 12 años normal

IV Historia Familiar:

Madre 37 años, profesora, buena relación familiar, la paciente refiere que la madre es muy exigente.

Padre 43 años, profesor, buena relación, la paciente está muy brava por su separación del hogar.

V. Examen Mental:

La Joven Lineth acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal general se observa adecuada y aseado, utiliza prendas y maquillaje. La actividad motora es normal, pero manifiesta cierta inquietud al balancear constantemente sus piernas. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz oscila de normal a bajo. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es de ansiedad y tristeza.

Su actitud durante la entrevista fue bastante cooperadora, manifestó ansiedad relacionada con el tema de la dinámica familiar. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VII. Diagnóstico Provisional

- Eje I F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
(diagnóstico Principal)
- F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de
 ánimo depresivo [309.28]
- Eje II Z03.2 Ninguno
- Eje III Z03.2 Ninguno
- Eje IV Z63.0 Problemas conyugales [v61.8]
- Eje V EEAG = 70

Paciente # 12 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Nuris

Fecha de nacimiento: 29-5-87

Edad: 16 años

Escolaridad: Primaria Regular

Secundaria Regular-repetidora 3er año

Nivel Socio-económico: Bajo

II. Motivo de consulta:

Acude a consulta con la madre referida del programa de adolescentes por presentar desde aproximadamente seis meses un bajón en el rendimiento escolar, se aísla de sus amistades y de sus actividades. Ha cambiado su manera de vestir, su ropa es más holgada y se arregla muy poco. Come poco, refiere la madre que "es una pelea para que coma" frecuentemente se queja de su descontento con su apariencia personal. La madre refiere conflicto familiar de varios meses de evolución. El hogar está desintegrado, el padre se fue del hogar y actualmente tiene otra familia, esto ha provocado el rechazo al padre, la paciente no quiere verlo.

III. Historia Personal:

Embarazo no deseado, parto normal, sin complicaciones. Niega patologías ni traumas craneales.

Desarrollo motor y del lenguaje normal

Desarrollo socio-afectivo normal

Desarrollo psico-sexual 12 años normal

IV Historia Familiar:

Madre 41 años, comerciante ambulante, tiene problemas de comunicación y desconfianza con la madre.

Hermano de 7 años, buena relación.

No vive con el padre (separado de la madre). Refiere la madre que el padre mantiene más relación con el hijo menor.

V. Examen Mental:

La Joven Nuris acude puntualmente, su arreglo personal general se observa descuidado, no se observan prendas ni maquillaje y su vestimenta es muy holgada y poco femenina. La actividad motora es normal, pero manifiesta cierta inquietud y su postura no es apropiada. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido, cargado de expresiones soeces y manierismos y el tono de voz es muy alto. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal, con muy reducidas expresiones afectivas, con dificultad para expresar sus emociones.

Su actitud durante la entrevista fue variando desde negativista y poco cooperadora hasta lo que considero normal. Manifestó cierta ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. No manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z63.0 Problemas conyugales [v61.1]
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 13 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Rubiela

Fecha de nacimiento: 9 -8-89

Edad: 13 años

Escolaridad: Preescolar, regular

Escuela primaria, 3.6.

Escuela secundaria, primer año, fracaso (20 fracasos)
repetidora

Nivel Socio-económico: medio-bajo

II. Motivo de consulta:

Paciente quien reside en Doleguita acude con la madre referida del programa de adolescentes por referir bajo rendimiento escolar, fracasos, repetidora de primer año. La madre refiere que es una niña tranquila, pero es muy distraída, y observa poco interés por hacer amistades y por socializar. Recientemente se observa negativismo e irritabilidad. La madre no se ha dado cuenta de conductas compensatorias con respecto a la comida pero del colegio le han referido que se encierra en el baño y vomita , con mucha frecuencia. Desde hace varios meses y refiere que son problemas estomacales. La madre refiere que ella no tiene conocimiento de estas conductas.

Refiere la madre que el padre de la paciente murió al nacer. Aproximadamente hace seis años contrajo matrimonio. Refiere que desde

entonces observa los problemas en la paciente. La madre observa necesidad de afecto.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Tres embarazos no planeados, complicaciones durante embarazo debido a la muerte del padre en esta época (duelo de la madre). Parto normal.

Hospitalizada por asma (aprox. desde los 9 meses de edad).

Desarrollo motor y del lenguaje: normales.

Desarrollo socioafectivo: normal.

Desarrollo psicosexual 11 años normal

IV Historia Familiar:

Vive con:

Padrastro, 27 años, trabaja en zapatería, la relación no es buena. La madre refiere que él es egoísta y que la paciente es muy celosa.

Madre de 44 años, no trabaja. La relación es regular (pelean frecuentemente).

La paciente tiene dos hermanas mayores, no viven con ella ya que estudian en el extranjero.

Antecedentes familiares:

primos maternos: fracasos, problemas de aprendizaje.

niega otras patologías.

V. Examen Mental:

La Joven Rubiela acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal general se observa levemente descuidado. No se observan prendas ni maquillaje, sin embargo, está aseada. La actividad motora es normal, Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es normal y el tono de voz es bajo y cortante. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido, con expresiones afectivas lábiles.

Su actitud durante la entrevista fue negativista y poco cooperadora. Manifestó ansiedad inicialmente, se caracterizó por expresiones afectivas lábiles y explosiones de llanto. No reconoce la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 14 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Jessy

Fecha de nacimiento: 23-7-87

Edad: 14 años

Escolaridad: Primaria, 4.9.

Secundaria, primer año, 4.2. Segundo año, 4.3.

Tercer año, ha bajado el promedio.

Nivel Socio-económico: Bajo

II. Motivo de consulta:

La paciente, quien reside en Bágala, San Pablo, acude con la madre, la cual es referida del programa de adolescentes. Refiere problemas de comportamiento, regresa del colegio agresiva verbal y físicamente, principalmente hacia la madre. Refiere la madre que este comportamiento perturbador lo presenta desde hace algunos meses. Es explosiva, ofensiva y grosera. Refiere la madre, problemas en el colegio. Desde aproximadamente tres meses la paciente no come sólidos, básicamente sólo consume líquidos. Refiere la madre que sí la han visto comer exageradamente por las noches y a escondidas, pero la paciente lo niega.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Segundo producto, primer hijo muere a los 7 meses. Situación traumática. Se embaraza y experimenta mucha tensión, duelo.

Parto por cesárea anterior sin complicaciones.

Desde pequeña padece de fiebres altas.

Hospitalizada por infecciones urinarias y fiebres (piedra en el riñón).

Desarrollo motor y del lenguaje: normales.

Desarrollo socioafectivo: normal hasta aproximadamente hace tres años. Desde hace tres años hasta la fecha, es ofensiva y pelea con las amigas.

Desarrollo psicosexual: normal.

IV Historia Familiar:

Vive con:

Padre de 46 años, asistente de contabilidad (se observa rencor hacia la paciente); mala relación, se maltratan verbalmente. El padre ataca a la paciente. Es agresivo, rechazante. Refiere la madre haber recibido golpes y maltratos verbales y emocionales. No permanece mucho tiempo en el hogar, no hay convivencia familiar.

Madre de 34 años, ama de casa, relación regular. Refiere que la paciente se pone muy agresiva cuando se le lleva la contraria. La madre es muy maltratada verbal y físicamente por el padre y la hija.

Hermana de 14 años, estudia, buena relación. También es agresiva verbalmente, pero no frecuentemente.

Antecedentes familiares:

Madre hipertensa.

Tío paterno, alcohólico, y explosivo.

Padre, alcohólico y agresivo.

Primo paterno, esquizofrénico.

Toma plasilflorina frecuentemente (la paciente).

No se observa buena relación familiar.

V. Examen Mental:

La Joven Jessy acude impuntualmente, su arreglo personal general se observa descuidado, sin embargo está aseada, no se observan prendas ni maquillaje. La actividad motora es normal, pero manifiesta inquietud al jugar con sus manos y balancear constantemente las piernas. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es muy reducido inicialmente (mutismo selectivo), la expresión del rostro era de descontento y el tono de voz es muy bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas relacionadas con la dinámica familiar (la paciente considera que sus padres la rechazan o que no es hija de alguno de sus padres). La percepción y la memoria se encuentran conservadas dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido, con pocas expresiones afectivas, principalmente de ira hacia los padres.

Paciente # 15 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Yorlenys

Fecha de nacimiento: 20-1-87

Edad: 15 años

Nivel Socio-económico: Bajo

Escolaridad: Kinder, no le gustaba ir a la escuela.

Primero a sexto grado, regular.

Primer año, Instituto David, problemas con profesores.

Segundo año, Félix Olivares, problemas.

II. Motivo de consulta:

La paciente acude con la madre referida del programa de adolescentes, refiere la madre que tiene problemas para hacer comer a la paciente, no come de forma regular. Pasa períodos en donde no la hacen comer nada. Duerme mucho, está muy apática y refiere dolores de cabeza (migraña), está muy irritable.

III. Historia Personal:

Antecedentes Personales:

Cuarto producto por cesárea, nebulizaciones frecuentes de pequeña.

Niega patología de pequeña.

Desarrollo psicosexual: menarquía, 11 años.

IV Historia Familiar:

Vive con madre de 43 años, ama de casa, buena relación con la madre.

Hermana, 21 años, trabaja y estudia, relación regular, se pelean y discuten frecuentemente.

Hermano, 12 años, estudia, relación regular, pelean frecuentemente.

Padre, fallecido aproximadamente hace 14 años por accidente de tránsito.

Niega violencia y maltratos. Antecedentes familiares:

Paterno, diabetes.

V. Examen Mental:

La Joven Jorlenys acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal general se observa aseado, juvenil, se observan el uso de prendas y maquillaje. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido con expresiones afectivas muy reducida, y apatía generalizada.

Su actitud durante la entrevista fue buena, pero muy pasiva. No se observaron signos de ansiedad. Su actitud en general fue considerada como normal. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Problemas económicos
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 16 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Juliana

Fecha de nacimiento: 4-1-84

Edad: 17 años

Escolaridad: Pre-kinder y kinder: bueno.

Primaria: regular. Promedio aproximadamente 3.5.

Secundaria: Primer, segundo, y tercer año: Félix Olivares.

Tercer año, fracaso. Regular. Tercer año, Las Lomas, repetidora.

Actualmente cursa nuevamente el tercer año.

Nivel Socio-económico: bajo

II. Motivo de consulta:

La paciente acude con la madre, referida del programa de adolescentes, refiere desde hace aproximadamente cuatro meses manifiesta rechazo hacia las hermanas y a la madre. Refiere que no come adecuadamente, se provoca el vómito o se toma jugo de cuásimo o calabazo (laxantes). Padece de muchas diarreas, la madre cree que se las provoca. Promete cambiar, pero no lo hace. Refiere la madre que observa cambios a nivel escolar y social.

Refiere "problemas de nervios por pleitos entre padres" desde que tienen problemas de pareja la notan muy nerviosa.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Primer producto por parto normal.

Padece de toxoplasmosis.

Desarrollo psicomotor: normal

Desarrollo psicosexual: normal. Menarquía, 13 años.

IV Historia Familiar:

Vive con:

Padre de 44 años, técnico en industria, regular relación, no hay mucha comunicación, sí es cariñoso, la critica constantemente.

Madre de 36 años, educadora, viaja frecuentemente, está en el hogar los fines de semana. La relación es mala, ella tiene aproximadamente tres años de vivir con la familia (tenía una relación de pareja, de la cual tuvo un producto). La madre se fue de la casa aproximadamente hace siete años y regresó hace tres años.

Hermana: 16 años, estudia, refiere que la relación es regular, debido a que tiene otro tipo de personalidad ("más pedante y payasa"), mala relación familiar, rechazante.

Hermana: 13 años, estudia, la relación es regular, "a ellas no les gusta salir conmigo porque a ellas no les gusta mi forma de ser. Yo soy sociable y ellas, no."

Hermano: 9 años, hermanastro, buena relación, es más comprensivo.

V. Examen Mental:

La Joven Juliana acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal general se observa bueno, aseado y juvenil. No se observan prendas ni maquillaje. La actividad motora es inquieta, utiliza mucho manierismos. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es alto. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo indica ansiedad.

Su actitud durante la entrevista fue buena, cooperadora. Manifestó mucha angustia y ansiedad inicialmente al hablar sobre la dinámica familiar y la comida, pero luego su actitud en general como considerada como normal. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal) F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 70

Paciente # 17 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Velkis

Fecha de nacimiento: 4-11-87

Edad: 15 años

Escolaridad: Escolaridad: Kinder, bueno.

Primaria, regular-bueno (aproximadamente un promedio de 4.0).

Secundaria: hasta noveno: Primer año, 4.2; segundo año, 4.3. Cursa 9avo IX colegio.

Nivel Socio-económico: Bajo

II. Motivo de consulta:

Acude con la madre referida del programa de adolescentes. Refiere que tiene problemas para comer, la madre dice que es muy difícil hacerla comer, pone excusas, esconde la comida, la paciente dice que le aburre comer. Su rendimiento es bastante bueno, pero no quiere participar de otras actividades en las cuales sí participaba y no quiere hablar con sus amigas.

III. Historia Personal:

Embarazo controlado, parto normal

Niega patologías ni traumas craneales

Enfermedades: asma alérgica (inhaladores).

Desarrollo psicosexual: normal. Menarquía, 12 años. Irregular menstruación.

IV Historia Familiar:

Vive con:

Padre: 39 años, labora en empresa, la relación con la paciente es regular, no le tiene confianza a la paciente. (Refiere a problemas anteriores el año pasado.)

Serio, estricto, le pega (le pega hasta marcarla por incidentes con novio).

Madre: 34 años, ama de casa, buena relación con la madre, juntada con el padre a los 16 años.

Hermana: 19 años, trabaja y estudia. Relación es regular. Peleas frecuentes, celos, es media hermana por parte de madre.

Hermana. 16 años, estudia. Buena relación.

Niega violencia doméstica, sólo refiere maltrato por parte del padre (golpes por tener novio).

V. Examen Mental:

La Joven Velkis acude puntualmente, su arreglo personal general se observa levemente descuidado, pero aseada, no se observan prendas ni maquillaje. La actividad motora es normal, pero se observa muy apática y distraída durante la entrevista. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es bajo. La organización del pensamiento, la

percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido.

Su actitud durante la entrevista fue poco cooperadora y muy apática, no se expresó espontáneamente. Manifestó cierta ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
(diagnóstico Principal)
F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

Eje II Z03.2 Ninguno

Eje III Z03.2 Ninguno

Eje IV Z03.8 Problemas paterno-filiares

Eje V **EEAG = 80**

Paciente # 18 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Karen

Fecha de nacimiento: 26-2-87

Edad: 15 años

Escolaridad: Escolaridad: kinder, bueno ("Mi mamá me llevaba").
Primero a segundo grado, bueno. Tercer grado, regular. Cuarto grado, repetidora (pérdida de madre).
Cuarto, quinto, y sexto, bueno. Secundaria: primer año, regular. Segundo y tercer años, buenos. Cursa cuarto año del colegio

Nivel Socio-económico: Medio

II. Motivo de consulta:

La paciente acude con la consejera referida del programa de adolescentes. Refiere que la paciente está muy aislada de las actividades escolares, y de su grupo de amigas desde el inicio del año escolar. Observa que ha perdido peso y constantemente se queja de malestares estomacales. Las compañeras de colegio refieren que come muy poco. Sueños frecuentes. Sueña que estoy en un entierro, está mi familia y mi papá dice "Por qué te la llevaste", pero no me veo a mí misma y cuando me acerco al ataúd, se me aleja. Puede ser que soy yo la del ataúd. Al cruzar una calle y un carro me atropella. Fobia a

los truenos producen llanto. Recuerda cuando su madre murió estaba lloviendo y tronando.

III. Historia Personal:

Antecedentes personales:

Tercer producto por parto normal.

Hospitalizada a los 15 días de edad por bronquitis.

Asmática.

Intoxicada por comida tres veces.

Desarrollo psicosexual: normal. Menarquía a los 11 años.

IV Historia Familiar:

Vive con: Padre de 52 años, trabaja explosiones, buena relación con el padre, confianza, comunicación.

Hermana: 16 años, estudia. Mala "fatal, me manda, me grita, me pega, me critica, molesta." Pelean mucho, celos hacia la paciente por el cariño del padre.

Hermano: 22 años, trabajador, buena relación con este hermano, pero se ha ido de la casa con la novia, aproximadamente hace cuatro meses. (Le ha sido difícil a la paciente la pérdida.)

Madre: falleció aproximadamente hace ocho años. Asma. La paciente resiente el hecho de no haber ido al entierro de la madre. La vio morir en un taxi.

Pleitos frecuentes en el hogar, principalmente hermana y padre.

Antecedentes familiares:

Tío materno, problema de lento aprendizaje.

Prima materna, Tx. psiquiátrica.

V. Examen Mental:

La Joven Karen acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal general se observan arreglado, aseado, se observan el uso de prendas y maquillaje. La actividad motora es normal, Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es bajo. La percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido.

Su actitud durante la entrevista fue variando desde apatía y poco cooperadora hasta lo que considero normal. Manifestó cierta ansiedad inicialmente, pero luego su actitud en general fue considerada como normal. Manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
	F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 19 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Jenia

Fecha de nacimiento: 21'8-88

Edad: 14 años

Escolaridad: Kinder a tercer grado Escuela de pedregal (fue retirada y re-matriculada en tercer grado por déficit en la lectura).

Tercer a cuarto grado Escuela San Cristóbal

Quinto a Sexto grado Escuela Las Lomas

Secundaria Primer año a tercer año Primer Ciclo de Pedregal

Cuarto año Colegio de David. Regular.

Nivel Socio-económico Bajo

II. Motivo de consulta:

La paciente acude acompañada de la madre. La madre refiere su preocupación por ciertas conductas que ha manifestado la joven desde hace aproximadamente una año. Manifiesta conductas de escapismo de la casa o la escuela debido en algunas ocasiones a conflictos con la madre (discusiones, peleas o reclamos de la madre) y en otras ocasiones sin parecer haber motivo alguno.

Se queja la madre también de mal comportamiento, de groserías, no permite que se le hagan críticas, constantemente miente aunque no sea necesario, presenta bajo rendimiento escolar, apatía hacia el estudio, refiere la madre que no pone de su parte para estudiar o salir bien en la escuela. Se encuentra siempre muy irritable, brava, como molesta con los miembros de la casa en especial con el padrastro pero también hacia la madre (no le habla a padrastro).

No se refieren hechos significativos o consecuentes de los cambios de conducta en la paciente. Hace aproximadamente un mes observa conductas extrañas con respecto a la comida. Come excesivamente a escondidas y después niega que lo haya hecho, sin embargo no se sienta a comer con la familia y siempre dice que no tiene hambre. Se comió un dulce de guineo completo, otros alimentos y niega haberlo hecho.

III. Historia Personal:

El embarazo fue controlado sin mayores complicaciones, pero fue posterior a un aborto espontáneo. No recibió hospitalizaciones ni tiene referencia de uso de medicamentos. Niega consumo de alcohol, tabaco o alguna otra sustancia psicoestimulante durante el embarazo.

Parto normal, vaginal, sin mayores complicaciones

Refiere la madre de hospitalización de la paciente a los 3 años de edad por fuertes dolores de estómago por lo cual fue hospitalizada por nueve días sin un

diagnóstico probable. Fue diagnosticada con paperas y hepatitis en años anteriores.

Actualmente padece fuertes dolores abdominales por cólicos y desmayos los cuales refiere son consecuencia de los fuertes dolores de cabeza. La menarquia alrededor de los 11 años.

IV Historia Familiar:

Reside actualmente con la madre, el padrasto y un hermano. Tiene seis años de vivir con este padrasto, sus otros seis hermanos, todos mayores no residen en el hogar, pero no se frecuentan.

Padre unidos por 19 años aunque el padre no vivía permanentemente en la casa. La madre refiere que tenía que compartirlo con otra señor quien era su esposa. Salió de la casa definitivamente a los seis años de edad de la paciente. Sólo son reconocidos por el padre los últimos dos hijos, no aporta económicamente al hogar y los visita muy poco. La hija refiere que no le cumple cuando le pide algo, que por lo general es de tipo económico. La madre refiere que estos niños pasaron mucho tiempo solos ya que ella viajaba al interior a trabajar y tuvo que dejarlos unos años con el padre, situación que deterioró mucho las relaciones con sus hijos.

Niegan antecedentes psicopatológicos.

V. Examen Mental:

La Joven Jenia acude puntualmente, su arreglo personal general se observa bueno, aseada, no se observan prendas ni maquillaje. Se observó poco contacto visual, gesticulaciones y ademanes faciales que indicaban desaprobación por la entrevista. La actividad motora es normal.. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresiva.

Su actitud durante la entrevista fue negativista y poco cooperadora. Manifestó cierta ansiedad al tocar temas relacionados con la dinámica familiar. No manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Enfermedad del sistema digestivo
Eje IV	Z03.8 Problemas paterno-filiares
Eje V	EEAG = 80

Paciente # 20 (grupo control)

I. Datos Generales:

Nombre: Marllelys

Fecha de nacimiento: 9-12-85

Edad: 17 años

Escolaridad: Escuela Primaria regular (3.5) Problemas de conducta con compañeros.

Esc. Secundaria Regular (repetidora 4to año)

Actualmente asiste a 6to año.

Nivel Socio-económico: Bajo

II. Motivo de consulta:

La joven acude con la madre por presentar historia de pleitos frecuentes, agresividad hacia los hermanos, principalmente hacia su hermana. refiere la madre que desde pequeña le gustaba morder, pegar o pegiscar a otros niños. Refiere la madre que es poco sociable, introvertida, tiene pocas amistades, la rivalidad inició desde que nació su hermana de 16 años. Refiere la madre que observa una pérdida de peso considerable en la paciente, refiere que "ella estaba un poco gordita, pero ahora se está pasando" La paciente niega estar restringiendo la comida, pero la hermana refiere que vomita todo lo que coma, varias veces al día.

III- Historia Personal:

Embarazo controlado, muchos problemas emocionales durante el embarazo, parto normal, ictericia.

Niega otras patologías ni traumas craneales.

Desarrollo motor y del lenguaje normal.

Desarrollo socio afectivo normal.

Menarquia 11 años

IV Historia Familiar:

Actualmente vive con:

Madre: 39 años, no trabaja, tiene una buena relación, no es agresiva con la madre.

Hermana de 16 años: La relación es mala, pelean frecuentemente, la hermana tiene cicatrices propiciadas por la paciente de pleitos.

Hermano de 7 años: La relación es regular

Padrastro de 52 años: No vive permanentemente en el hogar, trabaja en Panamá y viaja constantemente.

El padre 45 (no vive en el hogar), trabaja en Panamá, tiene poca comunicación con sus hijos. Fue separado de la madre por maltratos verbal y físicos. La paciente siente mucho rencor hacia el padre.

El padre tiene un temperamento explosivo agresivo, es maltratador.

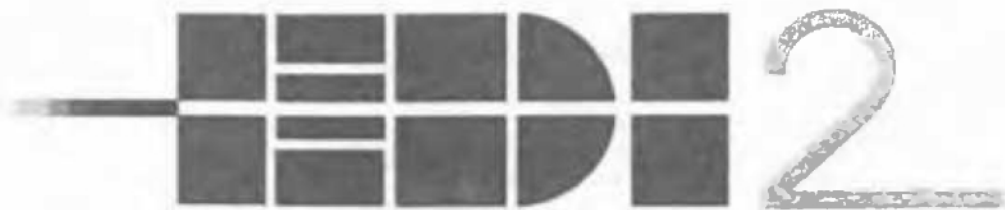
V. Examen Mental:

La Joven Marllely acude puntualmente, su arreglo personal general es bueno, se observa, aseada, no se observan prendas ni maquillaje. Su peso y estado nutricional corresponde a su talla y estatura. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientada en tiempo, espacio y persona. El lenguaje es fluido y el tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresiva y negativista. Varía su estado de ánimo según la situación o conflicto familiar.

Su actitud durante la entrevista fue muy negativista inicialmente, pero luego mejoró la comunicación notablemente. No manifestó ansiedad. Su actitud en general fue considerada como normal. No manifiesta la necesidad de recibir apoyo psicológico.

VI. Diagnóstico Provisional

Eje I	F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (diagnóstico Principal)
Eje II	Z03.2 Ninguno
Eje III	Z03.2 Ninguno
Eje IV	F93.3 Problemas de relación entre hermanos [61.8]
Eje V	EEAG = 80



CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

Las respuestas debes anotarlas en la Hoja de respuestas que se te ha entregado aparte. No debes hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre

CONTESTA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD



Autor: David M. Garner, Ph. D.

Copyright © 1991 by PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.

Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en **100% TINTA S.** Si le presentan un ejemplar en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

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

- 35** Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
- 36** Me fastidia no ser el mejor en todo.
- 37** Me siento seguro de mí mismo.
- 38** Suelo pensar en darme un atracón.
- 39** Me alegra haber dejado de ser un niño.
- 40** No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
- 41** Tengo mala opinión de mí.
- 42** Creo que puedo conseguir mis objetivos.
- 43** Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
- 44** Temo no poder controlar mis sentimientos.
- 45** Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 46** Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
- 47** Me siento hinchado 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 disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

- 51** Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53** Pienso en vomitar para perder peso.
- 54** Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
- 55** Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56** Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57** Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58** Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59** Creo que mi 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 disgustado, temo empezar a comer.
- 65** La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66** Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE



HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

Nombre _____

Centro _____

Fecha

/ - / - /
Día Mes Año

Edad

años

Sexo

Varón Mujer

Estatura (cent)

Peso

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

Rodee la opción elegida. Ejemplo

0 1 2 3 **4** 5

1	0 1 2 3 4 5	24	0 1 2 3 4 5	47	0 1 2 3 4 5	69	0 1 2 3 4 5
2	0 1 2 3 4 5	25	0 1 2 3 4 5	48	0 1 2 3 4 5	70	0 1 2 3 4 5
3	0 1 2 3 4 5	26	0 1 2 3 4 5	49	0 1 2 3 4 5	71	0 1 2 3 4 5
4	0 1 2 3 4 5	27	0 1 2 3 4 5	50	0 1 2 3 4 5	72	0 1 2 3 4 5
5	0 1 2 3 4 5	28	0 1 2 3 4 5	51	0 1 2 3 4 5	73	0 1 2 3 4 5
6	0 1 2 3 4 5	29	0 1 2 3 4 5	52	0 1 2 3 4 5	74	0 1 2 3 4 5
7	0 1 2 3 4 5	30	0 1 2 3 4 5	53	0 1 2 3 4 5	75	0 1 2 3 4 5
8	0 1 2 3 4 5	31	0 1 2 3 4 5	54	0 1 2 3 4 5	76	0 1 2 3 4 5
9	0 1 2 3 4 5	32	0 1 2 3 4 5	55	0 1 2 3 4 5	77	0 1 2 3 4 5
10	0 1 2 3 4 5	33	0 1 2 3 4 5	56	0 1 2 3 4 5	78	0 1 2 3 4 5
11	0 1 2 3 4 5	34	0 1 2 3 4 5	57	0 1 2 3 4 5	79	0 1 2 3 4 5
12	0 1 2 3 4 5	35	0 1 2 3 4 5	58	0 1 2 3 4 5	80	0 1 2 3 4 5
13	0 1 2 3 4 5	36	0 1 2 3 4 5	59	0 1 2 3 4 5	81	0 1 2 3 4 5
14	0 1 2 3 4 5	37	0 1 2 3 4 5	60	0 1 2 3 4 5	82	0 1 2 3 4 5
15	0 1 2 3 4 5	38	0 1 2 3 4 5	61	0 1 2 3 4 5	83	0 1 2 3 4 5
16	0 1 2 3 4 5	39	0 1 2 3 4 5	62	0 1 2 3 4 5	84	0 1 2 3 4 5
17	0 1 2 3 4 5	40	0 1 2 3 4 5	63	0 1 2 3 4 5	85	0 1 2 3 4 5
18	0 1 2 3 4 5	41	0 1 2 3 4 5	64	0 1 2 3 4 5	86	0 1 2 3 4 5
19	0 1 2 3 4 5	42	0 1 2 3 4 5	65	0 1 2 3 4 5	87	0 1 2 3 4 5
20	0 1 2 3 4 5	43	0 1 2 3 4 5	66	0 1 2 3 4 5	88	0 1 2 3 4 5
21	0 1 2 3 4 5	44	0 1 2 3 4 5	67	0 1 2 3 4 5	89	0 1 2 3 4 5
22	0 1 2 3 4 5	45	0 1 2 3 4 5	68	0 1 2 3 4 5	90	0 1 2 3 4 5
23	0 1 2 3 4 5	46	0 1 2 3 4 5	69	0 1 2 3 4 5	91	0 1 2 3 4 5

Observaciones del examinador:

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACION QUEDARA INVALIDADA



Autor: David M. Garner, Ph. D.

Copyright © 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, inc.

Copyright © 1997 by TEA Ediciones, S.A. Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 2- 28036 MADRID Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

CONTIENE DE 1 A 30 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA.

- 1 Hago bien los trabajos escolares (profesionales)
- 2 Hago fácilmente amigos
- 3 Tengo miedo de algunas cosas
- 4 Soy muy criticado en casa
- 5 Me cuido físicamente
- 6 Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador
- 7 Soy una persona amigable
- 8 Muchas cosas me ponen nervioso
- 9 Me siento feliz en casa
- 10 Me buscan para realizar actividades deportivas
- 11 Trabajo mucho en clase (en el trabajo)
- 12 Es difícil para mí hacer amigos
- 13 Me asusto con facilidad
- 14 Mi familia está decepcionada de mí
- 15 Me considero elegante
- 16 Mis superiores (profesores) me estiman
- 17 Soy una persona alegre
- 18 Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso
- 19 Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas
- 20 Me gusta como soy físicamente
- 21 Soy un buen trabajador (estudiante)
- 22 Me cuesta hablar con desconocidos
- 23 Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)
- 24 Mis padres me dan confianza
- 25 Soy bueno haciendo deporte
- 26 Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador
- 27 Tengo muchos amigos
- 28 Me siento nervioso
- 29 Me siento querido por mis padres
- 30 Soy una persona atractiva

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN DEBERÁ SER INVÁLIDA

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA
CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS