



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INFLUENCIA EN LAS
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DE LAS ADOLESCENTES
DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO MENOR INDOAMÉRICA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Pulgar Andrade Gabriela Carolina

Tutor: Psc. Rojas Pilalumbo Washington Fabián

Ambato – Ecuador

Mayo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de investigación sobre el tema:

“LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DE LAS ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO MENOR INDOAMÉRICA”, de Pulgar Andrade Gabriela Carolina, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2015

EL TUTOR

Psc. Rojas Pilalumbo Washington Fabián

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DE LAS ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO MENOR INDOAMÉRICA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015

LA AUTORA

Pulgar Andrade Gabriela Carolina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre que esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo del 2015

LA AUTORA

Pulgar Andrade Gabriela Carolina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DE LAS ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO MENOR INDOAMÉRICA”**, de Pulgar Andrade Gabriela Carolina, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Mayo del 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A ti Santiago, amor de mi vida por acompañarme en este camino y la paciencia que tuviste cuando el estudio y el trabajo ocuparon mi esfuerzo y mi tiempo, con tu nobleza, amor e inteligencia me brindaste el apoyo, este logro está dedicado especialmente a nuestro proyecto de vidas juntas.

A mi padre, quien con su nobleza ha sido mi más grande ejemplo de esfuerzo y dedicación. A mi hermosa madre, quien con amor me ha enseñado a tener coraje para enfrentar mis retos y con sus cálidas palabras me ha dado fortaleza ante mis derrotas. A mis hermanos quienes con un incondicional abrazo y su complicidad me han motivado. A mis sobrinos que con su dulzura me han llenado el corazón de alegría en cada momento. A mis familiares y amigos que complementan la exquisitez de esta vida.

Gabriela Pulgar

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de existir y por este aquí y ahora tan maravilloso que me concede, en segundo lugar a mis padres, seres excepcionales que me han brindado su apoyo incondicional desde el inicio hasta el final de esta carrera y han creído siempre en mí, porque si hay alguien detrás de este trabajo son ustedes amados papitos, en tercer lugar a mis maestros quienes generosamente han compartido sus conocimientos y su don de enseñanza conmigo. Finalmente pero no menos importante a mi querida Alma Matter la cual me abrió sus puertas para entregarme una formación integral y prepararme para un futuro competitivo.

Carolina Pulgar

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE GENERAL

A. PÁGINAS PRELIMINARES	Pág.
Portada.....	i
Aprobación del Tutor	ii
Autoría del Trabajo de Grado	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de Contenidos.....	viii
Índice de Cuadros.....	xii
Índice de Gráficos	xiii
Resumen.....	xiv
Summary	xvi

B. TEXTO INTRODUCCIÓN

Introducción	1
--------------------	---

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema	2
1.2. Planteamiento del Problema	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.1.1. Contextualización Macro.....	2
1.2.1.2. Contextualización Meso	3

1.2.1.3.	Contextualización micro.....	4
1.2.2.	Árbol de Problemas.....	6
1.2.3.	Prognosis.....	7
1.2.4.	Formulación del Problema.....	8
1.2.5.	Preguntas Directrices	8
1.2.6.	Delimitación del Problema	9
1.2.6.1.	Delimitación Espacial.....	9
1.2.6.2.	Delimitación Temporal:.....	9
1.2.6.3.	Delimitación Poblacional	9
1.2.6.4.	Delimitación de Contenido.....	9
1.3.	Justificación	9
1.4.	Objetivos	11
1.4.1.	Objetivo General.....	11
1.4.2.	Objetivos Específicos.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes Investigativos.....	12
2.2.	Fundamentación Filosófica.....	14
2.2.1.	Fundamentación Epistemológica	14
2.2.2.	Fundamentación Ontológica	15
2.2.3.	Fundamentación Axiológica	15
2.2.4.	Fundamentación Sociológica	16
2.2.5.	Fundamentación Psicológica	17
2.3.	Categorías Fundamentales	18
2.3.1.	Variable Independiente	21
2.3.2.	Variable Dependiente.....	27
2.4.	Hipótesis	33
2.4.1.	General.....	33
2.4.2.	Particular	33
2.5.	Señalamiento de Variables.....	33

3.1.	Enfoque	34
3.1.1.	Enfoque Cuantitativo	34
3.1.1.1.	Enfoque Cuantitativo	34
3.2.	Modalidad básica de la Investigación	35
3.2.1.	Investigación Bibliográfica-Documental	35
3.2.2.	Investigación de Campo.....	35
3.3.	Tipos o Niveles de Investigación.....	36
3.3.1.	Investigación Exploratoria	36
3.3.2.	Investigación Descriptiva.....	36
3.3.3.	Investigación Explicativa.....	36
3.3.4.	Investigación Correlacional	37
3.4.	Población y Muestra	37
3.5.	Operacionalización de variables	38
3.5.1.	Variable Independiente: Las Distorsiones cognitivas.....	38
3.5.1.	Variable Independiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.....	44
3.6.	Técnicas e Instrumentos.....	48
3.7.	Validez y confiabilidad	48
3.8.	Plan de Recolección de la Información	49
3.9.	Procesamiento de la Información.....	51

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.	Aspecto Sociodemográfico	52
4.2.	Análisis e interpretación del Inventario de Pensamientos Automáticos:	54
4.3.	Análisis e interpretación del Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo.	57
4.4.	Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo del Cruce de Variables.....	59

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones	77
5.2.	Recomendaciones	79

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.	Datos Informativos.....	80
6.2.	Antecedentes de la propuesta.....	81
6.3.	Justificación	83
6.4.	Objetivos	84
6.4.1.	Objetivo General.....	84
6.4.2.	Objetivos Específicos.....	84
6.5.	Análisis de factibilidad	85
6.6.	Fundamentación Científico Técnica	85
6.7.	Modelo Operativo.	102
6.8.	Administración de la propuesta	108
6.9.	Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	110

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía	111
Anexos	117

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Población y Muestra	37
Cuadro N° 2: Operacionalización de Variables – Distorsiones Cognitivas.....	44
Cuadro N° 3: Operacionalización de Variables – Conductas Alimentarias de Riesgo.....	47
Cuadro N° 4: Recolección de la Información.....	49
Cuadro N° 5: Datos sociodemográficos.....	52
Cuadro N° 6: Análisis cuantitativo del Inventario.....	54
Cuadro N° 7: Análisis cualitativo del Inventario.....	54
Cuadro N° 8: Conducta alimentaria de Riesgo.....	57
Cuadro N° 9: Análisis e interpretación del cuestionario.....	57
Cuadro N° 10: Conductas alimentarias y distorsiones cognitivas	59
Cuadro N° 11: Descripción de pensamientos automáticos.....	91
Cuadro N° 12: Modelo Operativo de la Propuesta	106
Cuadro N° 13: Cronograma de aplicación y evaluación de la propuesta	107
Cuadro N° 14: Recursos humanos	108
Cuadro N° 15: Recursos Físicos o Institucionales.....	108
Cuadro N° 16: Recursos materiales	109
Cuadro N° 17: Otros Recursos	109
Cuadro N° 18: Presupuesto financiero.....	109
Cuadro N° 19: Plan de evaluación de la propuesta.....	110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Árbol de Problemas	6
Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales.....	18
Gráfico N° 3: Constelación de Ideas – Variable Independiente.....	19
Gráfico N° 4: Constelación de Ideas – Variable Dependiente	20
Gráfico N° 5: Datos sociodemográficos.....	52
Gráfico N° 6: Análisis cuantitativo y cualitativo del inventario	55
Gráfico N° 7: Conducta alimentaria de riesgo	57
Gráfico N° 8: Representación en barras distorsiones cognitivas	60
Gráfico N° 9: Filtraje.....	60
Gráfico N° 10: Pensamiento polarizado.....	62
Gráfico N° 11: Sobre generalización	63
Gráfico N° 12: Interpretación del pensamiento.....	64
Gráfico N° 13: Visión catastrófica	65
Gráfico N° 14: Falacia de control	66
Gráfico N° 15: Falacia de Justicia.....	67
Gráfico N° 16: Razonamiento Emocional.....	68
Gráfico N° 17: Falacia de Cambio	69
Gráfico N° 18: Etiquetas globales	70
Gráfico N° 19: Culpa.....	71
Gráfico N° 20: Los Deberías	72
Gráfico N° 21: Falacia de Razón.....	73
Gráfico N° 22: Recompensa Divina.....	74
Gráfico N° 23: Ninguna Distorsión.....	75
Gráfico N° 24: Cálculo del chi cuadrado	76
Gráfico N° 25: Modelo cognitivo.....	90

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLÓGIA CLÍNICA

**“LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INFLUENCIA EN LAS
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DE LAS ADOLESCENTES
DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO MENOR INDOAMÉRICA”**

Autora: Pulgar Andrade Gabriela Carolina

Tutor: Psc. Rojas Pilalumbo Washington Fabián

Fecha: Mayo del 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo está basado en profundizar conceptos relacionados a las distorsiones cognitivas en las adolescentes del Colegio Menor Indoamérica, de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua, puesto que se ha evidenciado conductas alimentarias de riesgo en las estudiantes, las mismas que pasan desapercibidas en el ámbito educativo en el que se desenvuelven a diario por lo que existe una tendencia a normalizar estas prácticas que constituyen un factor precipitante de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Esta investigación va dirigida a concientizar sobre el papel que juega y la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo evitando que a posterior se conviertan en un trastorno alimenticio propiamente dicho y al mismo tiempo proporciona herramientas para la prevención y modificación de las distorsiones cognitivas dentro de la comunidad educativa.

Esta investigación va dirigida a concientizar sobre el papel que juega y la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo, evitando que a posterior se conviertan en un trastorno alimenticio propiamente dicho y al mismo tiempo proporciona herramientas para la prevención y modificación de las distorsiones cognitivas dentro de la comunidad educativa.

PALABRAS CLAVES: DISTORSIONES_COGNITIVAS,
CONDUCTAS_ALIMENTARIAS, TERAPIA_COGNITIVA,
TERAPIA_CONDUCTUAL, ADOLESCENTES.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY
"COGNITIVE ARTIFACTS AND ITS INFLUENCE ON THE FOOD
CONDUCT OF RISK, THE BACHELOR OF TEEN SCHOOL CHILD
INDOAMERICA"

Author: Pulgar Andrade Gabriela Carolina

Tutor: Psc. Rojas Pilalumbo Washington Fabián

Date: March, 2015

SUMMARY

This research work is based on deeper concepts related to cognitive distortions in adolescents Juvenile Indoamérica College, as is evidenced disordered eating, the same that go unnoticed in education so it has a tendency to normalize these practices that constitute a precipitating factor disorders Eating Disorders.

This research is aimed at raising awareness about the importance of cognitive processes in the development of disordered eating and also provides tools for prevention within the educational community.

KEYWORDS: Cognitive distortions. Disordered eating, CAR, cognitive behavioral therapy, teenagers.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en Ecuador, existe pocas investigaciones sobre las conductas alimentarias y su relación con las distorsiones cognitivas de los adolescentes. Es por ello que es necesario realizar una investigación al respecto.

En las adolescentes del bachillerato del Colegio Menor Indoamérica del Cantón Ambato, Provincia Tungurahua, se ha evidenciado la presencia de errores o sesgos cognitivos, llamados “distorsiones cognitivas”, un factor central en la aparición, desarrollo y mantenimiento, de conductas alimentarias inadecuadas que lleva a las estudiantes a comer en exceso o a privarse de la alimentación constituyendo un factor de riesgo de trastornos alimentarios.

Por lo tanto esta investigación apunta a la siguiente interrogante ¿Influyen las Distorsiones Cognitivas en la presencia de conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes?; ya que la estructura cognitiva de las personas determina sus afectos y conducta, una dinámica constante para la concepción de sí misma y del mundo. El objetivo de este estudio fue el determinar la presencia de distorsiones cognitivas que se relacionan directamente con las conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes.

Las conductas que se han considerado como de riesgo en este estudio incluyen la práctica de dietas y ayunos, la práctica de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito auto-provocado, todo ello con el fin consciente de perder peso.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema

LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, DE LAS ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO MENOR INDOAMÉRICA.

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Contextualización

1.2.1.1. Contextualización Macro

En Europa, Cash y Henry; 1995, “encontraron que un 48% de mujeres adultas de países como Francia e Italia evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso” (Espina, Asunción, & Ochoa, 2011, pág. 533)

En España en la ciudad de Madrid, destacan los datos encontrados, “en una muestra de 4334 adolescentes, sobre el riesgo de padecer una conducta alimentaria de riesgo encontrando que entre las edades de 15 y 20 años (1776 chicos y 2259 chicas), el 2.2% de los adolescentes y el 15.3% de las adolescentes, presentaban conductas de riesgo asociadas a la dieta y/o conductas purgativas” (Gandarillas & Bordejé, 2010, pág. 3).

“En un estudio reciente en niños de 9 a 14 años, en los Estados Unidos, determinó que el 7,1% de los varones y el 13,4% de las niñas mostraban conducta relacionada con problemas alimentarios. Otro estudio en niños que cursaban del 3º

a 6° grado, reportó que el 45% querían ser más delgados, el 39% había tratado de perder peso y el 6,9% estaba en el grupo de alto riesgo para desordenes de conducta alimentaria tempranas edades” (Nazario, 2012).

1.2.1.2. Contextualización Meso

En América Latina esta problemática se ha extendido en los últimos años. Así tenemos que en México, de acuerdo con la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el Instituto de Salud Pública (INSP), existen algunas prácticas de riesgo que en los últimos tiempos se han convertido en una moda principalmente en la población joven, tal como la práctica de ayunos, dietas, exceso de ejercicio para bajar de peso, la encuesta realizada a 25.056 adolescentes de entre 10 y 19 años, arroja que el 3.2% de ellos practico algún tipo de conducta alimentaria en riesgo en los últimos 3 meses, aunque en menor proporción el vómito inducido, y la ingesta de medicamentos. La práctica de estas conductas alimentarias afectan a las mujeres en mayor proporción, sobre todo entre los 16 a 19 años. (Zaragoza, 2012, pág. 7)

Según Braun (1997) “el 18.3% de los encuestados dijeron que les preocupa engordar o perder el control para comer. Aunque con manifestaciones diferenciadas, las conductas alimentarias de riesgo afectan principalmente a las mujeres, pero estudios recientes han señalado un incremento de estas conductas en la población masculina” (García, 2010, pág. 19).

“Las conductas alimentarias consideradas como de riesgo incluyen una frecuencia del 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 17% para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 % para el vómito auto-provocado, en una población mexicana con muestra del Distrito Federal” (Rodríguez & Fuentes, 2011, pág. 4).

En Colombia, elaboraron un estudio para determinar la prevalencia y las percepciones de riesgo asociadas a Trastornos Alimentarios, por lo que tomaron una muestra de 198 mujeres adolescentes de Cali, Colombia, que tenían entre 10 y 18 años. En dicha población se encontró que sólo 2.5% de las entrevistadas reportaron el empleo de agua y laxantes para adelgazar; no obstante 5.6% reportaron uso de pastillas para adelgazar y 7.1% refirieron vomitar como medida para reducir peso. Además las adolescentes observan que a sus amigos, pares y compañeros en un 79.3% les preocupa engordar siendo esta proporción similar a lo encontrado a nivel individual 76.6% y

para controlar esto, refirieron que 75.6% realizan ejercicio y 72.1% dieta. (Mina & Rodríguez, 2010)

1.2.1.3. Contextualización micro

En Ecuador en el estudio realizado Morales; Andrea “Conductas de Riesgo frente a la Anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del Instituto Tecnológico Superior “República del Ecuador” ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura durante el período septiembre 2011 – octubre 2012”, “en 305 adolescente se concluye que el 27% de la población presentan una inconformidad relacionada con su peso y la forma de su cuerpo es una manera de canalizar problemas emocionales como un nivel de autoestima muy bajo debido a las actitudes y pensamientos negativos que tiene hacia su cuerpo y hacia sí misma” (Morales, 2012, pág. 56).

En la capital de Ecuador, MEJÍA; Rosa Mercedes, 2011 presenta en su estudio “Influencia de la práctica de conductas alimentarias de riesgo y la autopercepción de la imagen corporal sobre la posibilidad de desarrollar trastornos alimenticios en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador” esta investigación fue realizada en 129 estudiantes (40 hombres y 89 mujeres), entre las edades de 18 y 25 años. En cuanto a la autopercepción de la imagen corporal se determinó que el 71% de los estudiantes se autoperciben de una manera errónea con relación a su Índice de Masa Corporal real. De acuerdo al sexo, el 77,5% de los hombres se autoperciben de manera incorrecta en relación al 68,5% de mujeres. El 30% de los encuestados presenta riesgo de padecer algún trastorno alimenticio; de este porcentaje cerca del 37% pertenece al género femenino y un 15% al género masculino. Referente a la práctica de conductas alimentarias de riesgo las mujeres las realizan con mayor frecuencia que los hombres. (Mejia, 2011, pág. 63)

“En los últimos años en el país se ha incrementado los casos de Trastornos Alimenticios a 28.866 en particular con un índice muy alto en la provincia de Tungurahua 20.022 casos” (INEC, 2010). De los cuales el 25% no presentan un diagnóstico adecuado, lo cual indica Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE), para aquellos trastornos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos específicos lo que podría considerar como conductas alimentarias de riesgo.

Específicamente en la ciudad de Ambato, no se ha encontrado estudios que evidencien resultados cuanti-cualitativos de la presente investigación. En la institución donde se realiza la investigación no existe información de estudios similares, sin embargo en el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil se han reportado varios casos de estudiantes con problemas de conducta alimentaria, de las cuales no se tiene un registro específico de la epidemiología presente.

1.2.2. Árbol de Problemas

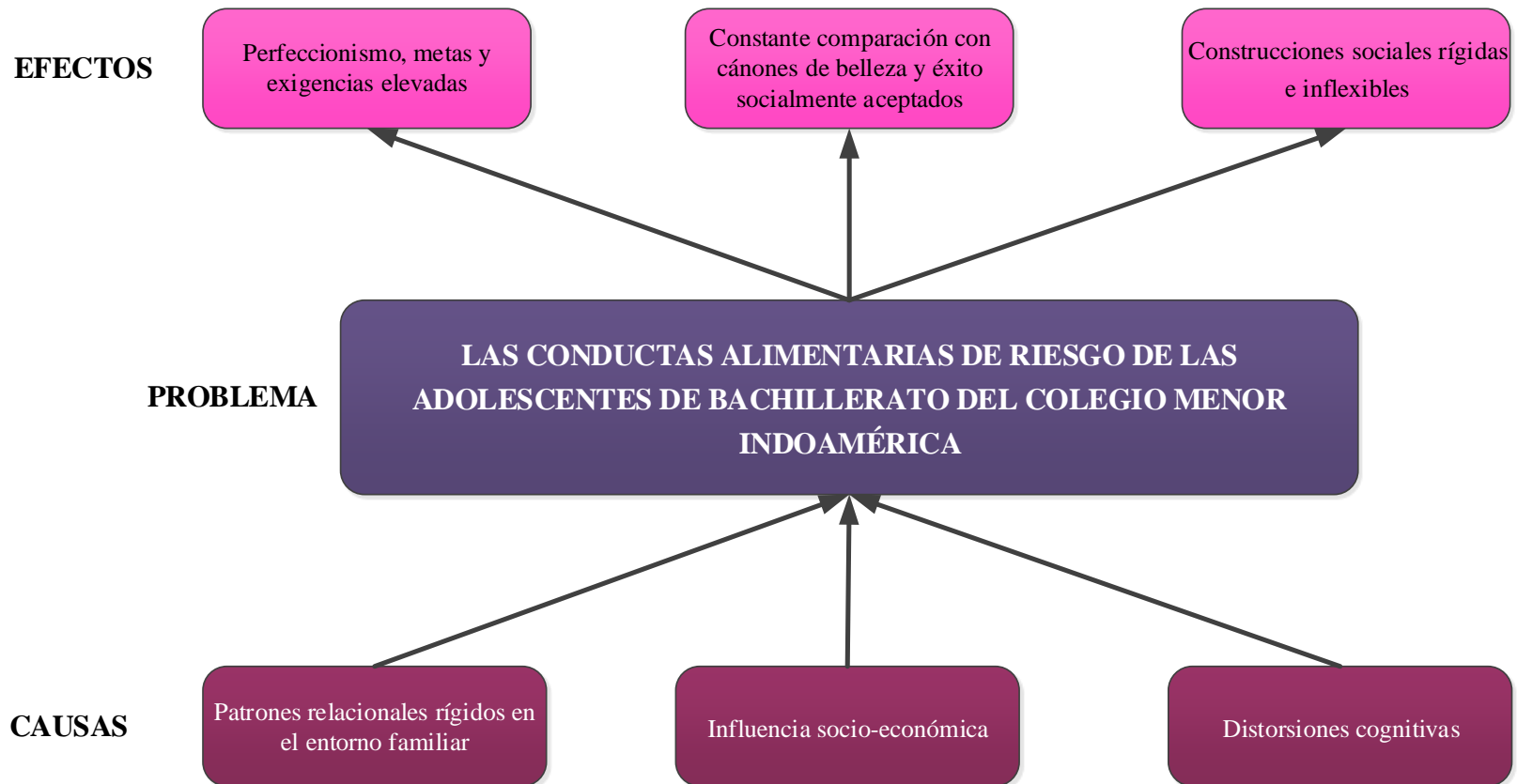


Gráfico N° 1: Árbol de Problemas
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade

Análisis Crítico

Partiendo de que la familia es la base para el desarrollo del individuo, se entiende que personas con familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Muchas veces en estas familias no se muestran sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Esto genera que los adolescentes aprenden derivado de ello a no mostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y tienden a ser perfeccionistas en sus cosas, así como imponerse metas y exigencias elevadas que constantemente viven tratando de alcanzar.

Dentro de los factores sociales los medios de comunicación juegan un papel fundamental en estos casos, ya que en ellos se asocia lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto y lo bello. Las personas que no son delgadas son asociadas con el fracaso, por lo cual las adolescentes viven en una constante comparación con estos prototipos que la sociedad les impone para determinar cuan buenos y aceptados son.

Las distorsiones cognitivas, es un factor determinante en la aparición de las conductas alimentarias de riesgo, ya que generan un sistema de creencias rígidas e inflexibles para evaluarse a sí mismo y a su entorno dando como resultado expectativas sobrevaloradas y poco realistas

1.2.3. Prognosis

A pesar de la cantidad de estudios sobre las conductas alimentarias, todavía hoy se desconocen muchos aspectos de la naturaleza y etiología de los mismos, al no considerar que las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes se derivan principalmente de sus creencias, se propiciara a un descuido importante del área cognitiva que el psicólogo debe tomar en cuenta y por ende un mantenimiento de estas ideas irracionales tornándose cada vez más inflexibles y rígidas

principalmente en la adolescencia cuando comienza un periodo evolutivo en donde se tiende a desarrollar un sentido de pertenencia y valoración, al tiempo que se evita una crisis de identidad falta de aceptación.

Aun sin llegar a ser casos de TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) las personas que presentan conductas alimentarias de riesgo generan dificultades que impedirán un desarrollo adecuado a su entorno familiar y social, lo cual genera un índice alto de las patologías alimentarias y que conjuntamente con otros factores predisponentes podrían desencadenar en un futuro trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos.

Trabajar solamente las conductas dejaría de lado un aspecto importante y determinante como son las cogniciones, reduciendo a un mecanicismo que intentaría desaprender dichas conductas con estrategias punitivas y aversivas, excluyendo el componente reflexivo para una comprensión de la problemática a partir de la racionalización.

1.2.4. Formulación del Problema

¿Tienen las Distorsiones Cognitivas influencia en las Conductas Alimentarias De Riesgo de las adolescentes del Colegio Menor Indoamérica?

1.2.5. Preguntas Directrices

- ¿Cuáles son las principales Distorsiones Cognitivas en la adolescencia?
- ¿Qué Conductas Alimentarias De Riesgo presentan los adolescentes?
- ¿Es posible solucionar el problema?

1.2.6. Delimitación del Problema

1.2.6.1. Delimitación Espacial

La investigación se realizara en el en el Colegio Menor Indoamérica de la ciudad de Ambato ubicado en la Av. Manuelita Sáenz y Víctor Hugo

1.2.6.2. Delimitación Temporal:

El trabajo de investigación se realizará en el tiempo correspondiente a los meses de Marzo del 2014 a Agosto del 2014.

1.2.6.3. Delimitación Poblacional

El estudio se realizará a estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato del Colegio Menor Indoamérica.

1.2.6.4. Delimitación de Contenido.

Campo: Psicología Clínica

Área: Corriente Cognitiva Conductual

Aspecto: Distorsiones cognitivas y su influencia en las conductas alimentarias de riesgo.

1.3. Justificación

El **interés** de la investigación de este tema surge de la necesidad de detectar patrones cognitivos que pueden generar conductas de riesgo en el plano de la alimentación para poder realizar un diagnóstico precoz y una intervención adecuada.

En vista de que día a día se da un incremento de conductas alimentarias riesgosas derivadas de una “obsesión cultural” desarrollando un problema de salud que afecta directamente y en gran medida a la auto-percepción del individuo y su desenvolvimiento en su entorno.

Este estudio es de gran **importancia** ya que permite identificar conductas de riesgo que predominan en la comunidad estudiantil, para posteriormente limitar el daño y las posibles complicaciones, además proporciona datos suficientes para considerar un aspecto preventivo en este tipo de conductas, generando medidas pertinentes en esta situación.

El presente trabajo profundiza el conocimiento de la naturaleza humana y su constante interrelación, mediante la evaluación y análisis de la comorbilidad existente entre cognición - conducta y así mejorar el entendimiento de los mecanismos psicopatológicos de las personas.

A más de ello el tema investigado es **original** ya que dentro de la universidad no se ha realizado un estudio que ponga en evidencia esta clase de situaciones siendo de gran utilidad para aplicarse en estudios con poblaciones más amplias debido a que proporciona datos específicos y concretos.

Los **beneficiados** directos serán las adolescentes que pertenecen a el Colegio Menor Indoamérica, durante el periodo Marzo-Agosto 2014 que presentan estas distorsiones cognitivas principalmente, para que posteriormente sean las autoridades, profesores y maestros quienes tengan pleno conocimiento del tema.

Es **factible** ya que los estudios realizados revelan la necesidad de establecer vías de intervención que permitirán un manejo adecuado y completo de este tipo de situaciones, para lo cual se llevara a cabo un proceso de autofinanciamiento.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Analizar la influencia que tienen las Distorsiones Cognitivas en las Conductas Alimentarias de Riesgo de las adolescentes del bachillerato del colegio Menor Indoamérica.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Investigar las principales Distorsiones Cognitivas de las adolescentes del bachillerato del Colegio Menor Indoamérica.
- Detectar las Conductas Alimentarias de Riesgo que presentan las adolescentes del bachillerato producto de las distorsiones cognitivas del Colegio Menor Indoamérica.
- Generar una propuesta de solución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Tras la indagación de investigaciones previas que sustenten o sirvan de base para la ejecución del presente proyecto de investigación, en los archivos institucionales de la Universidad Técnica de Ambato, particularmente en la biblioteca universitaria, podemos decir que si se ha encontrado trabajos que guardan relación con lo expuesto sobre la mesa de trabajo, gran parte tiene relación con una de nuestras variables que es las conductas alimentarias, pero no necesariamente tratan de la influencia que tienen las distorsiones cognitivas, sino más bien, todos se enfocan en otras áreas tales como:

En la Universidad de Vigo, España un estudio realizado por FERNÁNDEZ, María (2002); “Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios”.

Conclusiones

- Describe a las adolescentes influenciadas por una determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea, llevándolas a desarrollar una preocupación excesiva por su cuerpo lo que conduce a conductas alimentarias de riesgo.
- Entre los resultados concluye que las mujeres preocupadas por el peso y la imagen corporal, recurren a las dietas para alcanzar el peso ideal. Siendo el colectivo de chicas las que presentan en mayor medida tanto variables cognoscitivas como comportamentales de riesgo.

- La prevalencia de las CAR es mayor, comparada con la de los trastornos alimentarios. En México existen reportes para el 2004, que señalan que del 5 al 18% de las mujeres adolescentes estudiantes universitarias y de bachillerato presentaron alguna CAR asociada a TCA
- La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 29 reporta algunas CAR en adolescentes y jóvenes, en donde 18.3% reconoció que tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiados alimentos o bien perdieron el control para comer; 3.2% practica dietas, ayunos y ejercicio excesivo con el objetivo de bajar de peso, y confirmó que las mujeres se ven afectadas en mayor proporción, sobre todo aquellas de 16 a 19 años de edad.

En la Universidad Autónoma de México DE LA VEGA Rocío y Otros (2012) en su estudio; “Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo”.

Conclusiones:

- Reporta la influencia de los constructos cognitivos en el mantenimiento de estas conductas alimentarias en riesgo las cuales con la intervención de la terapia Cognitiva Conductual, en conductas como la alimentación compulsiva y dieta restrictiva, disminuyeron notablemente con la reestructuración de los pensamientos negativos hacia los alimentos y modificando sus hábitos alimentarios, encontrando un índice de masa corporal adecuado.
- Estudios entre estudiantes escolarizados de diez países del Caribe pusieron de manifiesto que el 31% de ellos no está satisfecho con su peso. Alrededor de una sexta parte ha usado al menos un método para perder peso, incluyendo dieta o ejercicio (15%), laxantes (15%), vómitos inducidos (8%) o pastillas para adelgazar (6%) (UNICEF 2002).

En la Pontificia Universidad Católica, Ecuador SAMANIEGO; María del Pilar (2011) el tema; “detección de riesgo para adquirir Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante la aplicación del instrumento EAT-40 y su Relación con el

IMC en mujeres adolescentes de la Unidad Educativa Experimental “La Dolorosa”, de la ciudad de Quito, en el período de octubre a diciembre de 2010”.

Conclusiones:

- Aporta conocimientos acerca del riesgo de padecer un Trastorno de Conducta Alimentarias (TCA) que se incrementa a medida que crecen los adolescentes, encontrando en los cursos superiores que la preocupación por la salud, y el sobrepeso, se transforman en una inconformidad personal, por lo que en algunas ocasiones, las adolescentes comienzan a realizar dietas poco saludables que las llevan a desarrollar conductas desordenadas con la alimentación.

2.2. Fundamentación Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales. Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales y es propositivo cuando no se detiene en la investigación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos. La interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos. La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento.

2.2.1. Fundamentación Epistemológica

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara a hacia una positiva asimilación proyectiva de la

identidad nacional. En este trabajo la ciencia se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento del ser.

2.2.2. Fundamentación Ontológica

En este trabajo se fundamenta en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad. Este tipo de persona que se pretende formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos.

Tener una actitud de afirmación hacia la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona. La familia, la escuela, la sociedad, tiene el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

2.2.3. Fundamentación Axiológica

El desarrollo integral del ser humano basado en la práctica de los valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que formen su carácter y su personalidad y estén en capacidad de formar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones futuras, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

2.2.4. Fundamentación Sociológica

La investigación se fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia la trascendencia entre el tiempo y el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio dos o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante. Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancias son influidas por formas sociales dentro de las cuales tiene efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y social.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización demarcada, creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas. La exigencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la planetarización de las manifestaciones culturales, sociales, y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familia-aprendizaje con el afán de la interrelación transformadora. Además por ser comprometida con valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa. Optamos por una pedagogía integral y comprometida con el desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

2.2.5. Fundamentación Psicológica

La psicología cognitivo – conductual es una disciplina científica, la eficacia de las técnicas y la veracidad de los modelos se basan en datos experimentales. En el mismo orden, el Modelo Cognitivo Conductual se caracteriza por ser breve, se centra en el presente, en la problemática planteada y en su solución.

El concepto de estructura cognitiva hace referencia a la constitución del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática de nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y meta personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los patrones conductuales serían las consecuencias de los esquemas cognitivos como un intercambio y retroalimentación constante entre pensamiento y acción, lo que indicaría ciertas actitudes y hábitos que el ser humano desarrolla en diferentes circunstancias o situaciones tendiendo a ser calificadas como racionales o irracionales.

“El modelo de terapia cognitiva de Beck mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales, maneras que conforman distorsiones cognitivas” (Ruiz, 2011). Las "distorsiones cognitivas" se producen por una interacción cognitiva que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos. Siendo los pensamientos automáticos lo que está visible en la conducta del individuo, y más accesible a su conciencia, el proceso cognitivo conllevaría principalmente a identificarlos, evaluarlos, rebatirlos, y modificarlos por nuevos pensamientos.

Para tal objetivo existen varias técnicas entre las que destacan: el diálogo socrático (mayéutica), la disonancia y la reestructuración cognitiva como las más eficaces.

2.3. Categorías Fundamentales

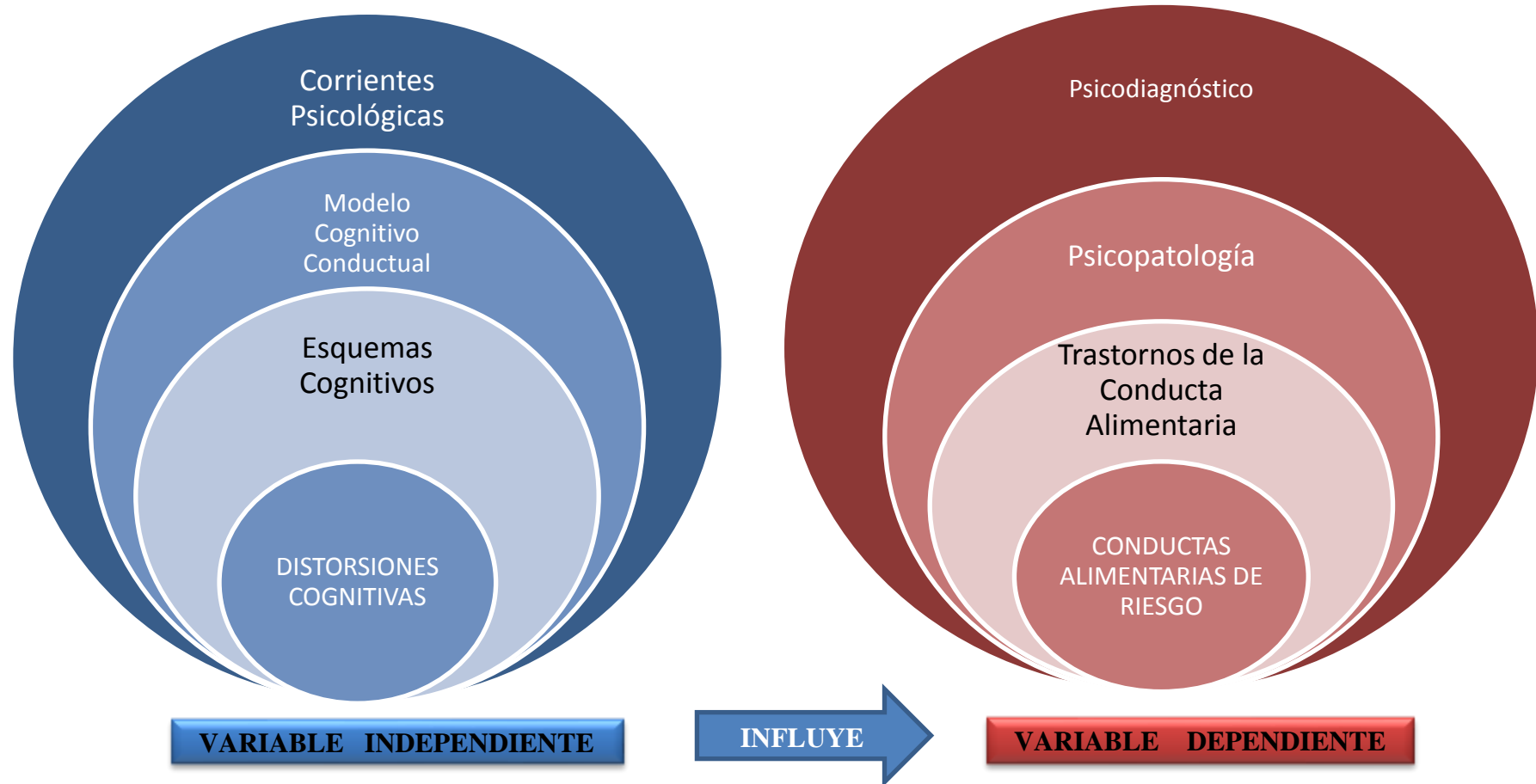


Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade

CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: DISTORSIONES COGNITIVAS

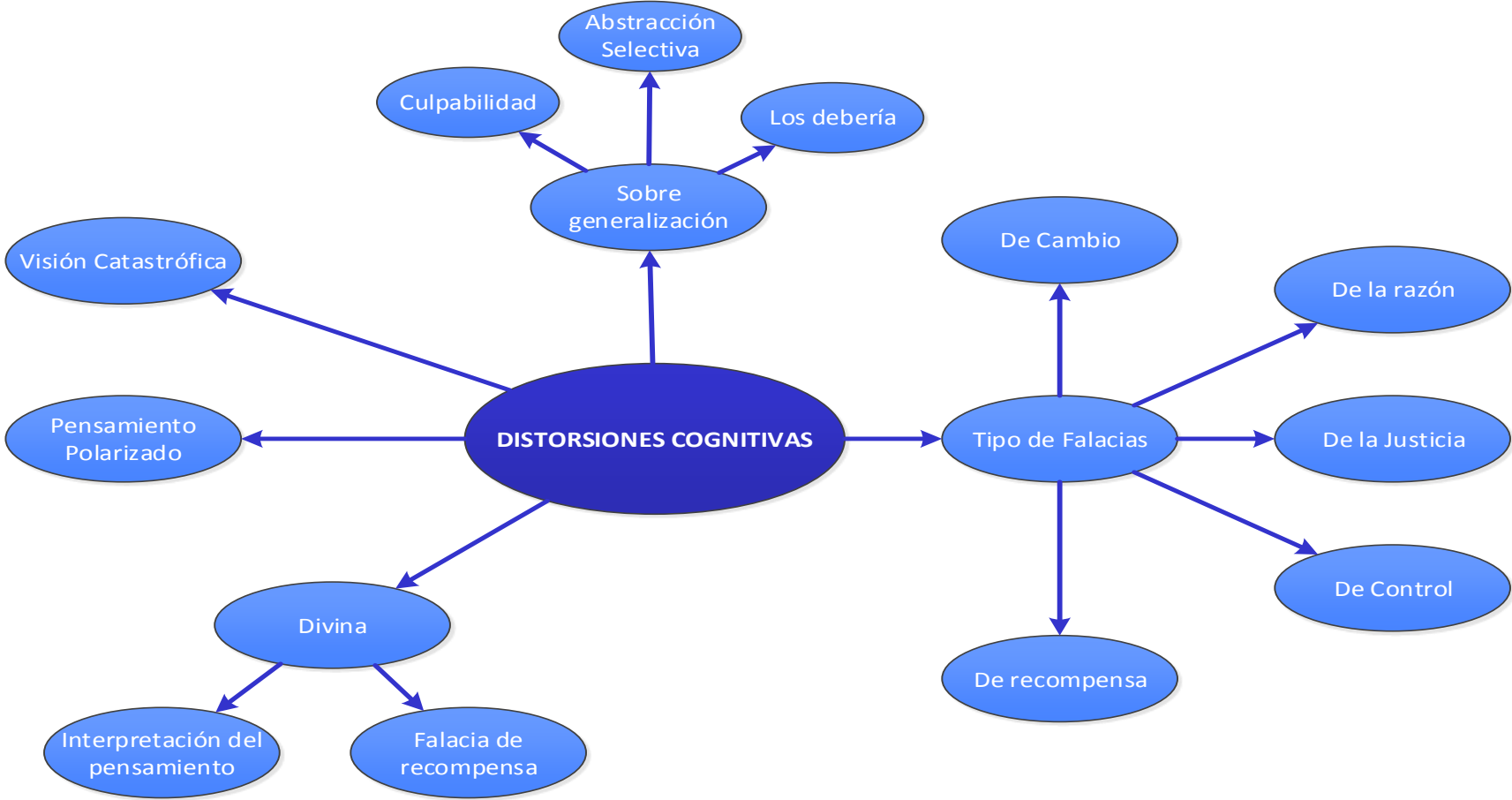


Gráfico N° 3: Constelación de Ideas – Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade

CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

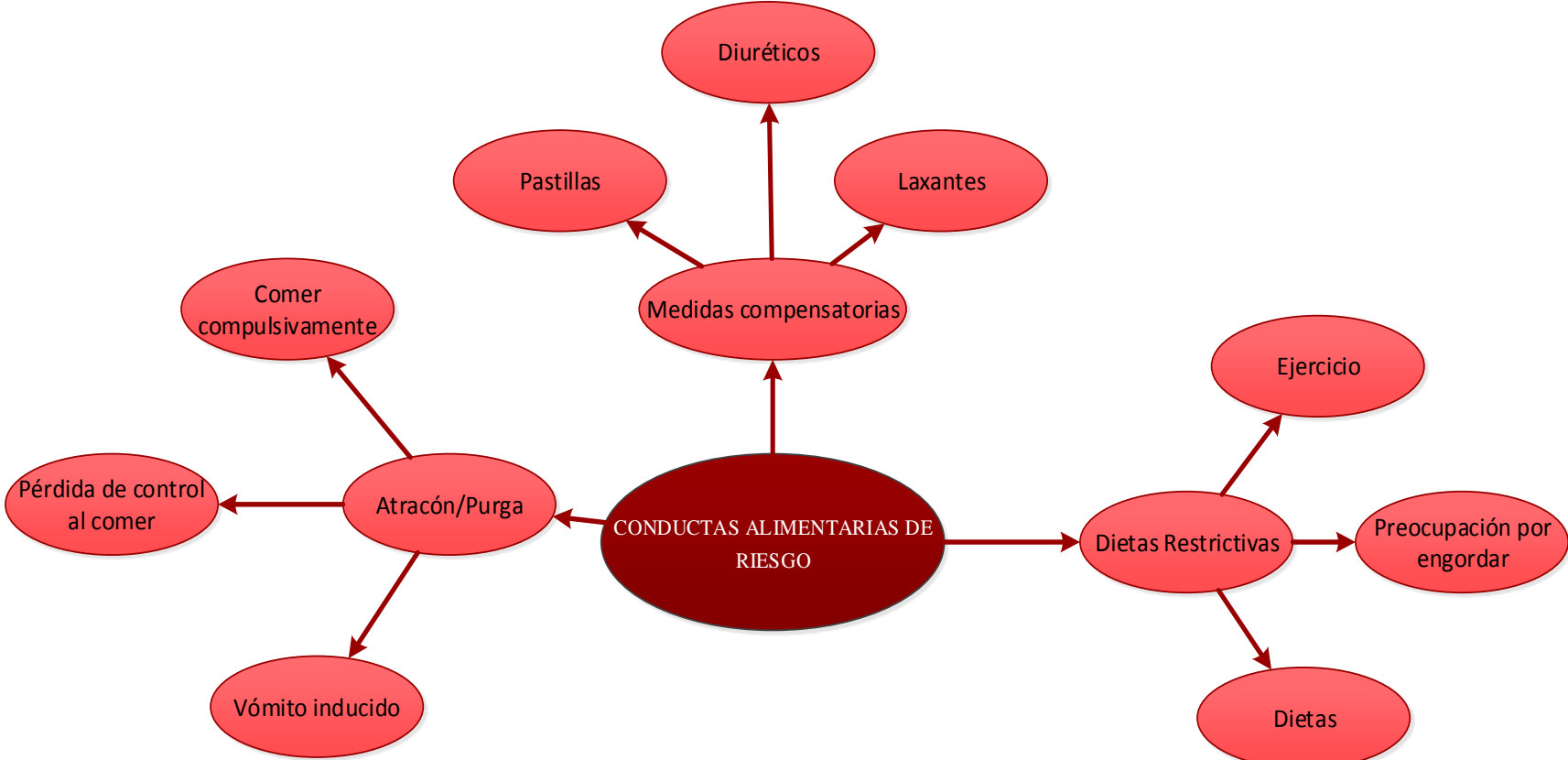


Gráfico N° 4: Constelación de Ideas – Variable Dependiente
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade

2.3.1. Variable Independiente

CORRIENTES PSICOLÓGICAS

La psicología tiene como objetivo entender la conducta en toda su diversidad. Los primeros psicólogos así como los contemporáneos, han podido observar y estudiar partes relativamente reducidas de la realidad total. Algunos psicólogos o grupos de ellos han dado mayor importancia a ciertos aspectos limitados de la conducta hasta el punto de inclinarse a interpretar todo fenómeno psicológico de acuerdo con sus propios intereses.

A estas interpretaciones se las llama absolutas corrientes de la psicología. A continuación se describe las principales:

Psicoanálisis

Esta corriente está basada en un método específico para investigar los procesos mentales inconscientes y a la vez como un enfoque de la psicoterapia. El término se refiere también a la estructuración sistemática de la teoría psicoanalítica, basada en la relación entre los procesos mentales conscientes e inconscientes. Su presupuesto teórico sostiene que el hombre posee 3 estructuras de la personalidad que son: el yo, el ello y el súper yo, así como 3 niveles de conciencia: consciente, preconscious e inconsciente. “La vía regia para llegar al inconsciente son los sueños los cuales son deseos reprimidos” (Mejía, 2011, pág. 2).

Los principales progenitores de esta corriente son: Sigmund Freud, Adler, Jung, Reich, Sullivan, Horney, ErchFrom, Erikson.

Humanismo

Esta corriente se fundamenta en un sentido amplio, enfocándose en el sentimiento individual, y colectivo de una civilización en la que se destaca de manera

prominente la admiración, exaltación y elogio de la figura humana y el Hombre, entendido este no como figura masculina, sino como género humano, en que florecen la cultura, el deporte, el arte y todo el quehacer humano se vuelve trascendente.

“La psicología humanista destaca la capacidad humana de elegir y tomar decisiones. Su objeto de estudio se centra en el desarrollo de las potencialidades de la persona para tener una vida plena, autorrealización” (Escobar & Santi, 2013, pág. 14). Su presupuesto teórico describe la concepción del ser humano como: “1- Bueno por naturaleza, orientado al bien y a la máxima realización y 2- Libre para decidir y controlar su destino” (Marrero, 2012).

Sus principales autores son: William James, Abraham Maslow, Carl Rogers, Medar Boss, Rollo May, Victor Frankl, Eric Fromm, Ronald Laing, Weinstren, Hamachok, Sebastián.

Conductismo

“El principal fundamento de esta corriente está basado en que a un estímulo le sigue una respuesta, siendo esta el resultado de la interacción entre el organismo que recibe el estímulo y el medio ambiente” (Martínez, 2014, pág. 2). Su objeto de estudio principal es la conducta. Su fundamento teórico consiste en modificar las conductas en el sentido deseado, proporcionando los estímulos adecuados en el momento oportuno. Esta corriente utiliza como enfoque metodológico el método científico experimental. Sus principales exponentes son: Pavlov, Thorndike, Watson, Tolman Hull, Skinner Bandura, Bloom, Gagne.

Cognoscitivismo

Esta corriente concibe al individuo como un sujeto active en contacto con el medio, racionalista mentalista y con un enfoque interaccionista. “Tiene como objeto de estudio los procesos mentales” (Mújica, 2013, pág. 2). Su presupuesto

teórico emplea constructos hipotéticos para explicar el funcionamiento del aparato mental. Su enfoque metodológico conjuga datos empíricos con análisis teórico.

Los principales representantes son: Tolman, Bandura, Gayne, Kolpe, Wertheimer, Kohler, Piaget, Burner, Gardner, Ausbel.

MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

“Se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afecta a sus sentimientos y a su conducta” (Ruiz, 2011). Se basa también en el “método científico de investigación de los resultados del tratamiento y en un modelo de la terapia basado en la colaboración del paciente con su terapeuta que tiene como fin el entendimiento de los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas” (Benenti, 2011, pág. 11).

“Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Los componentes cognitivos como lo son los pensamientos, imágenes y creencias son importantes para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva trabaja para realizar cambios en este nivel” (Ramírez, 2012, pág. 16).

Todos estos factores se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas, es decir, el significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos.

Existe un equilibrio entre lo emocional y lo racional, en el que la emoción alimenta y da forma a las funciones racionales y cognitivas y esto a su vez ajusta y a veces censura las entradas procedentes de las emociones. “El sentido común permite una introspección y una racionalización así como una determinación de lo que está pasando a su alrededor” (Morgan, 2011, pág. 17).

EL ESQUEMA COGNITIVO

“Son las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria. Representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo” (Beck, 2012, pág. 7).

Afectan de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. “Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos” (Bados & García, 2010, pág. 5).

La estructura cognitiva está determinada por los siguientes procesos:

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Las creencias más centrales o *creencias nucleares* son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas *creencias intermedias*, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos. (CATREC, 2013)

DISTORSIONES COGNITIVAS

Son definidas, como “errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos”. “En

base a ello se plantea que las emociones y conductas de las personas están influenciadas por su percepción de los eventos, de modo tal que al existir una interpretación errada del hecho afecta las emociones y por consiguiente el comportamiento del individuo ante determinada situación” (Pereira & Romero, 2011, pág. 24).

Las distorsiones cognitivas son consideradas errores lógicos en la forma de pensar, creencias que el sujeto da por ciertas pero que en realidad son parcial o totalmente falsas, actúan de forma significativa en la percepción que el sujeto posee afectando de tal manera su comportamiento.

Luzuriaga, Daniela (2010) manifiesta que: las distorsiones cognitivas comúnmente causan emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por:

- a) Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- b) Llevar a (o implicar) comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- c) Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- d) Asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas. (pág. 14)

“Existe una clara relación entre los pensamientos de la persona, (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta, según sea el caso” (Beck, 2011)

Se pueden distinguir las siguientes distorsiones cognitivas o como también suelen llamarse distorsiones del pensamiento a saber:

1. **Sobre-generalización:** Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente, el sobre-generalización consiste en extraer una

conclusión general de un simple incidente. Sobre-generalizamos cuando decimos “nadie me quiere”; “nunca tendré otra oportunidad”.

2. **Visión Catastrófica:** Hace referencia a un sobre-énfasis irreal en las consecuencias más negativas y displacenteras de una situación actual o potencial, su manifestación característica es la expresión: “y si” ¿y si salgo a la calle y me atracan...?. Es la tendencia a esperar siempre lo peor.
3. **Pensamiento Polarizado o Pensamiento de Todo o Nada:** Conlleva el englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas; bueno-malo, aceptación-rechazo, y así por consiguiente, no admiten matices intermedios; “esta forma de pensamiento está en la raíz del perfeccionismo”; uno ha de ser perfecto o es un fracasado.
4. **La Abstracción Selectiva o Filtro Mental:** Consiste en focalizar un detalle del contexto (por lo general un aspecto negativo y lo exageramos), a la vez que se hace a un lado el significado de la situación total. Conocida también como la “descalificación de lo positivo”.
5. **La Personalización:** Es tomar los aspectos de una situación a un nivel personal innecesario. La persona se considera el centro del universo y cree que todo lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia ella.
6. **Razonamiento Emocional:** Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente. Tomamos los sentimientos como hechos o verdad.
7. **Falacia de Justicia:** Son códigos personales de justicia, que dictan a la persona en cada momento lo que “debería” y “no debería” ser; lo decepcionante e irritante es que los demás parecen guiarse por códigos diferentes.
8. **Los Deberías:** Son auto-mandatos imperiosos que representan requerimientos normativos excesivos (a menudo perfeccionistas), así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y /o eventos del diario vivir.
9. **Falacia de Control:** Consiste en cómo la persona se ve a sí misma de manera extrema acerca del grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida.
10. **Falacia de Recompensa Divina:** Tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual.
11. **Falacia de la Razón:** Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan.
12. **Falacia de Cambio:** Actitud en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta. Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".
13. **Interpretación del Pensamiento:** Consiste en creer adivinar exactamente lo que los demás están pensando, cuando “conocemos” perfectamente sus motivos o intenciones más ocultas o profetizamos acerca de las reacciones que la gente exhibirá en un momento dado.
14. **Culpabilidad:** Es la actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaba previsto.
15. **Etiquetas Globales:** Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás o a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento. (Luzuriaga, 2010, págs. 15,16,17,18)

2.3.2. Variable Dependiente

PSICODIAGNOSTICO

El psicodiagnóstico es un proceso que tiene por objetivo principal la definición de un diagnóstico del estado de salud mental de la persona consultante, y resulta fundamental para orientar un tratamiento adecuado.

Dentro de dicho diagnóstico se evalúan las distintas áreas del funcionamiento psicológico del paciente (afectiva, cognitiva y relacional), y se intenta definir las características de personalidad y conflictos que subyacen al motivo de consulta que la persona trae consigo. (CETEP, 2012)

La entrevista clínica es la primera y más importante herramienta dentro de un proceso psicodiagnóstico. Esta etapa le brinda al profesional un conocimiento global de la persona consultante, para esto resulta esencial el discurso del propio paciente sobre sí mismo y respecto de lo que le está sucediendo.

“Durante las entrevistas clínicas se recaban antecedentes del motivo de consulta, del desarrollo e historia de vida, relaciones sociales, familiares y de pareja, área vocacional- laboral, historia de tratamientos anteriores, entre otros” (CETEP, 2012).

Luego de la realización de una o más entrevistas clínicas, se recurre a la aplicación de test psicológicos, de los cuales existe una amplia gama. En términos generales los test psicológicos se dividen en tres grandes grupos:

- a) Test que evalúan funcionamiento intelectual: en términos generales estos test permiten evaluar funciones cognitivas como memoria, atención, concentración, lenguaje, funciones ejecutivas, etc. (escala de inteligencia de Wechsler para adultos, Test de matrices progresivas de Raven, entre otros).
- b) Test que evalúan personalidad: Estos son test proyectivos que permiten establecer características de distintas áreas de la personalidad (cognitiva, afectiva, relacional), madurez emocional, mecanismos de defensa, ansiedades

y conflictos predominantes (Test de Rorschach, Test de Relaciones Objetales de Phillipson, entre otros).

- c) Test que evalúan organicidad: Estos test permiten evaluar la existencia de déficit a nivel del funcionamiento cerebral (Test de Bender Bip, Test de Benton, Figura Compleja de Rey, Luria-Nebraska). (CETEP, 2012)

La información recogida a partir de la observación clínica, y la entregada por el paciente, se complementa con la obtenida en los test, y permite realizar un diagnóstico que orientará de mejor forma el tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

“Por último, al término del proceso psicodiagnóstico se realiza una devolución al paciente respecto de su diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento, acordándose en conjunto con éste los objetivos del mismo” (CETEP, 2012).

PSICOPATOLOGIA

Esta disciplina explica cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, se centra en entender los procesos que pueden inducir estados no sanos en el proceso mental, a través del estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Desde una “perspectiva biomédica aborda los trastornos mentales como cualquier otra clase de enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas son generadas por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas)” (Gómez, 2014, pág. 12). En este sentido, puede decirse que un comportamiento anormal es una enfermedad surgida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo.

Mientras tanto desde el modelo conductual, la psicopatología es vista como el resultado del aprendizaje condicionado por el entorno o ambiente. Por lo tanto, se

lo da una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido definidos como aquellos procesos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR, American Psychiatry Association, 2002), dentro de los TCA se encuentran la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno alimentario compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Psicoméd en su artículo de trastornos (2012) señala las siguientes características para el diagnóstico de la anorexia nervosa (AN)

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla (p. ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado)
- Miedo intenso a ganar peso o a ser obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que representa el bajo peso corporal.
- En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipos

- **Restriictivo:** el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- **Compulsivo/purgativo:** el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (Psicomed, 2012)

Características para el diagnóstico de la bulimia nervosa (BN)

- Presencia de atracones recurrentes.
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (2 hrs.) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.
- Sensación de pérdida de control de la ingesta
- Conductas compensatorias inapropiadas (provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas; ayuno o ejercicio)
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales (Psicomed, 2012).

Tipos

- Purgativo: el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos, enemas en exceso.
- No purgativo: el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas (ayuno, y ejercicio intenso) (CEPVI, 2014)

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero el peso del sujeto se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida.
- Masticar y expulsar, sin tragar.
- Trastorno por atracción (Ortíz, 2013, pág. 23)

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

“Los criterios de CAR giran en torno a los síntomas de los cuadros clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV. De tal manera que los criterios de CAR se basan en puntuaciones bajas de los diferentes rasgos clínicos de TCA o de consideraciones acerca de dietas crónicas restrictivas” (Sánchez, 2010, pág. 75).

“En la actualidad existe una preocupación global por la delgadez, y por un estándar físico que propicia la insatisfacción de los individuos con su cuerpo. En las últimas tres décadas del siglo XX, los países occidentales sufrieron un cambio relacionado principalmente con los ideales estéticos del cuerpo, y en estos días es cada vez más común encontrar modificaciones en las conductas alimentarias, que de acuerdo a diversos factores se han convertido en conductas de riesgo, que están relacionadas con daños importantes a la salud” (García, 2010, pág. 7).

El someterse a dietas restringidas y el deseo de ser cada vez más delgado ha alcanzado en los últimos tiempos un estatus preocupante de obsesión cultural, y por supuesto las principales protagonistas en esta situación son las mujeres, aunque los hombres no están exentos de este fenómeno. Actualmente estos problemas de imagen corporal, se extienden de una forma muy acelerada.

Se han obtenido resultados que hacen notar la existencia de importantes relaciones entre determinados comportamientos alimentarios anómalos, como el evitar alimentos considerados de gran aporte calórico, controlar el peso, hacer ejercicio con el fin de “quemar calorías” y provocarse el vómito después de una comida

abundante con otros comportamientos, como los hábitos de sueño, el ausentismo escolar, la baja autoestima, el bienestar emocional, el control de impulsos, el ejercicio físico y la conducta sexual. Es entonces lógico entender que la conducta alimentaria se ve perjudicada, provocando modificaciones drásticas en el patrón de alimentación, olvidando la importancia de mantener un balance entre la ingestión y el gasto de energía, repercutiendo de manera importante en el estado nutricional y por ende en la salud del individuo. (García, 2010, pág. 8)

Entre las principales conductas de riesgo se pueden mencionar:

Conductas de atracción: Comportamientos relacionados con vómito, la ingestión de grandes cantidades de comida en un pequeño periodo de tiempo (menos de dos horas), de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena, acompañado de sentimientos de culpa y condena. Estas son:

- Vómito autoinducido
- Pérdida de control del comer
- Comer compulsivamente

Conductas Compensatorias: Comportamientos relacionados con el uso de productos para manipular el peso, logrando la descompensación del individuo como:

- Laxantes
- Pastillas
- Diuréticos

Conductas de restricción: Comportamientos relacionados con la ingesta de calorías diarias en los alimentos inferior a la requerida y/ o con la práctica de ejercicio físico excesivo (más de 2hr. diarias), a manera de mecanismos de compensación. Estas pueden ser:

- Dietas
- Ayuno
- Ejercicio excesivo

2.4. Hipótesis

2.4.1. General

- Las distorsiones cognitivas influyen en las Conductas Alimentarias en Riesgo de los adolescentes del colegio Menor Indoamérica.

2.4.2. Particular

- La principal Distorsión Cognitiva que presentan las adolescentes es de tipo Pensamiento Polarizado.
- Más del 50% de los adolescentes con Conductas Alimentarias de Riesgo presentan al menos una distorsión cognitiva de tipo Pensamiento Polarizado.

2.5. Señalamiento de Variables

Las Distorsiones Cognitivas influyen en la aparición de las Conductas Alimentarias de Riesgo en los adolescentes del colegio Menor Indoamérica.

Variable Independiente: Las Distorsiones Cognitivas

Variable Dependiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.

Término de la Relación: Influye

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

Los Enfoques Cualitativo y el Cuantitativo, son los considerados para esta investigación, debido a que se distinguen entre sí por el tipo y por el empleo de los datos reunidos

3.1.1. Enfoque Cuantitativo

Porque se obtienen unos datos que pueden expresarse numéricamente y valorarse mediante el cálculo estadístico. Las investigaciones cuantitativas suelen plantear la cuestión de un modo limitado, pero muy bien perfilado.

Con ellas se examinan aquellos supuestos en este caso la hipótesis que se han formulado ya antes de comenzar la obtención de datos. Los datos obtenidos permiten no sólo el tratamiento y la descripción numéricos de los hechos investigados, sino también en el caso ideal la explicación de las conexiones de causa-efecto entre ellos o sea el análisis causal.

El enfoque cuantitativo permite a la investigadora realizar la recolección de la información a los adolescentes del bachillerato del Colegio Menor Indoamérica

3.1.1. Enfoque Cuantitativo

Si al comienzo de la investigación existen hipótesis, evidentemente es para que luego se concluya algo sobre ellas. Los procedimientos cuantitativos se utilizan sobre todo para estudios exploratorios en campos que son poco conocidos. Se los

emplea además en investigaciones con las cuales se quiere conocer las interpretaciones subjetivas de las personas.

3.2. Modalidad básica de la Investigación

Esta investigación se desarrollara en base a metodologías que permitan observar de mejor manera los problemas que afectan a los adolescentes del colegio Menor Indoamerica, para desarrollar una investigación científica, ejecutable y medible.

3.2.1. Investigación Bibliográfica-Documental

Este tipo de investigación es la que se realiza apoyándose en fuentes de carácter bibliográfico-documental, esto es, textos, libros, folletos, memorias, documentos de cualquier especie, la primera en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la segunda en documentos que se encuentran en los archivos, expedientes, todos estos que sirven para realizar una adecuada sustentación bibliográfica de cada una de la variables de la Investigación.

La recopilación de la información con esta modalidad sirve para buscar información bibliográfica-documental en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, así como en las principales bibliotecas de la ciudad de Ambato, como las bibliotecas virtuales que se tiene al alcance.

3.2.2. Investigación de Campo

Para la elaboración del presente proyecto fue necesario realizar una investigación de campo ya que nos proporcionó información primaria para lo cual acudimos al Colegio Menor Indoamerica, la cual es mi realidad de estudio para obtener información sobre el problema a ser investigado, este tipo de investigación se apoya en informaciones que proviene entre otras de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones; obteniendo la información directamente de la realidad en que se encuentra.

3.3. Tipos o Niveles de Investigación

Para la ejecución de la presente investigación se aplicará los siguientes tipos de investigación:

3.3.1. Investigación Exploratoria

La presente investigación será exploratoria considerando que se buscare e indagara sobre todo lo relacionado con el problema objeto de estudio, para tener una idea precisa del mismo lo que permitirá identificar los factores por los que se da las conductas alimentarias de riesgo, permitiendo mediante su conocimiento e indagación científica plantee y formule el tema de investigación para dar una posible solución al mismo.

3.3.2. Investigación Descriptiva

Se la realiza con el objeto de desarrollar y describir cómo influye las distorsiones cognitivas en las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes de bachillerato del colegio Menor Indoamerica, midiendo los atributos del fenómeno descrito. A diferencia de la investigación exploratoria que se centra en descubrir el fenómeno de estudio, la investigación descriptiva como su nombre lo indica se encarga de describir y medir con la mayor precisión posible el mismo.

3.3.3. Investigación Explicativa

La presente investigación, está orientada a contestar por qué sucede determinado fenómeno, como es el desarrollo del lenguaje cuál es la causa o factor de riesgo asociado a ese fenómeno, o cuál es el efecto de la causa, es decir, buscar explicaciones a los hechos.

3.3.4. Investigación Correlacional

Este tipo o nivel pretende responder a preguntas de la investigación, teniendo como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables en este caso: Distorsiones Cognitivas y Conductas Alimentarias de Riesgo. En este nivel, al evaluar el grado de asociación entre las dos variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación, para poder sustentar cada una de ellas dentro del trabajo en el lugar de la investigación.

3.4. Población y Muestra

La realización de esta investigación se llevará a cabo en el colegio “Menor Indoamérica”, de la Provincia del Tungurahua, de la Ciudad de Ambato, con la participación de las adolescentes mujeres de primero, segundo y tercer año de bachillerato.

Los estratos que se seleccionarán serán los siguientes ya que utilizaremos una población finita. El método del muestreo empleado fue no probabilística de tipo intencional, según los criterios siguientes:

➤ Criterio de inclusión:

Adolescentes mujeres de primero, segundo y tercer año de bachillerato

➤ Criterio de exclusión:

Omisión en las respuestas o datos de identificación

Población	Frecuencia
Adolescentes mujeres	110
Total	110

Cuadro N° 1: Población y Muestra

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

En virtud de la población obtenida pequeña, no es necesaria la obtención de una muestra representativa, ya que las cifras no variarían significativamente de la población general por tal motivo se tomara en cuenta la totalidad de adolescentes mujeres para el desarrollo de la investigación.

3.5. Operacionalización de variables

3.5.1. Variable Independiente: Las Distorsiones cognitivas

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
<p>Errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos. (Beck, 1967,1976.)</p>	Sobre-generalización	<p>Pensamientos pesimistas y resignación ante la situación</p> <p>Expresiones verbales como todo, nunca, nada, siempre, nadie, todo el mundo, jamás, ningún.</p>	<p>3. Todo lo que hago me sale mal.</p> <p>18. Siempre tendré este problema.</p> <p>33. Nunca podré salir de esta situación.</p>	<p>Técnica: Psicodiagnóstico Psicometría. Instrumento: Inventario de pensamientos automáticos RUIZ Y LUJAN 1991</p>
	Pensamiento polarizado	<p>Pensamiento Enfocado en el extremo positivo o negativo de la situación</p>	<p>2. Solamente me pasan cosas malas.</p> <p>17. Mi vida es un continuo fracaso.</p>	

			32. Soy incompetente e inútil	
	Abstracción selectiva o filtro mental	Visión negativa del mundo, descalificación de los eventos positivos, abstraer solo los aspectos negativos de su experiencia	1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan. 16. Es horrible que me pase esto. 31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	
	Personalización	Actuar de forma sumisa en busca de satisfacer la necesidad de que otras personas respondan como el sujeto desea	6. Soy inferior a la gente en casi todo 21. Soy superior a la gente en casi todo 36. La gente hace las cosas mejor que yo.	
	Falacia de justicia	Pensamientos prejuiciosos	8 No hay derecho a que me traten así. 23 Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	

			38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.	
	Falacia de control	Factores externos toman el control	7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor. 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean. 37 Soy una víctima de mis circunstancias.	

	Falacia de razón	Pensamientos de descalificación hacia las opciones de otras personas	<p>14. Sé que tengo la razón y no me entienden.</p> <p>29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.</p> <p>44 Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.</p>	
	Falacia de recompensa divina	Poca o nula resolución de problemas, resentimientos	<p>15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.</p> <p>30. Ya vendrán mejores tiempos.</p> <p>45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor.</p>	

	Falacia de cambio	Demandas sobre las otras personas	<p>10. Mis problemas dependen de los que me rodean.</p> <p>25. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.</p> <p>40. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.</p>	
	Los debería	Auto mandatos	<p>13. Debería de estar bien y no tener estos problemas.</p> <p>28. Debería recibir más atención y cariño de otros.</p> <p>43. No debería de cometer estos errores.</p>	
	Interpretación del pensamiento	Proyección de la forma de pensar o sentir del sujeto en otra	4. Sé que piensan mal de mí.	

		persona	19. Sé que me están mintiendo y engañando. 34. Quieren hacerme daño	
	Culpabilidad	Búsqueda de culpables ante su padecimiento	12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa. 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa. 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.	
	Catastrofización	Enfatiza las consecuencias más negativas y displacenteras de su situación, sentimientos de inferioridad	5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave? 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza? 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?.	

	Etiquetas globales	Pensamientos estereotipados e inflexibles sobre las cosas y las personas	11. Soy un desastre como persona. 26. Alguien que conozco es un imbécil. 41. Soy un neurótico.	
	Racionamiento emocional	Pensamientos correlacionales entre sentimientos y acciones	9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental. 24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo. 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.	

Cuadro N° 2: Operacionalización de Variables – Distorsiones Cognitivas

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015

3.5.1. Variable Independiente: Conductas Alimentarias de Riesgo

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
--------------------------	--------------------	--------------------	----------------------	--------------------------------

<p>Modificaciones en las conductas alimentarias, que de acuerdo a diversos factores se han convertido en conductas de riesgo relacionadas con daños importantes a la salud. (Unikel et al, 2000)</p>	<p>Atracón-Purga</p>	<p>Atascarse de comida.</p> <p>Pérdida del control sobre lo que come.</p> <p>Inducirse el vómito.</p> <p>Practica de ayuno.</p> <p>Uso de pastillas.</p>	<p>2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.</p> <p>3. He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).</p> <p>4. He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso.</p> <p>5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más).</p> <p>8. He usado pastillas para tratar de bajar</p>	<p>Técnica: Psicodiagnóstico Psicometría. Instrumento: Cuestionario de Conductas Alimentarias De Riesgo UNIKEL; Claudia y otros 2002 México</p>
--	----------------------	--	---	--

	Medidas Compensatorias	Utilizar laxantes.	de peso. 9, He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	
		Tomar diuréticos.	10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	
		Preocupación por engordar.	1. Me ha preocupado engordar.	
	Restricción	Dietas para bajar de peso.	6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso	
		Realizar ejercicio en exceso.	7. He hecho ejercicio para tratar de bajar	

			de peso	
--	--	--	---------	--

Cuadro N° 3: Operacionalización de Variables – Conductas Alimentarias de Riesgo
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015

3.6. Técnicas e Instrumentos.

Encuesta: Dirigido los adolescentes del colegio “Menor Indoamérica” cuyo instrumento es un cuestionario Anexo I para obtener información acerca de las conductas alimentarias de riesgo.

Inventario: Dirigido a los estudiantes del colegio “Menor Indoamérica” cuyo instrumento es el Inventario de Pensamientos Automáticos Anexo II, para obtener información acerca de las distorsiones cognitivas que presentan.

3.7. Validez y confiabilidad

Cuestionario Conductas Alimentarias de Riesgo

El cuestionario se aplicó a una muestra de mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario, en tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, del Instituto Nacional de Psiquiatría, en el periodo septiembre-diciembre de 2002, y a una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México, en octubre del mismo año. Se hizo análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) y análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua; mediante tablas de 2 x 2 se determinaron el punto de corte, la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos del cuestionario. A través de esto se tuvo como resultado que el instrumento tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.83$) y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%. El análisis discriminante mostró que casi 90% de los casos fueron correctamente agrupados.

Inventario de Pensamientos Automáticos

En cuanto al nivel de confiabilidad del inventario, Arriaga (2006) determino la confiabilidad del inventario para la escuela de Psicología de la Universidad Cesar

Vallejo de Trujillo en Perú, la cual obtuvo a través del método de las mitades (Método de Split Half de Guttman) que consistió en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems agrupados en ítems pares e ítems impares, de donde se obtuvo un coeficiente de 0.9339 para luego corregirlo con la fórmula de Spearman Brown, de donde se obtuvo un coeficiente de 0.9658 lo que permite afirmar que el instrumento es confiable.

En cuanto a su validez esta se obtuvo a través del análisis de correlación de ítems test, utilizando para ello el estadístico del Producto Momento de Pearson. Donde se determino que los 45 ítems de la versión original eran válidos, es decir que obtuvieron un índice de validez mayor o igual a 0.20.

3.8. Plan de Recolección de la Información

Para el proceso de recolección, procesamiento, análisis e interpretación de la información del informe final se realizó de la siguiente manera.

Cuadro N° 4: Recolección de la Información

Preguntas Básicas	Explicación
1.- ¿Para Qué?	Para alcanzar los objetivos propuestos en la presente investigación.
2.- ¿A qué personas?	La recolección de información se la aplicara a las adolescentes mujeres del bachillerato del Colegio Menor Indoamerica
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Los aspectos a tratar son las Distorsiones Cognitivas y Conductas Alimentarias de Riesgo.
4.- ¿Quién?	Gabriela Pulgar (la investigadora)
5.- ¿Cuándo?	Año Lectivo 2014 – 2015

6.- ¿Cuántas Veces?	Se realizara dos veces la primera como plan piloto.
7.- ¿Técnicas de Recolección?	Documental, Observación, Encuesta
8.- ¿Con que?	Cuestionario
9.- ¿En qué situación?	Se buscara el mejor momento para obtener resultados reales y concretos.

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Aplicación del instrumento

Se lo aplico primero “Colegio Menor Indoamérica” en los meses de febrero-marzo del 2014 en las adolescentes mujeres del bachillerato.

La prueba para evaluar la efectividad de las técnicas e instrumentos se la realizo con una muestra de 20 adolescentes (mujeres de entre 15 - 18 años). Todo esto se llevó a cabo en primera semana de Marzo del 2014 en donde se procedió a aplicar los dos reactivos. En primer lugar se aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos que revela las distorsiones cognitivas predominantes en las evaluadas. Posteriormente la segunda semana de Marzo del 2014 se administró el cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, el mismo que arroja información acerca de las conductas caracterizadas como: restricción, compensación y conductas de atracón que presentan las adolescentes.

Las indicaciones de los instrumentos se emitieron 5 minutos antes del tiempo establecido para la realización de ambos instrumentos, para despejar dudas con respecto a la aplicación se explicó el motivo de la prueba y su aplicación

En la primera semana de Mayo se recolectó los datos totales de ambos reactivos, lo cual se llevó a cabo de manera satisfactoria puesto que no se presentaron dificultades.

El lugar donde se realizó la aplicación fue en el Colegio Menor Indoamérica, específicamente en los cursos de primero, segundo y tercer año de bachillerato.

3.9. Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de la información se procedió de la siguiente manera:

1. Revisión crítica de la información recogida; es decir, limpieza de información defectuosa, contradicción, incompleta, no pertinente.
2. Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
3. Tabulación o cuadros según variables de cada objetivo específico: cuadros de una sola variable, cuadro con cruces de variables.
4. Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis)
5. Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis
6. Interpretación de los resultados cuanti-cualitativamente, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente
7. Comprobación de las hipótesis.
8. Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.
9. A partir de las recomendaciones se elaboró una propuesta dirigida a las adolescentes destinada a resolver las dificultades encontradas durante la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Aspecto Sociodemográfico

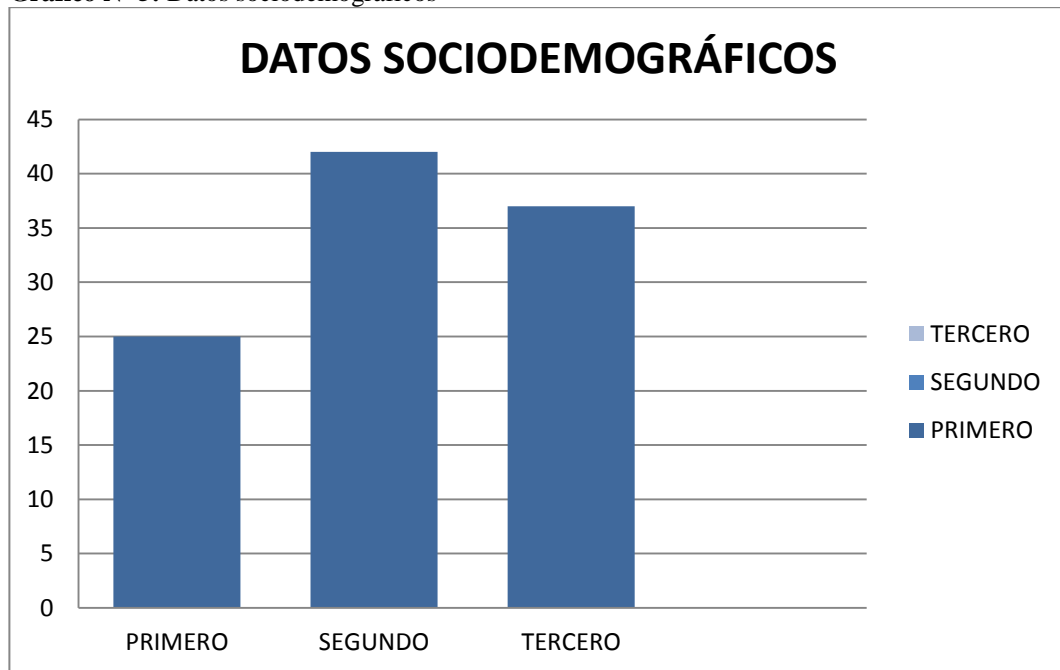
Cuadro N° 5: Datos sociodemográficos.

Año Académico	Alumnas	%
Primero	27	25%
Segundo	46	42%
Tercero	37	34%
Total	110	100%

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Gráfico N° 5: Datos sociodemográficos



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Análisis: Del total de la población encuestada, el 25% corresponde a estudiantes de primer año de bachillerato, la cual tiene una edad promedio de 15 años, el 42% pertenece a alumnas de segundo año de bachillerato con una edad promedio de 16 años, finalmente el 37% pertenece a adolescentes de tercer año de bachillerato con 17 años como edad promedio.

Interpretación: A través de esto se puede observar que cerca de la mitad de las adolescentes encuestadas pertenecen a alumnas de segundo año de bachillerato, lo que indica que este año es el más representativo del total de la población, en segundo lugar se encuentran las estudiantes de tercer año de bachillerato y en tercer lugar las adolescentes de primer año de bachillerato.

4.2. Análisis e interpretación del Inventario de Pensamientos Automáticos:

Cuadro N° 6: Análisis cuantitativo del Inventario

Distorsiones Cognitivas	Mujeres	%
Adolescentes que presentan distorsiones cognitivas.	95	86%
Adolescentes que no presentan ninguna distorsión cognitiva.	15	14%

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

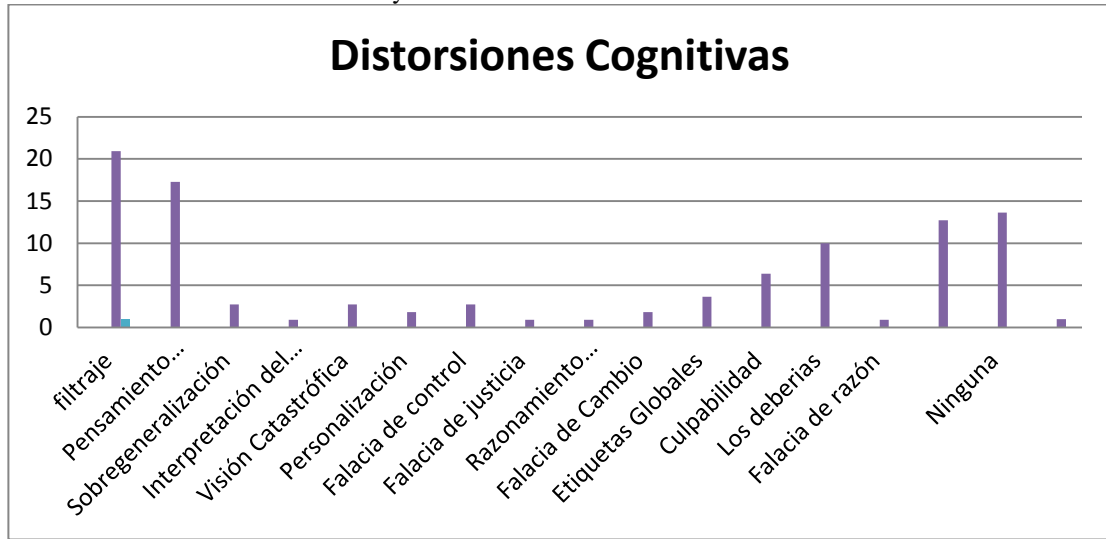
Cuadro N° 7: Análisis cualitativo del Inventario

Distorsiones Cognitivas	Mujeres	%
Filtraje	23	21%
Pensamiento Polarizado	19	17%
Sobregeneralización	3	3%
Interpretación del pensamiento	1	1%
Visión Catastrófica	3	3%
Personalización	2	2%
Falacia de control	3	3%
Falacia de justicia	1	1%
Razonamiento emocional	1	1%
Falacia de Cambio	2	2%
Etiquetas Globales	4	4%
Culpabilidad	7	6%
Los deberías	11	10%
Falacia de razón	1	1%
Falacia de recompensa divina	14	13%
Ninguna	15	14%
Total	110	100%

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Gráfico N° 6: Análisis cuantitativo y cualitativo del inventario



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade

Análisis:

Del total de las adolescentes encuestadas el 21% de ellas presenta una distorsión cognitiva de tipo filtraje, el 17% mantiene una distorsión de tipo pensamiento polarizado, mientras tanto el 14% no presenta ningún tipo de distorsión cognitiva, a su vez el 13% presenta una distorsión cognitiva de tipo falacia de recompensa divina, por otro lado el 10% mantiene una distorsión cognitiva de los deberías, del mismo modo el 6% de ellas presenta una distorsión cognitiva de tipo culpabilidad, disminuyendo la proporción el 4% mantiene una distorsión cognitiva de tipo etiquetas globales, las distorsiones cognitivas de tipo sobregeneralización, visión catastrófica y falacia de control se presentan como 3% de la población encuestada cada una, de la misma manera las distorsiones cognitivas de tipo personalización, y falacia de cambio se presenta cada una como el 2% de la población total, finalmente distorsiones cognitivas como interpretación del pensamiento, falacia de justicia, razonamiento emocional y falacia de razón representa cada una un 1% de la población total evaluada.

Interpretación:

Lo que nos da a entender que la distorsión cognitiva que está más presente en las adolescentes encuestadas es la de tipo filtraje, lo que indica que por lo general estas alumnas tienden a fijarse en un aspecto negativo específico del total de la realidad, seguida a esta encontramos la distorsión de tipo pensamiento polarizado lo que muestra una tendencia significativa para catalogar la información en categorías dicotómicas, a su vez seguido a esto encontramos que hay una importante representación de alumnas que no presentan distorsiones cognitivas de ningún tipo lo que refiere que buena parte de la población muestra una flexibilidad en sus cogniciones que impide encasillarse en cualquiera de estas distorsiones cognitivas, posteriormente encontramos la distorsión cognitiva de tipo falacia de recompensa divina que sugiere que aquella parte de la población tiende a la inercia en la búsqueda de soluciones suponiendo que la situación mejorara por sí sola.

Seguido a esto encontramos la distorsión cognitiva de tipo los deberías que indican que esa proporción de las encuestadas se rigen a auto-mandatos imperiosos, disminuyendo la proporción de la población observamos la distorsión cognitiva de tipo culpabilidad abarcando a aquellas personas que se empeñan en encontrar culpables para situaciones con las que están inconformes, finalmente las distorsiones cognitivas de tipo personalización, falacia de cambio, interpretación del pensamiento, falacia de justicia, razonamiento emocional y falacia de razón no representan una proporción significativa de la totalidad de la población ya que su incidencia es relativamente baja.

4.3. Análisis e interpretación del Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo.

Cuadro N° 8: Conducta alimentaria de Riesgo

Conducta Alimentaria de Riesgo	Mujeres	%
Adolescentes con conductas alimentarias de riesgo.	70	64%
Adolescentes sin conductas alimentarias de riesgo.	40	36%

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

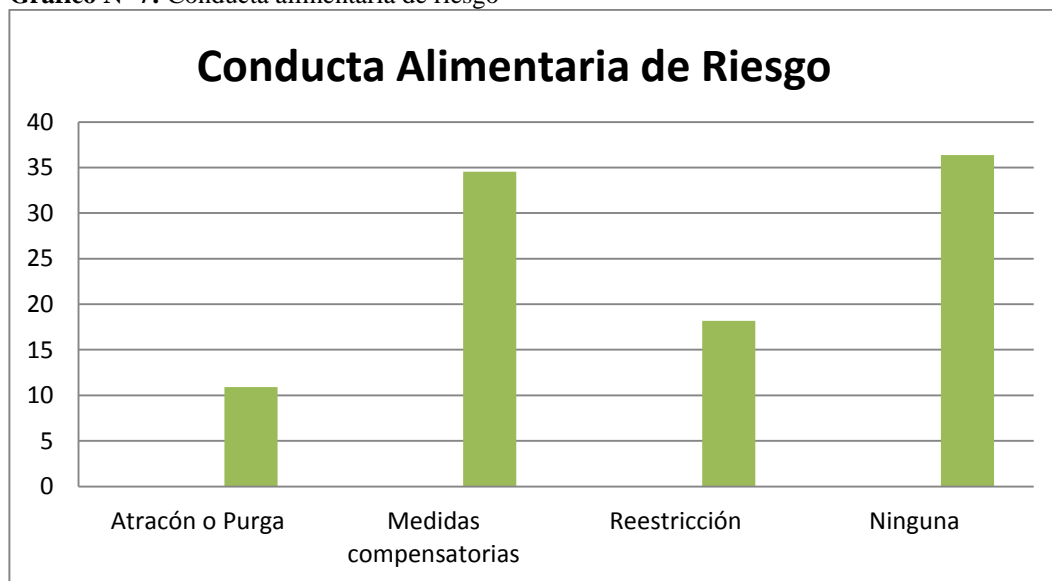
Cuadro N° 9: Análisis e interpretación del cuestionario

Conducta Alimentaria de Riesgo	Mujeres	%
Atracón	12	11%
Medidas compensatorias	38	35%
Restricción	20	18%
Ninguna	40	36%
Total	110	100%

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Gráfico N° 7: Conducta alimentaria de riesgo



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Análisis:

Del total de las adolescentes encuestadas el 36% de ellas no refiere ninguna conducta alimentaria de riesgo, el 35% de esta población presenta conductas alimentarias de riesgo de tipo medidas compensatorias, seguido a esto se encuentra que el 18% de las estudiantes presenta conductas alimentarias de riesgo de tipo restricción, finalmente el 11% de la totalidad presentan conductas alimentarias de riesgo de tipo de atracón o purga.

Interpretación:

Lo que nos indica que si bien gran parte de la población no presenta afectación en sus conductas alimentarias, casi la misma proporción de ellas indica presentar medidas compensatorias para contrarrestar sus hábitos alimenticios desproporcionados a fin de evitar el aumento de peso indeseado, seguido a esto encontramos que una importante representación de la población manifiesta utilizar conductas restrictivas en cuanto a su alimentación para lograr permanecer o alcanzar el peso deseado, finalmente encontramos que en menor proporción se encuentran a aquellas adolescentes que recurren a conductas alimentarias de tipo atracón provocándose ingestas de grandes cantidades de alimentos en un periodo corto de tiempo.

4.4. Análisis e interpretación del aspecto cuantitativo y cualitativo del Cruce de Variables

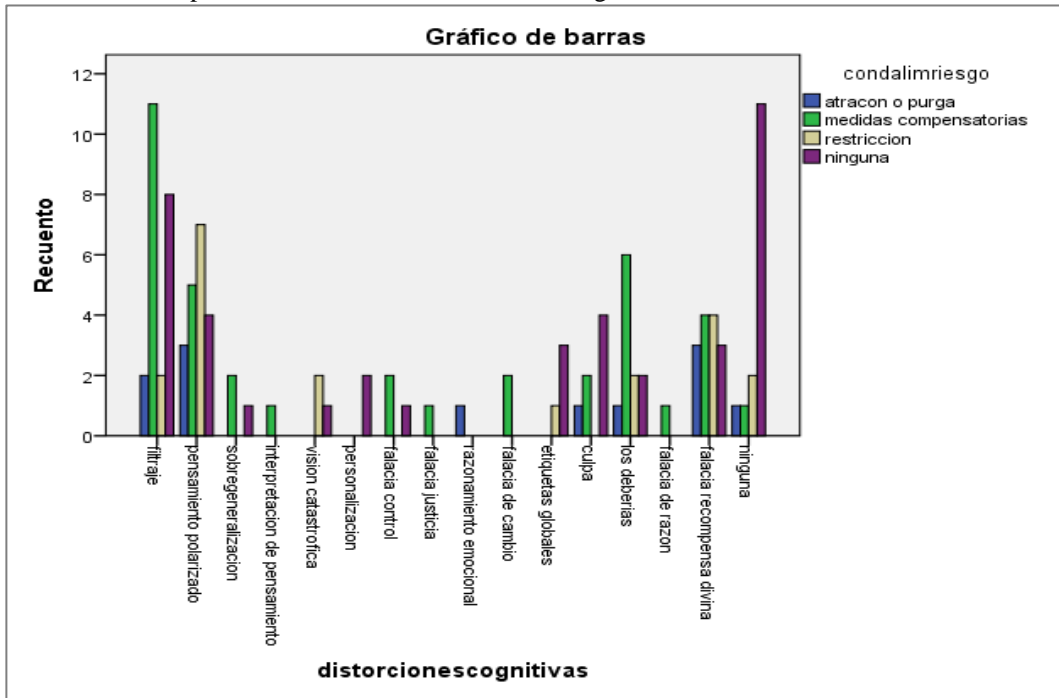
Cuadro N° 10: Conductas alimentarias y distorsiones cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO			
	Atracón o purga	Medidas compensatorias	Restricción	Ninguna
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Filtraje	2	11	2	8
Pensamiento polarizado	3	5	7	4
Sobre generalización	0	2	0	1
Interpretación de pensamiento	0	1	0	0
Visión catastrófica	0	0	2	1
Personalización	0	0	0	2
Falacia control	0	2	0	1
Falacia justicia	0	1	0	0
Razonamiento emocional	1	0	0	0
Falacia de cambio	0	2	0	0
Etiquetas globales	0	0	1	3
Culpa	1	2	0	4
Los deberías	1	6	2	2
Falacia de razón	0	1	0	0
Falacia recompensa divina	3	4	4	3
Ninguna	1	1	2	11

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

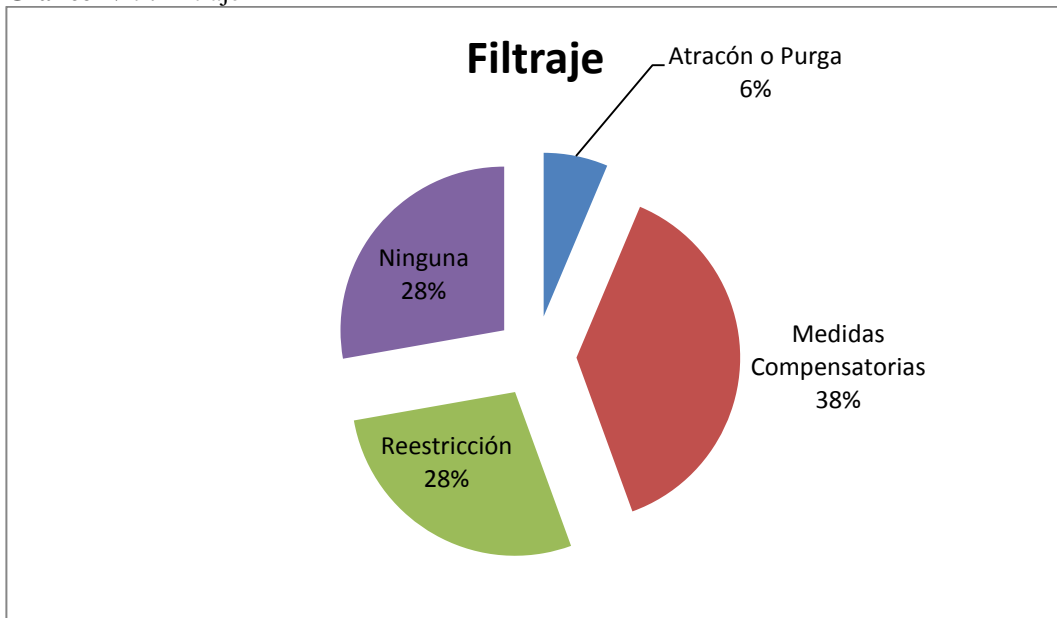
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Gráfico N° 8: Representación en barras distorsiones cognitivas



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Gráfico N° 9: Filtraje



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

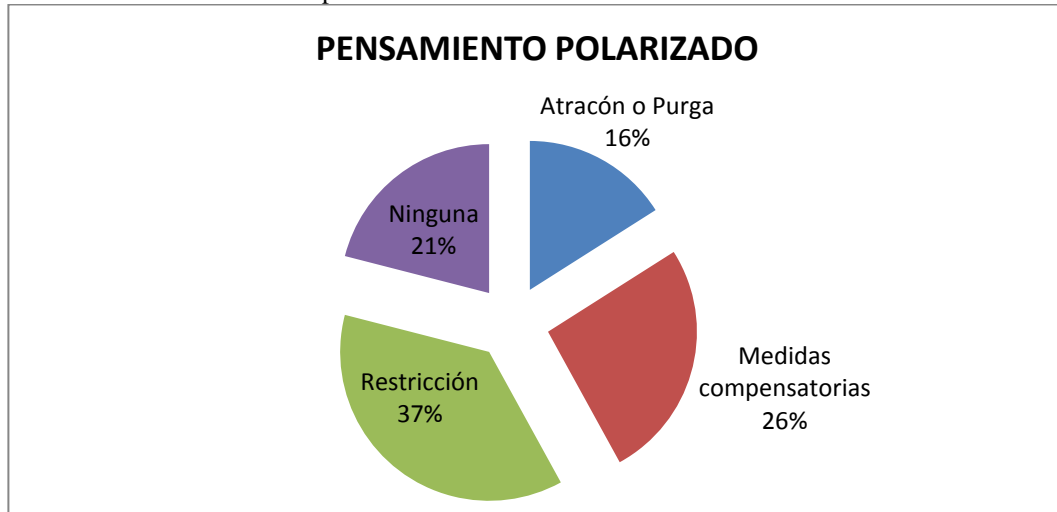
Análisis:

De los 23 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**filtraje**” el 48% presenta conductas compensatorias, el 35% no tienen ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo, el 8% tiene conductas de purga y finalmente otro 8% demuestra conductas de restricción.

Interpretación:

A través de esto se puede entender que aquellas personas evaluadas tienden a focalizar un detalle en especial negativo del contexto total, cuando se trata de su conducta alimentaria suelen recurrir en su mayoría a conductas compensatorias, es decir, comportamientos relacionados con el uso de productos para manipular su peso, seguido a esto muchas de ellas no muestran conductas alimentarias de riesgo asociadas a esta distorsión, finalmente en menor proporción se presenta ligado al filtraje comportamientos alimentarios de tipo restrictivos o de atracón o purga.

Gráfico N° 10: Pensamiento polarizado



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

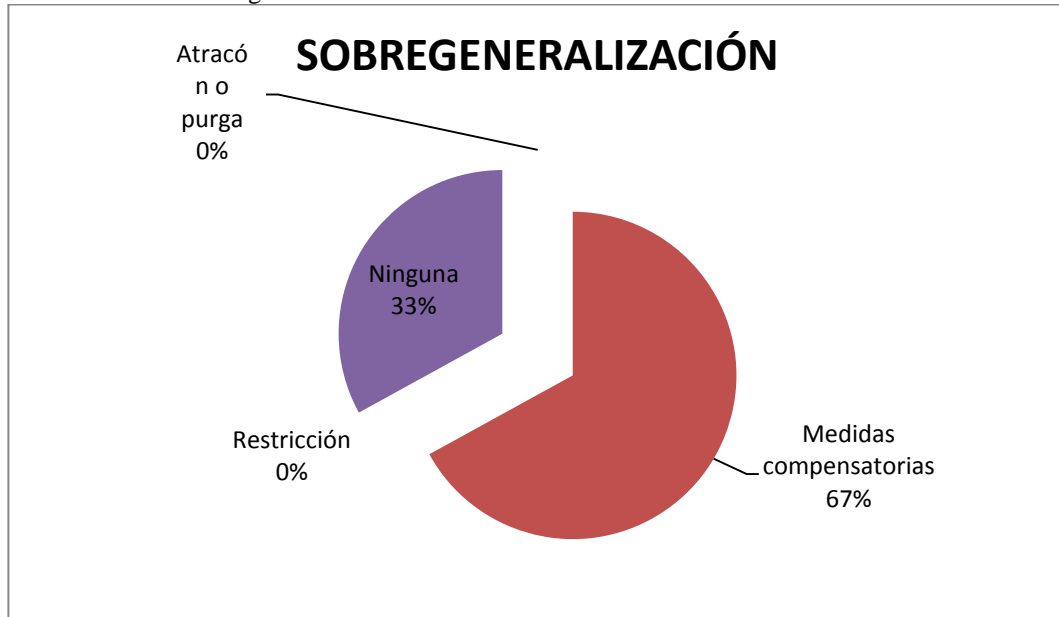
Análisis:

De las 19 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**pensamiento polarizado**” el 37% demuestra conductas de restricción, el 26% tiene medidas compensatorias, el 21% no presenta ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo y finalmente otro 16% muestra conductas de purga.

Interpretación:

Esto nos da a entender que aquellas personas que tienden a englobar la información en posturas contradictoriamente extremas evitando matices intermedios con respecto a su comportamiento alimentario presentan en su mayoría conductas restrictivas, es decir, ingesta de calorías diarias en los alimentos inferior a la requerida y/ o con la práctica de ejercicio físico excesivo, seguido a esto las personas con este tipo de distorsión presentan conductas compensatorias, es decir, el uso de productos para manipular el peso, en una escala menos representativa no reportan conductas alimentarias de riesgo asociadas a esta distorsión, finalmente en menor proporción se encuentra comportamientos relacionados con vómito, la ingestión de grandes cantidades de comida en un pequeño periodo de tiempo, de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena.

Gráfico N° 11: Sobre generalización



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

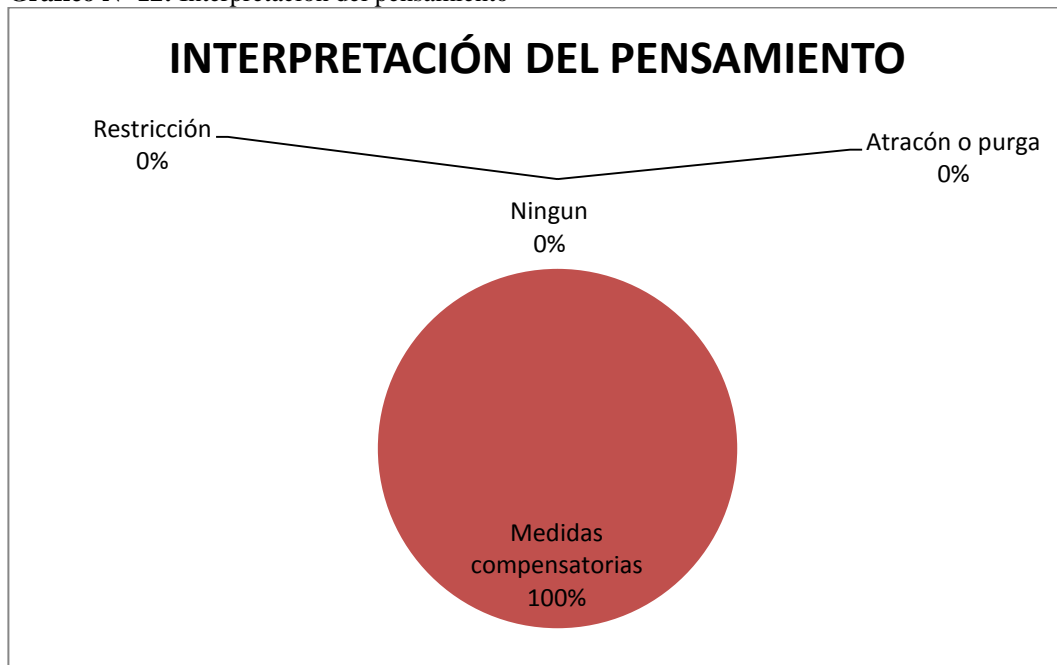
Análisis:

De las 3 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**Sobre-generalización**” el 67% de ellas tiene medidas compensatorias, mientras que el 33% no tienen ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo.

Interpretación:

Se puede entender que aquellas estudiantes que tienden a realizar un juicio predictor basados en un solo hecho en su mayoría opta por conductas compensatorias, es decir manipulan su peso a través del uso de productos externos, en menor proporción encontramos a aquellas personas que no presentan conductas compensatorias de riesgo.

Gráfico N° 12: Interpretación del pensamiento



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

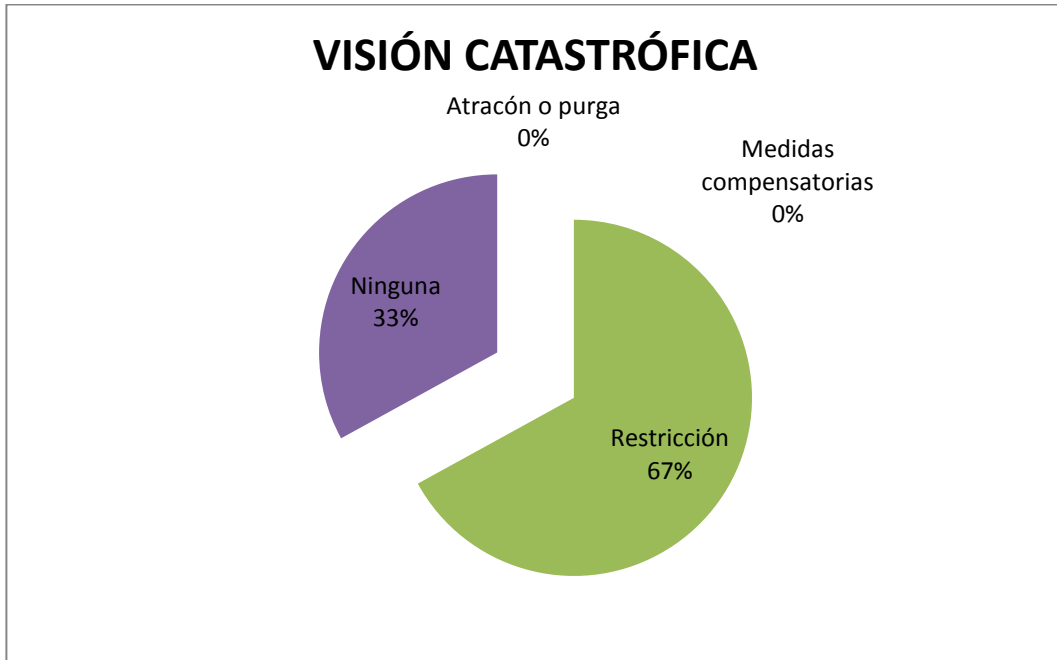
Análisis:

En cuanto a las encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**interpretación del pensamiento**” el 100% presenta medidas compensatorias.

Interpretación:

A través de esto podemos entender que aquellas personas que creen conocer los motivos o intenciones ocultas acerca del reaccionar de las personas de su entorno en su totalidad presentan medidas compensatorias, es decir el uso de laxantes, pastillas o diuréticos a fin de controlar o alcanzar el peso deseado.

Gráfico N° 13: Visión catastrófica



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

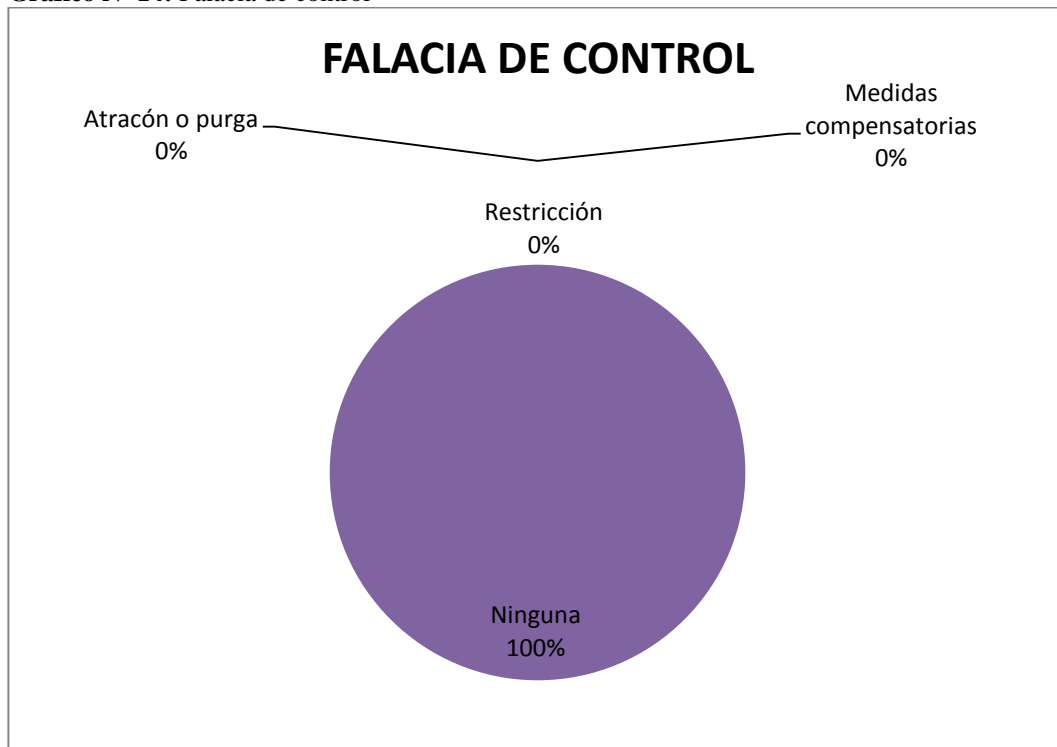
Análisis:

De las 3 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**visión catastrófica**” en el 67% se observa conductas de restricción, mientras que el 33% no tienen ninguna tipo de conducta alimentaria de riesgo.

Interpretación:

Se puede observar que las personas que tienen la tendencia a esperar siempre lo peor dando un sobre-énfasis en las consecuencias negativas de una situación, en su mayoría recurre a conductas de restricción basándose en una ingesta de calorías diarias en los alimentos inferior a la requerida y a su vez la práctica de ejercicio físico excesivo para evitar el aumento de peso indeseado.

Gráfico N° 14: Falacia de control



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

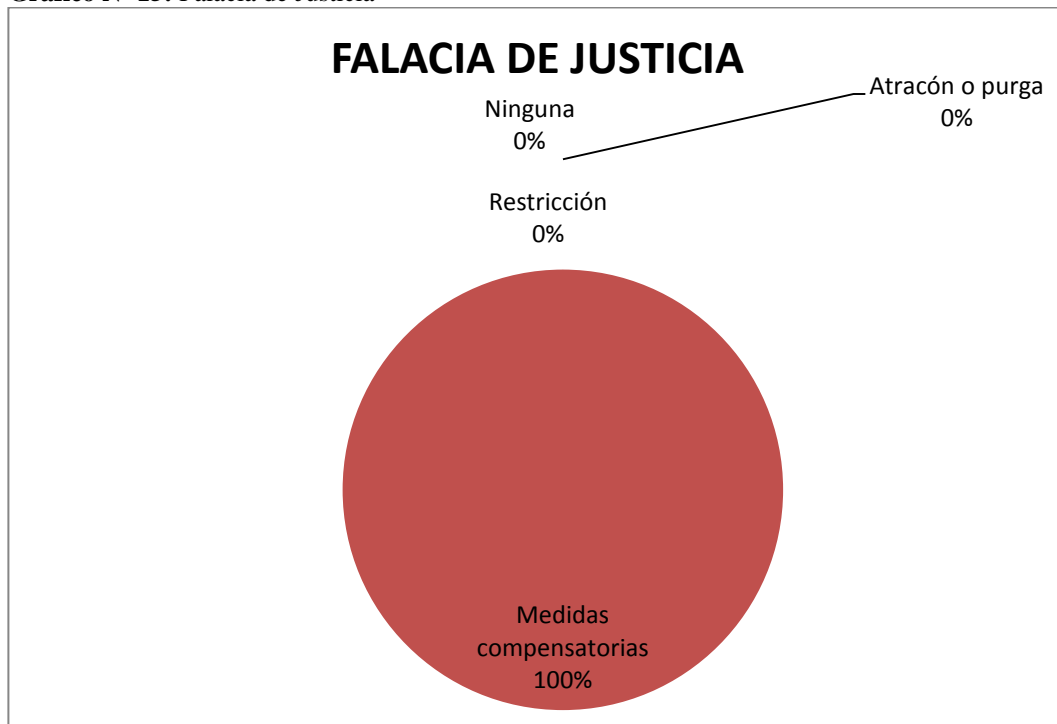
Análisis:

De las 2 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**Falacia de control**” el 100% no tienen ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo.

Interpretación:

Esto refleja que aquellas personas que se otorgan a sí mismas un grado de control extremo sobre los acontecimientos de su vida ya sea por un lado de competencia total o su otro extremo de impotencia absoluta, no presentan conductas alimentarias de riesgo.

Gráfico N° 15: Falacia de Justicia



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

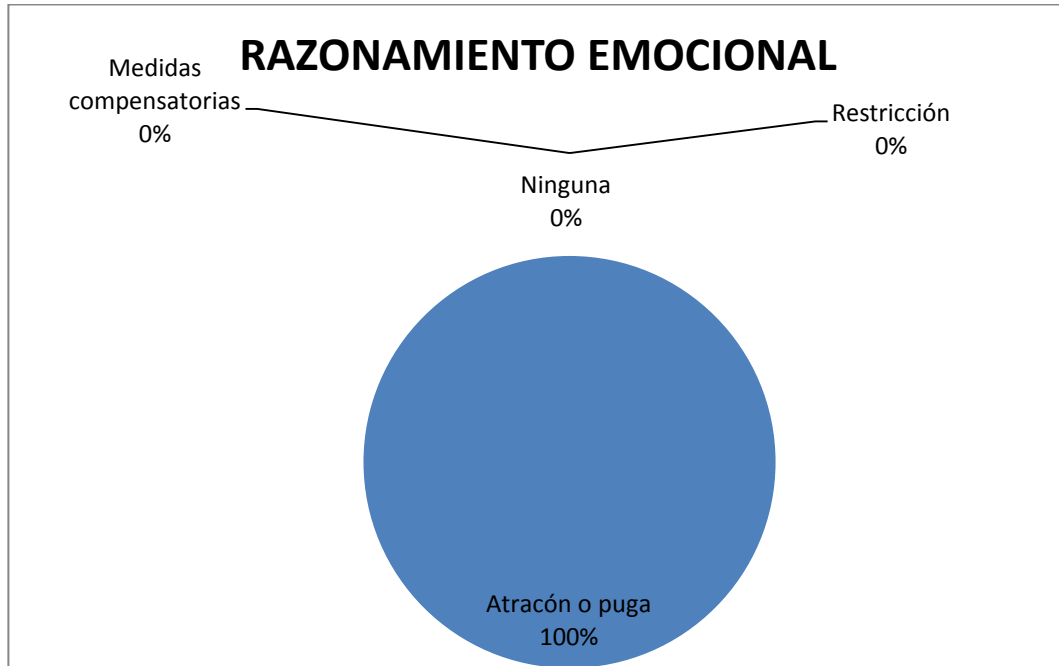
Análisis:

De la encuestada que presenta la distorsión de tipo “**Falacia de Justicia**” el 100% presenta medidas compensatorias.

Interpretación:

Esto demuestra que el total de las personas que tienen códigos personales de justicia los mismos que esperan que las personas de su entorno se rijan presentan comportamientos relacionados con el uso de productos para manipular el peso, logrando la descompensación del individuo.

Gráfico N° 16: Razonamiento Emocional



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

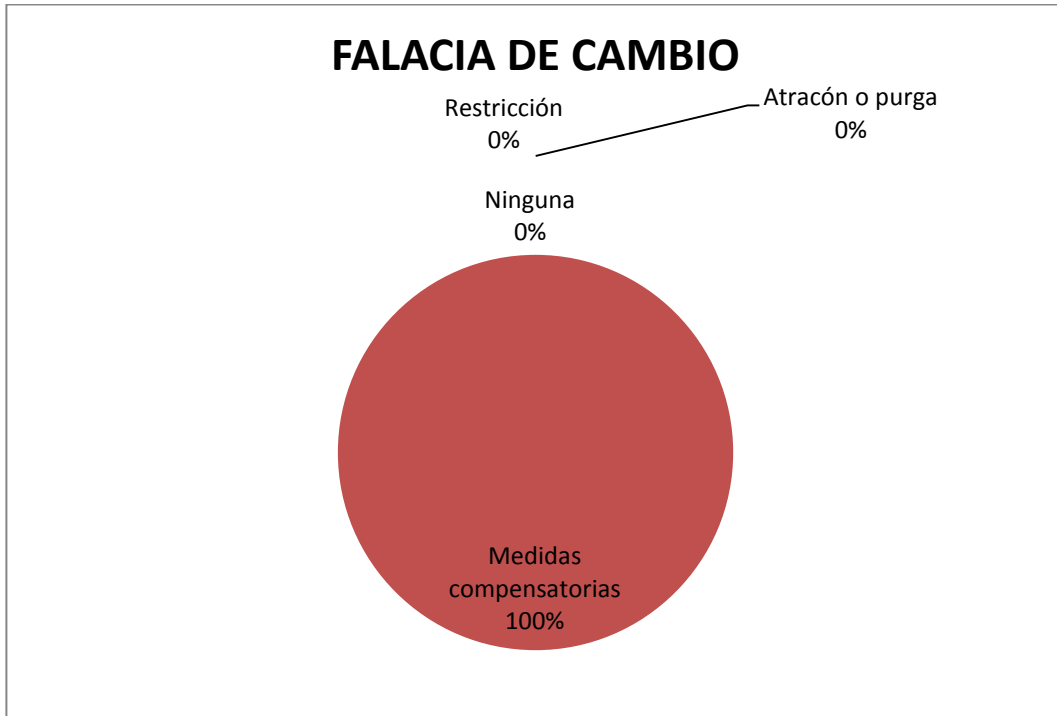
Análisis:

De la encuestada que tiene la distorsión de tipo “**Razonamiento Emocional**” el 100% presenta conductas de purga.

Interpretación:

Esto indica que aquellas personas que asumen las emociones sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que son realmente, en cuanto a las conductas alimentarias tienen en su totalidad a presentar comportamientos relacionados con vómito, la ingestión de grandes cantidades de comida en un pequeño periodo de tiempo, de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena, acompañado de sentimientos de culpa y condena.

Gráfico N° 17: Falacia de Cambio



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

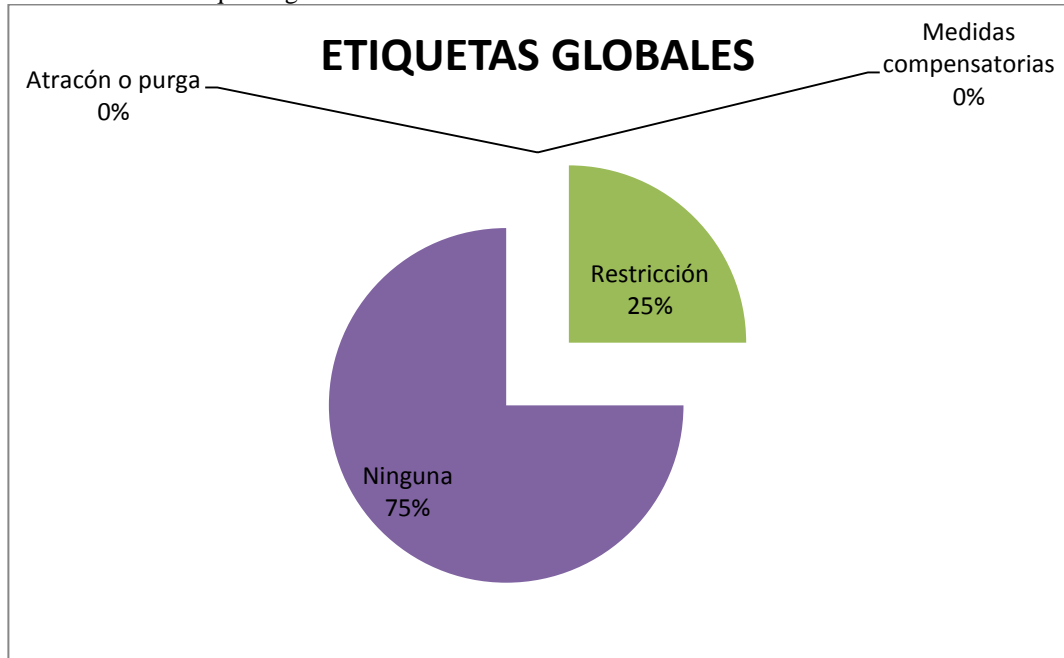
Análisis:

De las 2 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**Falacia de cambio**” el 100% tiene medidas compensatorias.

Interpretación:

Esto demuestra que aquellas personas que creen que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás en cuanto a las conductas alimentarias tienen a utilizar comportamientos relacionados con el uso de productos para manipular el peso como: laxantes, pastillas y diuréticos.

Gráfico N° 18: Etiquetas globales



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

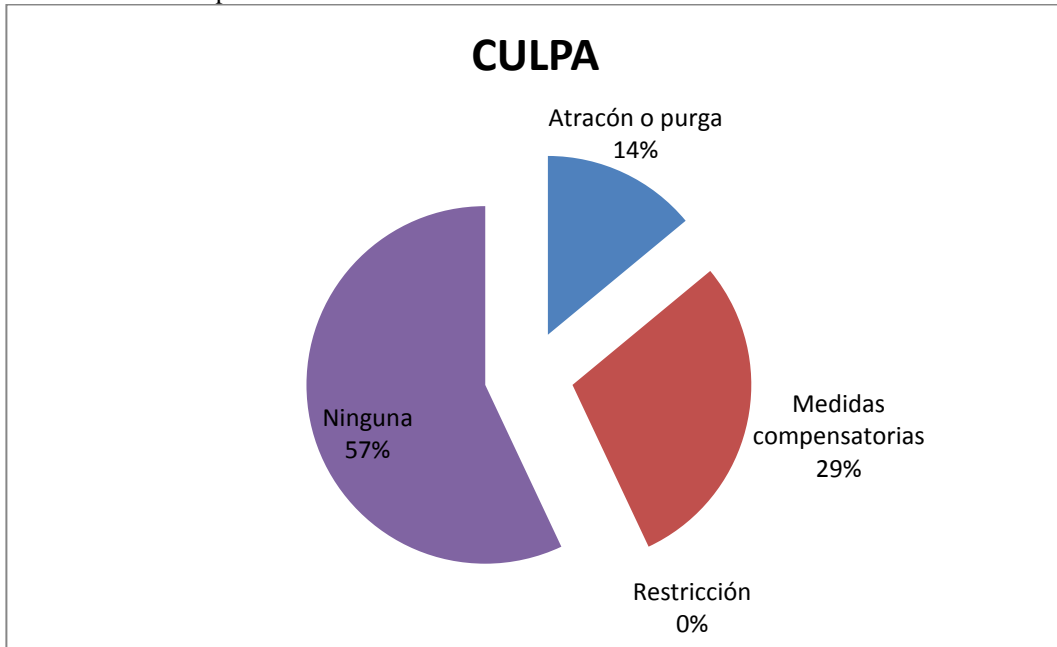
Análisis:

De las 4 encuestadas que presentan la distorsión de tipo “**Etiquetas globales**” el 25% tienen conductas de restricción mientras que el 75% no presenta ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo.

Interpretación:

Esto revela que de las personas encuestadas aquellas que tienen a definir de modo simplista y rígido a los demás o a sí mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento en cuanto a las conductas alimentarias en su mayoría no presentan sintomatología de riesgo, sin embargo una menor proporción presenta comportamientos restrictivos relacionados con dietas estrictas, ayuno y/o ejercicio excesivo.

Gráfico N° 19: Culpa



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

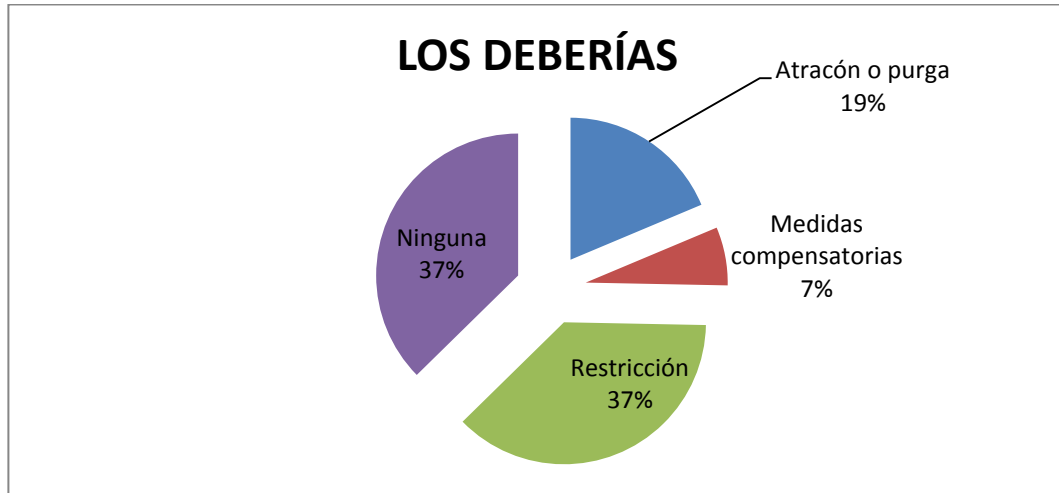
Análisis:

De las 7 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “culpa” el 57% no presenta ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo, el 29% tiene medidas compensatorias, y finalmente otro 14% conductas de purga.

Interpretación:

A través de esto se demuestra que de las encuestadas que tienden a presentar una actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas son como las esperadas en cuanto al comportamiento alimentario cerca de la mitad de ellas no presentan conductas alimentarias de riesgo, sin embargo en menor proporción no menos significativa presentan medidas compensatorias caracterizadas por el uso de productos que provocan descompensación en el individuo para lograr alcanzar el peso deseado, en menor proporción se encuentra la tendencia a las conductas de atracón las cuales a través de la ingesta de grandes cantidades de comida ligadas a la impulsividad, acompañadas de sentimientos negativos de culpabilidad.

Gráfico N° 20: Los Deberías



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

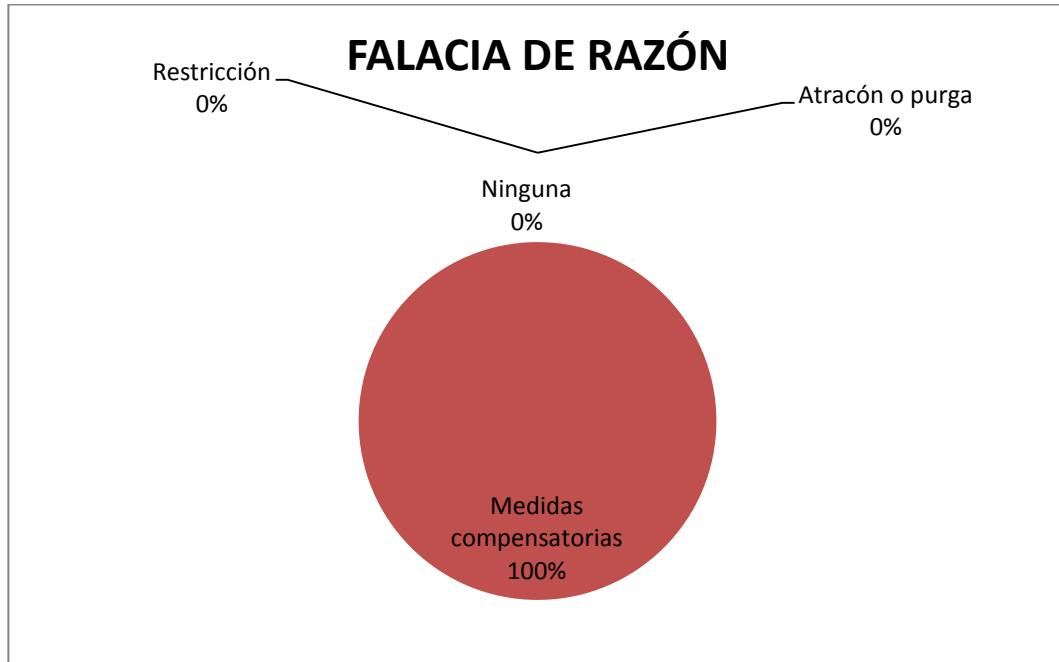
Análisis:

De las 11 encuestadas que muestra la distorsión de tipo “**los deberías**” el 55% tienen medidas compensatorias, el 18% tiene conductas de restricción, por otra parte en igual medida el 18% no presenta ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo y finalmente el 9% presenta conductas de purga.

Interpretación:

Esto demuestra que de las encuestadas que presentan auto-mandatos imperiosos a manera de requerimientos normativos, así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y /o eventos del diario vivir, en cuanto a su conducta alimentaria presentan en su mayoría medidas compensatorias es decir manipulan su peso a través del uso de productos como laxantes, pastillas o diuréticos. En menor proporción se presentan conductas de restricción caracterizadas por la ingesta de calorías diarias en los alimentos inferior a la requerida. En la misma proporción se encuentra una población que no presenta ninguna alteración en cuanto a la conducta alimentaria. Por último se observa en menor incidencia la presencia de conductas de purga relacionados con vómito, la ingestión de grandes cantidades de comida en un pequeño periodo de tiempo, de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena, acompañado de sentimientos de culpa y condena.

Gráfico N° 21: Falacia de Razón



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

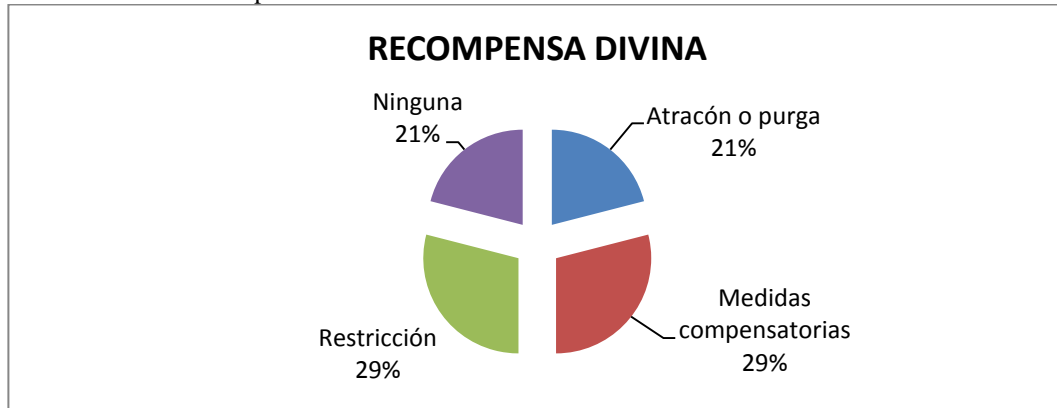
Análisis:

De las encuestadas que tienen la distorsión de tipo “falacia de razón” presenta en su totalidad, es decir el 100% medidas compensatorias.

Interpretación:

En cuanto a los evaluados que presenta tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto sin importar los argumentos del otro, al tratarse de las conductas alimentarias de riesgo el total de esta población presentan medidas compensatorias es decir se observa la presencia de comportamientos relacionados con el uso de productos para manipular el peso a través de laxantes, pastillas o diuréticos.

Gráfico N° 22: Recompensa Divina



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

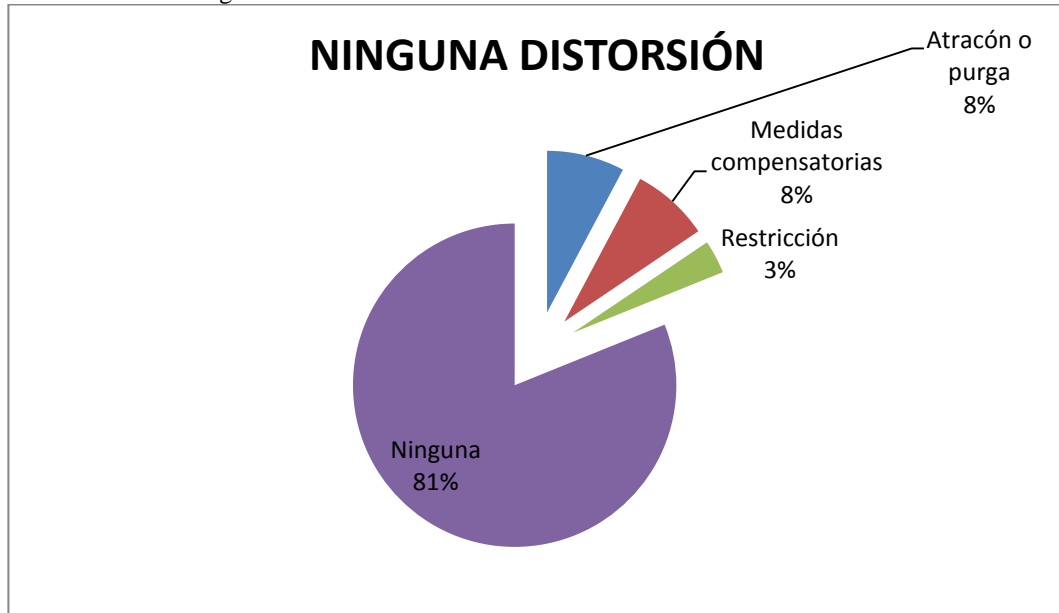
Análisis:

De las 14 encuestadas que tienen la distorsión de tipo “**recompensa divina**” el 29% presenta conductas de restricción, de la misma manera otro 29% tiene medidas compensatorias, en el 21% se observa conductas de purga y finalmente otro 21% no tienen ningún tipo de conducta alimentaria de riesgo.

Interpretación:

En la investigación las personas que presentan la distorsión de tipo falacia de Recompensa Divina, es decir muestran una tendencia pasiva ante los problemas que le aquejan actualmente suponiendo que la situación mejorará en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual de tal forma que acumulan un malestar innecesario, en cuanto a lo que se refiere a las conductas alimentarias presentan en gran proporción comportamientos restrictivos relacionados con dietas, ayuno o ejercicio excesivo a manera de mecanismos de compensación. En la misma proporción se ubican la presencia de Conductas Compensatorias, las cuales se basan en manipular su peso a través del uso de productos externos para compensar su ingesta calórica, seguido a esto encontramos en menor proporción aquellas personas que mostraron comportamientos relacionados con la purga como la inducción al vómito o la ingestión de alimentos de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llena, finalmente en igual proporción que el anterior se ubican aquellas personas que no presentaron ninguna conducta alimentaria de riesgo.

Gráfico N° 23: Ninguna Distorsión



Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Análisis:

Finalmente de las 15 personas que no presentaron **ningún** tipo de distorsión cognitiva el 73% no presento conductas alimentarias de riesgo, mientras que un 3% demostró conductas de restricción, un 7% presenta medidas compensatorias y finalmente otro 7% mostro conductas de purga.

Interpretación:

En la investigación los evaluados que no presentaron distorsión cognitiva en su gran mayoría no evidencio conductas alimentarias de riesgo, sin embargo una pequeña proporción de ellos presento en igual cantidad conductas compensatorias y conductas purgativas, finalmente en menor proporción observamos la presencia de conductas restrictivas.

Verificación de la Hipótesis:

Se verifico la hipótesis a través de la Prueba de chi-cuadrado como se observa en el siguiente cuadro.

Gráfico N° 24: Cálculo del chi cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,853 ^a	45	,061	,050	
Razón de verosimilitudes	60,251	45	,054	,048	
Estadístico exacto de Fisher	51.782			,047	
Asociación lineal por lineal	1,374	1	,241	,045	,032 ^b
N de casos válidos	110				

Fuente: Investigación realizada a las adolescentes del Colegio Menor Indoamerica

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

a. 57 casillas (89,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Se aplicó la prueba del Chi-cuadrado de Pearson, encontrado que si existe relación entre las distorsiones cognitivas y las conductas alimentarias de riesgo, ($X^2(45) = 51,782$, $p < 0,05$, $N = 110$), por lo tanto se acepta la hipótesis que es las Distorsiones Cognitivas influyen en la aparición de las Conductas Alimentarias de Riesgo en los adolescentes del colegio Menor Indoamérica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En esta investigación nos demuestra estadísticamente (Chi-cuadrado de Pearson) que en cuanto a la relación de las distorsiones cognitivas y las conductas alimentarias en riesgo podemos ver que existe un $p < 0,05$, con lo que se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos variables, por un lado el test de Pensamientos Automáticos y el cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo. Por lo tanto el presente estudio demuestra a través de un cruce de variables la influencia de las distorsiones cognitivas en la conducta alimentaria en las adolescentes, siendo el Filtraje con 21%, y el pensamiento polarizado con el 17% las distorsiones que sobresalen en la investigación, por lo tanto este estudio indica que las adolescentes tienden a fijarse en aspectos específicos y totalizadores de su realidad perceptiva correspondiente a su imagen corporal, esto implica una dificultad en su pensamiento para flexibilizar sus creencias.
- Respecto a la conducta alimentaria de riesgo realizada a través del cuestionario se concluye que la mayoría de las adolescentes que presentan Conductas Alimentarias de Riesgo hacen referencia a la utilización de medidas compensatorias que tienen relación con la inmediatez de solución a un problema, seguido se encuentra la utilización de medidas re restrictivas las cuales están ligadas a la rigidez de la creencia y finalmente se observa conductas de atracón

relacionadas con estrategias de afrontamiento de evitación y falta de control, estas conductas alimentarias de riesgo están directamente relacionado con la inflexibilidad de las creencias cognitivas (filtraje y polarización) y la ausencia de acciones alternativas para la solución de problemas.

- En este estudio podemos identificar que las principales Distorsiones Cognitivas presentes en las adolescentes son el filtraje, el pensamiento polarizado, la falacia de recompensa divina, los deberías y la culpa evidenciando de este modo la relación existente entre pensamiento-conducta que presentan las adolescentes femeninas le restan importancia al proceso de racionalización y abstracción de consecuencias futuras, aspecto que está muy relacionado con la impulsividad del ciclo evolutivo en el que se encuentran y la necesidad de obtener resultados inmediatos.

5.2. Recomendaciones

- Es recomendable implementar talleres de intervención psicológica basadas en la terapia Cognitiva – Conductual para la prevención primaria de trastornos alimenticios.

- Establecer un modelo de reestructuración cognitiva a fin de flexibilizar las creencias cognitivas en las adolescentes que presentan rasgos patológicos.

- Diseñar un formato de entrenamiento conductual para las adolescentes que presentan Conductas Alimentarias de Riesgo marcadas basado en las técnicas como modelamiento y entrenamiento.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

Título:

Terapia cognitiva conductual para la reestructuración de distorsiones cognitivas y modificación de conductas en las adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Particular Indoamérica que presentan conductas alimentarias en Riesgo.

Institución ejecutora

- Unidad Educativa Particular Indoamérica

Beneficiarios

- Beneficiarios directos: Las adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Particular Indoamérica que presentan conductas alimentarias en Riesgo.
- Beneficiarios indirectos: Familiares de las estudiantes.

Ubicación Sectorial

- Provincia: Tungurahua
- Ciudad: Ambato
- Dirección: Av. Víctor Hugo y Manuelita Sáenz.

Tiempo estimado para la ejecución

- Inicio: Marzo 2015 Fin: Junio 2015

6.1.5 Equipo técnico responsable.

- Psicólogo Clínico (encargado del DECE).
- Estudiante de Psicología Clínica

Costo

\$ 2.496 dólares.

6.2. Antecedentes de la propuesta

Los datos recogidos en la presente investigación nos muestran que el 86% de las adolescentes encuestadas presentan por lo menos un tipo de distorsiones cognitivas y el 64% refieren algún tipo de conducta alimentaria de riesgo, lo cual nos indica diferencias estadísticamente significativas entre las distorsiones cognitivas y la conducta alimentaria, de la misma manera como esta se refuerza constantemente la una a la otra. Las adolescentes que presentan conductas alimentarias en riesgo en su mayoría son aquellas que presentan distorsiones de tipo extremistas o polarizados sobre su peso y medidas.

Estas conductas alimentarias de riesgo son de tipo purgativas, restrictivas y compensatorias pueden desembocar posteriormente en un trastorno de la conducta alimentaria, y es así que la mayor parte de adolescentes que presentan este tipo de conductas oscilan en una edad cronología de 16 años, y de la misma manera las distorsiones cognitivas más representativas en esta edad son filtraje y polarización, ideas que hacen referencia a una particularidad de la realidad caracterizándose por ser inflexibles y reduccionistas.

Es importante mencionar que las adolescentes recurren a estas conductas alimentarias debido a la inflexibilidad que muestra sus creencias, una parcialidad de su egocentrismo en el ciclo evolutivo que limita la exploración de alternativas o búsqueda de soluciones a los problemas de manera esforzada. La influencia externa y

los estándares sociales ejercen presión para el mantenimiento de percepciones erróneas y distorsionadas de la realidad.

Con estos antecedentes resulta importante plantear un formato de intervención de psicoterapia basado en la teoría cognitiva conductual, un enfoque metodológico que permiten el cuestionamiento de creencias y distorsiones del pensamiento, a través de técnicas cognitivas, de la misma manera aporta técnicas conductuales para el entrenamiento educativo de los comportamientos.

Estudios e investigaciones respaldan esta propuesta, tal es así que en la Universidad de Barcelona, SALDAÑA, Carmina “Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario” indica la eficacia de la terapia cognitiva conductual para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, así también se revisan los distintos tratamientos y se proponen las áreas de estudio para la próxima década. Se explica que los resultados entre los distintos tratamientos son desiguales con relación a la eficacia de la conducta alimentaria. Estudio que podemos contextualizar con la presente investigación, en donde se trata las conductas alimentarias en riesgo como un desencadenante de los trastornos de la conducta alimentaria.

De la misma manera en el artículo científico publicado, CELIS, Amanda (2013) “Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria” se propone 15-20 sesiones, y se divide en 5 etapas que van desde la inducción y sensibilización de lo que son los Trastornos de la conducta alimentaria, la segunda etapa contiene la formulación del caso, pasa por la enseñanza de los registros de pensamientos automáticos, la tercera etapa interviene en las emociones y estados de ánimo racionalizados. La cuarta etapa plantea el reconocimiento de mantenedores y conductas problemáticas. En la quinta etapa plantea una revisión de los logros alcanzados y seguimientos.

6.3. Justificación

Si partimos de la premisa que no es el problema lo que genera la conducta sino, la interpretación que tenemos de ello lo que mantiene dicho comportamiento, podemos deducir, que la visión con la que el ser humano configura el mundo está determinada por los pensamientos y creencias que ha incorporado a lo largo de su experiencia.

Desde esta concepción son las creencias sobre nosotros y el mundo las que determinan nuestra posición ante él, y que al flexibilizar o encontrar creencias menos rígidas poder abrirnos a la posibilidad de alternativas y distintas formas de ver el mundo de una manera más adaptativa.

Debido a la necesidad institucional que presentan las adolescentes con distorsiones cognitivas y conductas alimentarias de riesgo, se plantea esta propuesta para generar una cultura de prevención y educación en salud mental en la comunidad educativa.

Se considera a esta propuesta la mejor alternativa de solución para el problema planteado ya que se trabajará a través del modelo teórico práctico de la terapia cognitiva conductual con el cuestionamiento de las distorsiones cognitivas lo que permitirá la generación de nuevas creencias o pensamientos más flexibles, y al mismo tiempo nos brindará estrategias para el manejo de las conductas por medio del entrenamiento psicoeducativo.

Mediante el enfoque cognitivo-conductual se lograra hacer una evaluación en las dimensiones cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual, identificando al ser humano como un ente global e integral. Posteriormente se explicara la dinámica que existe en la triada cognición, afecto y conducta, para plantear posibles soluciones a los problemas así como el entrenamiento de prácticas conductuales más funcionales y satisfactorias para las adolescentes.

Las adolescentes al intentar enseñar psicopedagógicamente las estrategias de afrontamiento que resulten más gratificantes y funcionales. Finalmente las adolescentes verificarán la efectividad de las técnicas empleadas para su uso posterior.

Esta propuesta es factible debido a que la institución cuenta con el espacio físico del Departamento de Consejería Estudiantil ya implementado y con profesionales calificados para llevar a cabo los procesos de intervención psicológica descrito en este trabajo investigativo. La misma que se llevara a cabo en el DECE del Colegio Menor Indoamérica durante los meses de marzo del 2015 a junio del 2015.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

- Diseñar un programa de intervención basado en la Terapia Cognitiva Conductual en las adolescentes del Colegio Menor Indoamérica que presentan conductas alimentarias de riesgo.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Estructurar en el proceso terapéutico a emplearse mediante el modelo cognitivo conductual.
- Establecer un protocolo para el afrontamiento y resolución de las distorsiones cognitivas que presentan las adolescentes.
- Instruir en recursos y técnicas conductuales para las adolescentes mediante el empleo de ejercicios prácticos.

6.5. Análisis de factibilidad

La propuesta de intervención es factible puesto que se realizará en una Institución educativa que cuenta con un Departamento de Consejería Estudiantil físicamente implementado y legalmente constituido bajo la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), los reglamentos y acuerdos ministeriales.

Con esto se prioriza la atención de las estudiantes de la Institución mediante un abordaje multidisciplinar de los profesionales con lo que cuentan y la aplicación de la presente propuesta que constituirá un beneficio a la comunidad educativa, bajo los preceptos que establece el Plan Nacional del Buen Vivir en la educación, un principio constitucional basado en el “Sumak Kawsay”, que recoge una visión del mundo centrada en el ser humano como parte de un entorno natural y social, así como una serie de principios y valores básicos para una convivencia armónica para el desarrollo de las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades del ser humano. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013.

6.6. Fundamentación Científico Técnica

Terapia cognitivo conductual

“El enfoque Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúan para dar paso a un estilo de vida.

Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. En donde el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas cognitivas, emocionales y conductuales, mediante una práctica estructurada” (Vera, 2010, pág. 14).

La modificación de conductas y de procedimientos verbales se realizan a través de técnicas diseñadas para ayudar a la persona en la identificación, corrección de

creencias y conductas, con la finalidad de obtener pensamientos más realistas y adaptativos en el "aquí y el ahora", se espera de tal forma que el paciente experimente una mejoría en los síntomas que presenta.

Por lo que se propone un enfoque didáctico en donde el cliente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común aportando con sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

Funciones y características del Enfoque Cognitivo Conductual

“El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) con relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona” (Camerini, 2013).

“Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado por medio de las experiencias vividas, propias de cada persona” (Navarro & Burmeister, 2012).

“Por lo tanto, toda terapia implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones, que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de re-aprendizaje” (Camerini, 2013).

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Se destaca de otras terapias por su brevedad.
- Está centrado en el presente (en el "aquí y ahora"), en el problema y en su solución.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente (estilo de cooperación) y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda que se realizan entre sesiones.
- El paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta (Camerini, 2013).

Conceptos teóricos

Estructura de significado y psicopatología

La terapia cognitiva (C.T) sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo o supuestos personales (Beck, 1979).

Términos equivalentes a la estructura del pensamiento de cada persona, mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia, un conjunto de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. “Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas” (Sabate, 2011, pág. 4).

Cognición

“Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no” (Jiménez, 2011, pág. 2).

Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos

“Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos” (Cano & Ruíz, 2012).

Inferencia arbitraria: “Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria” (Herrero, 2010, pág. 69).

Abstracción selectiva

“Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle” (Jiménez, 2011, pág. 3).

Sobregeneralización

“Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí” (Cano & Ruíz, 2012).

Maximización y minimización

Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real (Ramos, 2010, pág. 32).

Personalización

“Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello” (Cano & Ruíz, 2012).

Pensamiento dicotómico o polarización

Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios. (Jiménez, 2011, pág. 4)

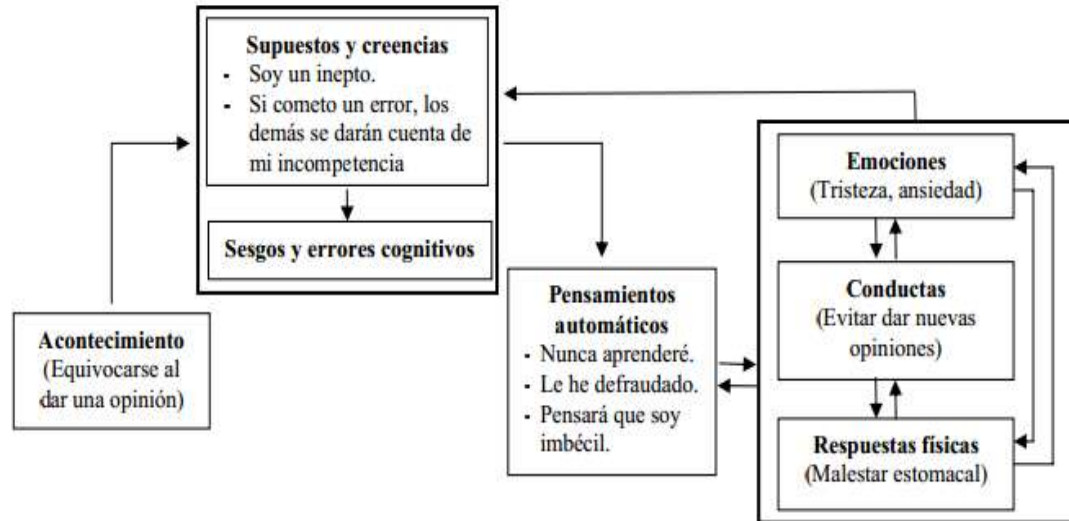
Los pensamientos automáticos

Serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son:

- a) Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- b) Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- c) Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- d) Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- e) Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos (Cano & Ruíz, 2012).

En la siguiente imagen puede verse una representación gráfica del modelo cognitivo (adaptado de Bados, 2008).

Gráfico N° 25: Modelo cognitivo



Fuente: <https://prezi.com/dttiyx7ay6l8/reestructuracion-cognitiva/>

Técnicas de Tratamiento

La Reestructuración Cognitiva

“Fue desarrollada e introducida en la literatura psicológica en el año de 1958, por Albert Ellis. A través de las décadas fue ampliado y profundizado por los practicantes de la TREC y posteriormente por la escuela de Aaron Beck. La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas” (Reyes, 2015).

El procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva es el siguiente:

1. Identificación de los pensamientos inadecuados
2. Evaluación y análisis de estos pensamientos
3. Búsqueda de pensamientos alternativos

Técnicas cognitivas

Detección de pensamientos automáticos

Se elabora un autoregistro para ayudar a un paciente a identificar sus pensamientos automáticos negativos y observar cómo el cambiarlos mejora su estado de ánimo (sus emociones) y sus conductas. Se especifica en cada uno de los apartados de la hoja de registro lo que el sujeto debe apuntar específicamente.

Cuadro N° 11: Descripción de pensamientos automáticos

Situación	Estado emocional	Pensamiento Automático	Conducta y Resultado
Describe: Situación actual que conduce a la emoción desagradable; o imágenes, recuerdos o corriente de pensamiento que conduce a ella	Especifica: Triste, ansioso, irritado..... Evalúa el grado o fuerza de cada emoción (0-100)	Escribe: pensamientos automáticos que acompañan a la emoción Evalúa el grado de seguridad en los pensamientos (0-100)	Escribe : conducta en esa situación Consecuencias posteriores
Fecha:			

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Manejo de supuestos personales

Para enseñar a los pacientes a cuestionar los supuestos personales o distorsiones cognitivas, el terapeuta intenta que se replantee lo que piensa a través de una serie de preguntas (método socrático).

1. Enumera preguntas útiles dirigidas a examinar la validez de los pensamientos negativos del paciente.

- ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento?
- ¿Son realmente favorables esos datos?
- ¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas?
- ¿Qué habría pensado antes de estar deprimido/ansioso/enfadado...?
- ¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de lo que piensa?
- ¿Qué le diría usted a otra persona que tuviera este pensamiento?
- ¿Qué es lo peor que le puede pasar?
- ¿Y lo mejor?
- ¿Qué es lo más probable que suceda? (Ochoa, 2014, pág. 5)

2. ¿Por qué es importante que los pacientes acepten que las cosas pueden ser de un modo distinto a cómo ellos creen que son?

Si el paciente acepta que las cosas pueden ser de otro modo, estará más dispuesto a cambiar y a realizar experimentos conductuales.

3. Enumera preguntas relacionadas con la utilidad de los pensamientos negativos.

- ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que cree?
- ¿Predominan las desventajas sobre las ventajas?
- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos?

4. ¿Cuál es el objetivo de llegar a la conclusión de que un pensamiento no es útil?

Si el paciente concluye que un pensamiento no es útil, puede: a) centrar la atención no en el pensamiento, sino en la experiencia inmediata, y b) buscar métodos alternativos para lograr los objetivos que desea (Ochoa, 2014, pág. 7).

Se lo puede realizar por medio de las siguientes alternativas:

Manejo de las distorsiones cognitivas

Según Torres R. (2013) en la publicación Preguntas utilizadas en la entrevista y terapia psicológica, manifiesta lo siguiente: El listado basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig de distorsiones cognitivas y su manejo:

1- Filtraje/abstracción selectiva ("No lo soporto", "Horroroso")

A- ¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo?

B- ¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?

2- Polarización ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")

A- ¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

B- ¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así?, ¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?

3- Sobregeneralización ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")

A- ¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente?, ¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?

B- ¿Dónde está la prueba de que las cosas sean siempre así?

4- Inferencia arbitraria o interpretación del pensamiento ("Me parece")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Podríamos comprobar si eso es cierto?

5- Visión catastrófica ("¿Y si ocurriera..?")

A- Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

B- ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

6- Personalización ("Se refieren a mí", "Compararse con otros")

A- ¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo?. ¿Le ayuda en algo?

B- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso? ¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable?

D- ¿Podríamos comprobar si eso es así?

7- Falacia de control ("No puedo hacer nada con esto", "Toda la responsabilidad es mía")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Pueden haber otros factores que hayan influido en eso?

8- Falacia de justicia ("Él/Ella es injusto/a")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio?

B- ¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo?

9- Falacia de cambio ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo entonces podría...")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso?

B- Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?

10- Razonamiento emocional ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")

A- ¿Qué pensó para sentirse así?. ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea?

B- ¿Sentirse así de qué modo prueba de que usted sea un X?

11- Etiquetación ("Soy/Es un X, y tan solo un X")

A- ¿Esa calificación prueba totalmente lo que es ud. o esa persona?

B- ¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona?

12- Culpabilidad ("Por mi culpa", "Por su culpa")

A- ¿Qué pruebas tiene?

B- ¿Pudieron haber otros factores que intervinieran en ese suceso?

C- Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?

13- Deberías ("Yo debo, no debo, Él/Ellos deben..")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente?

B- ¿Realmente es tan grave que eso no sea cómo debe?. ¿Podíamos comprobarlo?

C- ¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias?. Esa exigencia, ¿cómo le está perjudicando?

14- Falacia de razón ("Tengo la razón y no me la dan")

A- Dígame, para ud. ¿qué es tener la razón?. ¿Y ese criterio es razonable?

B- ¿Puede tener el otro puntos de vista diferente?. ¿Los está escuchando?

15- Falacia de recompensa divina ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya?. ¿Qué podría hacer ya?

B- ¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero? (Torres, 2013, págs. 20,21,22)

Técnicas Conductuales

Las conductas alimentarias en riesgo constituyen problemas complejos en los que están implicados factores individuales, sociales, familiares y culturales. Por este motivo, la prevención debería orientarse a todos estos niveles especialmente en procesos de reeducar al cliente y a su familia acerca no solo de hábitos alimenticios, sino también en pautas de comportamientos.

La técnica de resolución de problemas

En los clientes la aplicación de la técnica permite frenar el aumento de preocupación y ansiedad, disminuir los sentimientos de ineffectividad y aumentar la autoeficacia y autoestima percibidas. Además de potenciar las habilidades para resolver los problemas diarios, la aplicación de la técnica permite aumentar la capacidad de autocontrol autopercibida con procedimientos que van más allá del simple control de la comida.

Pasos:

- 1. Identificar las situaciones problemáticas.**
- 2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema.**

Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara. Al describir la respuesta recuerde añadir qué objetivos pretende, es decir si ello se cumpliera significaría que el problema estaría resuelto.
- 3. Haga una lista con las alternativas.** En esta fase se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora. La técnica de la tempestad de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos.
- 4. Vea las consecuencias.** Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
- 5. Evaluar los resultados:** Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas?. (Begoña, 2014)

La técnica de entrenamiento en habilidades sociales

“Tiene como objetivo que la persona adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones sociales y responder asertivamente. La adquisición y posterior aplicación de dichas habilidades facilitan el establecimiento de conductas sociales para vencer el aislamiento social. Ello repercute en la disminución del nivel de ansiedad en dichas situaciones. En los clientes se procede a enseñar y practicar dichas habilidades a través de ensayos de conducta con aplicación de modelado, retroalimentación e instrucciones que favorezcan conductas adaptadas en situaciones sociales y faciliten el restablecimiento de sus relaciones” (Saldaña, 2010).

Entrenamiento en relajación

Esta técnica o método desarrollada por Edmund Jacobson, se sustenta en la idea de que el pensamiento y el estado emocional afectan el nivel de respuesta muscular evidenciándose una relación entre músculo, pensamiento y emociones.

“La Relajación Progresiva resulta especialmente útil e para aliviar el estrés cotidiano y para controlar la ira y la agresividad. La esencia de la técnica consiste en tensar ciertas partes del cuerpo y seguidamente relajarlas. Notar la sensación de tensión y posteriormente de relajación al dejar de contraer un músculo ayudará a sentir un placentero bienestar corporal que se irá traduciendo en un equilibrio psicológico” (Delgado, 2011).

Antes de comenzar a explicar esta técnica debemos tener en cuenta los requerimientos mínimos: puede realizarse en cualquier posición donde nos sintamos cómodos pero en las primeras experiencias es mejor estar acostados en un sitio donde estemos suficientemente cómodos y sepamos que no existirán interrupciones. A la

vez es importante cuidar qué ropa estamos usando para evitar aquellas que estén demasiado ajustadas o nos resulten irritantes.

Pasos:

1. Asumir una postura corporal donde se sienta cómodo, con las manos extendidas a lo largo del cuerpo. Poco a poco irá relajando sus diferentes grupos musculares a partir de auto instrucciones.
2. Respirar profundamente, de manera pausada. Tome aire por su nariz y libérela lentamente por la boca. Mantenga este ritmo respiratorio alrededor de 2 minutos antes de comenzar a brindarse las auto-instrucciones.
3. Concentrarse en sus pies. Ténselos durante 20 o 30 segundos y piense que toda la tensión de su cuerpo se encuentra concentrada en ellos. Dígase mentalmente: “toda la tensión de mi cuerpo se centra en mis pies” y repita esta frase durante estos 20 o 30 segundos (Delgado, 2011).
4. Liberar muy lentamente la tensión de los pies. Muy lentamente, de forma que le tome de 20 a 30 segundos más. Mientras va liberando este grupo muscular debe repetirse mentalmente la frase: “siento como toda la tensión de mi cuerpo se escapa por mis pies” y puede intercalarla con la frase: “siento mis pies muy ligeros”.
5. Una vez que haya relajado estos músculos debe pasar al siguiente grupo: los muslos. El procedimiento es el mismo: contraer (mientras se dice la frase: “toda la tensión de mi cuerpo se centra en mis muslos”) y relajar (mientras se alternan las frases: “siento como toda la tensión de mi cuerpo se escapa por mis muslos” y “siento mis piernas muy ligeras”)
6. Una vez que esté totalmente relajado puede enviarse mensajes del tipo: “Estoy totalmente relajado” “Nada me perturba” “Tengo confianza en mí mismo” “Tengo control sobre mí” (Delgado, 2011)..

Entrenamiento en autoinstrucciones

El procedimiento completo consta de cinco pasos:

1. El terapeuta o monitor actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (Modelado cognitivo).
2. El paciente lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste (Guía externa en voz alta).
3. El paciente lo vuelve a hacer mientras se dirige a sí mismo en voz alta (Autoinstrucciones en voz alta).
4. Ahora el paciente lleva a cabo la tarea de nuevo, pero sólo verbalizando en un tono muy bajo (autoinstrucciones enmascaradas)
5. El paciente guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (autoinstrucciones encubiertas) (Banús, 2012).

Lo que el modelo trata de enseñar a través de estas instrucciones puede concretarse en:

1. **Definir el Problema:** ¿Qué tengo que hacer?
2. **Guía de la Respuesta:** ¿Cómo tengo que hacerlo? (despacio, pinta la raya hacia abajo...).
3. **Autorrefuerzo:** Lo estoy haciendo bastante bien.
4. **Autocorrección:** En el caso de que no se alcance el objetivo propuesto, afrontar el error (si cometo un error puedo continuar. Iré más despacio (Banús, 2012).

“Hay que recordar que el objetivo de esta técnica es modificar las verbalizaciones internas que el sujeto utiliza ante aquellos problemas o situaciones en los que habitualmente fracasa, realizando respuestas inadecuadas para alcanzar el objetivo. Así, pues, el éxito de la técnica viene determinado, no sólo por el cambio de verbalizaciones internas del sujeto, sino por el cambio de comportamiento ante dichas situaciones” (Rodríguez A. , 2010, pág. 64).

Es muy importante adecuar la técnica a las características del paciente. Se aconseja aplicarla de una forma lúdica o humorística si es el caso de niños para que el niño lo viva como un juego.

Se considera el modelado como el procedimiento más eficaz para enseñar las autoinstrucciones. No obstante, existen otros métodos como pueden ser el uso de comics o manuales de procedimiento.

Ensayo conductual y rol playing: “Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica” (Mera, 2010).

Mediante la intervención del terapeuta se escenifica en la terapia las situaciones que ameritan un cambio de roles, lo que ejemplifica las prácticas de conductas más funcionales así como la posibilidad de generar insight desde una posición ajena a la de uno mismo.

Técnica de exposición prolongada más prevención: Se pueden emplear este tipo de técnicas para que la paciente pueda enfrentar gradualmente la ansiedad que le genera la ingesta de los alimentos y de este modo eliminar posibles conductas defensivas, en presencia del terapeuta con finalidades diferentes:

- a) **Exposición a la tentación más prevención de la ingesta y de los atracones** (Jansen, Broekmate y Heymans, 1992; Johnson, Corrigan y Mayo, 1987). La persona se expone a estímulos asociados con los atracones (exposición), pero se le da la instrucción de no comer y de aguantar el tiempo necesario hasta que se reduzca el impulso a comer (prevención de respuesta). Generalmente, se pide a los clientes que jerarquicen situaciones de alto riesgo para los atracones (p.ej., una discusión con alguien o probarse ropa muy ajustada) e identifiquen alimentos que suelen comer durante los atracones. Luego, se pide al cliente que vea, huelga, toque, se lleve a la boca e incluso que pruebe los alimentos seleccionados, mientras imagina que está en una situación de riesgo. Los objetivos básicos de

este tipo de exposición son: a) disminuir el impulso de comer cuando uno se encuentra en situaciones facilitadoras de los atracones y b) aumentar la confianza en sí mismo para poder manejar dicho impulso (Bados & García, 2011, pág. 23).

- b) **Exposición a comer los alimentos evitados más prevención del vómito** (Leitenberget al., 1988; Rosen y Leitenberg, 1985). En este caso el cliente se expone a comer alimentos que provoquen deseos de vomitar (exposición), pero sin poder hacerlo durante 2,5 horas (prevención de respuesta). Los objetivos básicos son: a) aprender a reducir la ansiedad sin acudir al vómito y b) someter a prueba las predicciones sobre las consecuencias de comer sin vomitar (Bados & García, 2011, pág. 23).

6.7. Modelo Operativo.

Etapa	Objetivos	Actividades	Recursos	Instrumentos	Responsables	Tiempo
1^{ra} Inducción y Encaadre	Informar el modelo de la psicoterapia Cognitiva Conductual	Explicación la relación existente entre las distorsiones cognitivas y las conductas alimentarias en riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicóloga clínica. ➤ Paciente. ➤ Consultorio. 	Terapia racional explicativa a través de material concreto y específico que produce una comprensión emocional.	-Psc. De la institución. -Egresada de Psicología Clínica.	02/03/2015
2^{da} Recolección de información	Indagar datos informativos del paciente	Recopilación de información complementaria antecedentes personales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicóloga clínica. ➤ Paciente. ➤ Consultorio. ➤ Hojas ➤ Esferos 	Entrevista psicológica evidenciada en la historia clínica.	-Psc. De la institución. -Egresada de Psicología Clínica.	09/03/2015
3^{ra} Reestructuración cognitiva	Concretar las técnicas de intervención Cognitivas.	Identificación y detección de la presencia de pensamientos automáticos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicóloga clínica. ➤ Paciente. ➤ Consultorio. 	Técnica de detección de pensamientos que se evidencia en auto registros.	-Psc. De la institución. -Egresada de Psicología	Del 16/03/2015 al 13/04/2015

		<p>Aplicación de la reestructuración cognitiva y el cuestionamiento de creencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copias de registros. ➤ Esferos. ➤ Tareas a casa. 	<p>Manejo de supuestos personales a través de los protocolos establecidos para el dialogo socrático.</p> <p>Tareas de auto-observación.</p> <p>Someter los pensamientos automáticos a pruebas de realidad.</p> <p>Manejo de distorsiones cognitivas por medio del listado de preguntas.</p> <p>-Búsqueda de Interpretaciones alternativas.</p>	<p>Clínica.</p>	
--	--	---	--	--	-----------------	--

4 ^{ta} Entrenamien to Conductual	Concretar las técnicas de intervención Conductual	Entrenamiento en el manejo de control emocional. -Generar la adquisición de recursos de resolución de problemas	➤ Psicóloga clínica.	Técnica de resolución de problemas.	-Psc. De la institución. -Egresada de Psicología Clínica.	Del 20/04/2015 al 01/06/2015
			➤ Paciente.	Entrenamiento de habilidades sociales por medio de la guía didáctica y práctica.		
			➤ Consultorio.			
			➤ Copias de listado de frases.			
➤ Esferos.	Técnica de relajación muscular de Jacobson.					
➤ Guía didáctica.	Técnica de Auto-instrucciones a través de la lista de frases auto inducidas.					
➤ Tareas a casa.						
				Ensayo conductual y Role-playing a través del ensayo conductual.		

				Técnica de exposición prolongada más los registros. prevención de conductas defensivas, evidenciada en		
5^{ta} Evaluación y Cierre	Evaluar el avance de la cliente durante el proceso	Definición de los resultados alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicóloga clínica. ➤ Paciente. ➤ Consultorio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoevaluación del proceso. - Percepción familiar. - Sugerir la práctica de las técnicas entrenadas y aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psc. De la institución. -Egresada de Psicología Clínica. 	08/06/2015
6^{ta} Seguimiento	Organizar un proceso de seguimiento basado en la terapia cognitiva conductual grupal.	<p>Externalización de la conducta problemática y la sintomatología.</p> <p>Cohesión del grupo a través de la connotación positiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicóloga clínica. ➤ Grupo terapéutico . 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje vicario a través de la observación. - Acuerdos y compromisos a través de documentos terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psc. De la institución. -Egresada de Psicología Clínica. 	Del 15/06/2015 al 29/06/2015

		Revisión para tareas a casa a través de trabajo por rondas y trabajo individual.				
--	--	--	--	--	--	--

Cuadro N° 12: Modelo Operativo de la Propuesta
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015

Nota:

- El plan de acción está basado en el enfoque de la Psicoterapia Cognitiva Conductual de Aron Beck (1990).
- El plan no es una estructura rígida, sino que puede ser modificado de acuerdo a las necesidades que surjan en el proceso.
- Las sesiones o etapas tendrán un intervalo de 45-50 minutos, con un máximo de una hora.
- Se ha programado un proceso grupal con la finalidad de reforzar los alcances de las adolescentes, mediante un proceso de reforzamiento positivo.

Cronograma de Aplicación y Evaluación de la Propuesta

Semanas	Actividad	Objetivo	Responsable
Primera	Explicar el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual a las adolescentes y familiares.	Inducir al modelo terapéutico y marco teórico de la Terapia Cognitiva Conductual	Psicólogo Clínico
Segunda a Decimo	Aplicación de las técnicas cognitivas y conductuales derivadas del modelo terapéutico.	Identificar los resultados obtenidos por los beneficiarios del programa	Psicólogo Clínico Psicólogo Educativo Estudiante de psicología
Décimo primera a décimo sexta	Recolección de información y tabulación de resultados.	Publicar los resultados y avances obtenidos	Psicólogo Clínico Estudiante de psicología

Cuadro N° 13: Cronograma de aplicación y evaluación de la propuesta
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015

6.8. Administración de la propuesta

La institución está organizada jerárquicamente por el presidente ejecutivo, seguido por la rectora del colegio la Ing. Griselda Núñez, el Departamento De Bienestar Estudiantil está dirigido por la coordinadora del DECE, quien tiene a cargo a los siguientes profesionales: psicóloga clínica, médico y trabajadora social.

Recursos Humanos

Profesionales	Sueldo por hora (4 días a la semana)	Sueldo por mes	Total x los 4 meses de ejecución
Psicólogo clínico encargado del DECE	28	112	448
Psicólogo educativo DECE	28	112	448
Estudiante de psicología	–	–	–
Total	56	224	\$ 896

Cuadro N° 14: Recursos humanos

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Recursos Físicos o Institucionales.

Recursos	N°	Valor/ mes	Valor/ total
Consultorio	1	200	800
Propiedad de la institución	–	–	–
Total		200	800

Cuadro N° 15: Recursos Físicos o Institucionales

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Recursos Materiales

Recursos	Valor/mes	Valor/ total
Material de información: libros, guías, test, internet, etc.	50	200
Material de escritorio: Esferos, impresiones, copias etc.	75	300
Total	125	500

Cuadro N° 16: Recursos materiales

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Otros recursos.

Recursos	Valor/mes	Valor/ total
Transporte	75	300
Refrigerios	-	-
Total	75	300

Cuadro N° 17: Otros Recursos

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

Presupuesto Financiero.

Recursos Humanos	896
Recursos Físicos	800
Recursos Materiales	500
Otros Recursos	300
Total	\$ 2.496

Cuadro N° 18: Presupuesto financiero

Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

Preguntas Básicas	Explicación
1.- ¿Qué evaluar?	Las conductas alimentarias en riesgo
2.- ¿Por qué evaluar?	Porque es un problema que afecta en el área cognitiva, afectiva, somática, interpersonal, y conductual de las adolescentes
3.- ¿Para qué evaluar?	Para identificar la prevalencia y proporción de estas conductas
4.- ¿Con que criterios?	Teoría científico técnica de la Terapia Cognitivo Conductual, eficaz en el aprendizaje de nuevas cogniciones y conductas
5.- Indicadores	Tipos de distorsiones cognitivas Tipos de conductas alimentarias en riesgo, en base a la purga, atracón y compensatorias
6.- ¿Quién evalúa?	Departamento de Consejería Estudiantil DECE
7.- ¿Cuándo evaluar?	Cuando comienza la fecha del proyecto y su ejecución
8.- ¿Cómo evaluar?	Mediante la observación y análisis de los instrumentos escogidos
9.- Fuentes de información	Bibliografía sobre la Psicoterapia Cognitiva Conductual
10.- ¿Con que evaluar?	Por medio de la entrevista psicológica, la historia clínica y la aplicación de pruebas psicométricas

Cuadro N° 19: Plan de evaluación de la propuesta
Elaborado por: Gabriela Carolina Pulgar Andrade. 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman N. (2007). *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares* . España : Horme .
- Ataulfo Alberto. (2007). *Elaborando un manua*. Buenos Aires: novedades educativas.
- Alles.Martha. (2009). *Programas de desarrollo para el crecimiento de las personas y la continuidad de las organizaciones*. Argentina: Granica.
- Alluisi & Fleishman. (2006). *Sindrome Burnout*. Madrid: Diaz de Santos.
- Arancibia V. (2012). *Desarrollo Integral*,. Chile : Galdoc.
- Arce E. (2008). *Tipos de ansiedad* :. Buenos Aires: Argenta Sarlep.
- Arellano, R. (2000). *Marketing Enfoque América Latina*. México: Edit McGraw-Hill /Interamericana México.
- Arístides, V. H. (2006). *Aspectos generales de la depresión*. Lima Planeta .
- Caiza SÁNCHEZ, M. V. (2012). Incidencia de la atención dispersa en el aprendizaje. quito: universidad central del ecuador facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación.

LINKOGRAFÍA:

- Bados, A., & García, E. (15 de Abril de 2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva* . Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A., & García, E. (15 de Junio de 2011). *Técnicas de Exposición*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/152195775/Tecnicas-de-Exposicion-2011>
- Banús, S. (2012). *Entrenamiento en autoinstrucciones*. Obtenido de <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/entrenamientoenautoinstrucciones/index.php>

- Beck, A. (2011). *Teoría Cognitiva*. Obtenido de <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-t-beck.html>
- Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva*. Obtenido de <https://docs.google.com/presentation/d/1iBmh6ZiKNWac9VLUGL1IbiZxCuXp6zO-faBbjYKH3W4/embed?slide=id.i63>
- Begoña, C. (Abril de 2014). *Técnicas para combatir el estrés profesional y aumentar tu rendimiento*. Obtenido de <http://www.xn--begoacartagena-tnb.com/2014/04/tecnicas-para-combatir-el-estres-profesional/>
- Benenti, N. (2011). *Las distorsiones cognitivas Inventario de pensamientos automáticos*. Obtenido de <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3598/3319-Principios%20de%20psicologia%20-%20-%20Benenti.pdf?sequence=1>
- Camerini, J. (2013). *La terapia cognitiva*. Obtenido de http://www.catrec.org/conceptos_tc2013.html
- Cano, J., & Ruíz, J. (2012). *La terapia cognitiva de A. Beck*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual2b.htm>
- CATREC. (2013). *Aaron T. Beck y La Terapia Cognitiva (TC)*. Obtenido de http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html
- CEPVI. (2014). *Trastornos de la alimentación*. Obtenido de <http://www.cepvi.com/DSM/dsm81.shtml#.VPOv6XyUeE4>
- Delgado, J. (15 de Noviembre de 2011). *Técnica de Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Obtenido de <http://www.rinconpsicologia.com/2010/03/tecnica-de-relajacion-muscular.html>
- Escobar, D., & Santi, B. (2013). *Estudio de la articulación de palabras*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3347/1/05%20FECYT%201744%20TESIS.pdf>
- Espina, A., Asunción, M., & Ochoa, I. (2011). *La imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72713401.pdf>

- Gandarillas, G., & Bordejé, F. (12 de Octubre de 2010). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de <https://saludalagon.files.wordpress.com/2013/06/programesprevencic3b3tca.pdf>
- García, A. (2010). *Relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/icsa/licenciatura/documentos/Relacion%20entre%20conductas%20de%20riesgo%20asociadas%20a%20trastornos.pdf
- Gómez, K. (28 de Julio de 2014). *Psicoanálisis*. Obtenido de <https://prezi.com/ik9pgu-lfbu5/copy-of-psicoanalysis/>
- Herrero, C. (2010). *Geografía y Educación*. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=U3-Rk0tFApUC&pg=PA69&lpg=PA69&dq=%22Se+refiere+al+proceso+de+adelantar+una+determinada+%22&source=bl&ots=3mAPsEHBUR&sig=4pxd985IiK_pWnXQ7Vk_wA1PKgk&hl=es-419&sa=X&ei=gnT0VM3vJYmrNsHcg5gM&ved=0CCkQ6AEwAg#v=onepage&q=%22
- INEC. (2010). *Trastornos Alimenticios*. Ambato: INEC.
- Jiménez, F. (2011). *La terapia conductual*. Obtenido de <http://psicologocartagena.es/files/BREVE-RESUMEN-DE-LAS-MODALIDADES-DE-PSICOTERAPI1.pdf>
- Luzuriaga, D. (2010). *Estudio comparativo de las distorsiones cognitivas*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1298/1/07758.pdf>
- Marrero, E. (2012). *Terapia Humanista*. Obtenido de <http://academic.uprm.edu/~eddiem/psic3002/id32.htm>
- Martínez, S. (26 de Agosto de 2014). *Conductismo Teoría del Aprendizaje*. Obtenido de <https://www.academia.edu/9249893/CONDUCTISMO>
- Mejía, A. (25 de Octubre de 2011). *Psicoanálisis*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/70181591/CUADRO-COMPARATIVO>
- Mejía, R. (2011). *Influencia de la práctica de conductas alimentarias de riesgo y la autopercepción*. Obtenido de

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/22000/4453/1/TESIS%20-%20PUCE%20%204216.pdf>

- Mera, D. (2010). *Determinación de los Síntomas Depresivo*. Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4713/1/Tesis%20final.pdf>
- Mina, F., & Rodríguez, J. (3 de Julio de 2010). *Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000300002
- Morales, A. (2012). *Conductas de Riesgo frente a la Anorexia en adolescentes de 12 a 18 años*. Otavalo.
- Morgan, D. (2011). *Estudio de caso basado en la terapia cognitiva conductual*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/141998769/101766>
- Mújica, J. (9 de Febrero de 2013). *Psicología Cognitiva*. Obtenido de <https://prezi.com/h60oh2g5fbrq/copy-of-psicologia-cognitiva/>
- Navarro, N., & Burmeister, J. (2012). *Métodos secundarios: Hipnoterapia y Terapia Breve Cognitivo-Conductual*. Obtenido de http://www.centromoreno.com/esp/form_8.htm
- Nazario, L. (2012). *Trastornos de conducta alimentaria*. Obtenido de <http://www.galenusrevista.com/Trastornos-de-conducta-alimentaria.html>
- Ochoa, J. (28 de Octubre de 2014). *El pensamiento*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/244675077/La-Dra-docx>
- Ortíz, M. d. (2013). *Alimentación y Nutrición*. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf
- Pereira, N., & Romero, D. (Diciembre de 2011). *Distorsiones cognitivas y depresei3n en pacientes con diabetes*. Obtenido de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-11-04855.pdf>
- Pérez, A. (2010). *Conducta Alimentaria*. Obtenido de <https://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090711210049AA1O8mj>
- Psicomed. (2012). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv12.html>

- Ramírez, J. (2012). *Estructura del conocimiento*. Obtenido de https://www.academia.edu/9798360/PSICOLOGIA_COGNITIVA_MONOGRAFIA
- Ramos, R. (2010). *Elaboración y medición de un cuestionario multimedia*. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=1rtFFoqWB1gC&pg=PA38&lpg=PA38&dq=%22Se+eval%C3%BAan+los+acontecimientos+otorg%C3%A1ndole+%22&source=bl&ots=XEkw4EL64g&sig=DNp1hVsUjuyv7yyDJ-sva-e3N7U&hl=es-419&sa=X&ei=iXX0VOH5DoiYgwSPIYSQAg&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q>
- Reyes, J. (Enero de 2015). *Reestructuración cognitiva*. Obtenido de <https://prezi.com/5nkohfukmcsb/untitled-prezi/>
- Rodríguez, A. (2010). *Plan terapeutico mediante la aplicación de terapia cognitiva*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1325/1/07888.pdf>
- Rodríguez, B., & Fuentes, I. (1 de Enero de 2011). *Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México*. Obtenido de <http://www.losmedicamentos.net/articulo/conductas-alimentarias-de-riesgo-prevalencia-en-mujeres-de-nivel>
- Ruiz, J. (2011). *La interpretación cognitiva de Ellis y Beck*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Suenos/suenos5.htm>
- Sabate, N. (2011). *corriente cognitiva*. Obtenido de http://www.centrelondres94.com/files/terapia_cognitiva.pdf
- Saldaña, T. (2010). *Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario*. Obtenido de <http://www.ub.edu/personal/docencia/infocomp/carmcomp.htm>
- Sánchez, J. C. (26 de Agosto de 2010). *Un modelo explicativo de la conducta alimentaria riesgo en adolescentes*. Obtenido de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080191369.pdf>

- Torres, R. (2013). *Preguntas utilizadas en la terapia*. Obtenido de http://dateca.unad.edu.co/contenidos/403011/Preguntas_utilizadas_en_la_entrevista_y_terapia_psicologia.pdf
- Turón, V. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc5846.pdf
- Vera, D. (Octubre de 2010). *Habilidades Sociales Discapacitados*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/1501760/Habilidades-Sociales-Discapacitados>
- Zaragoza, J. (6 de Noviembre de 2012). *Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/14773/Jessica.pdf?sequence=1>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- EBRARY. Etchegoyen, R. (2012). *Fundamentals on Psychoanalytic Technique* (208). Editorial Karnac Books. Disponible en: site.ebrary.com.
- E-LIBRO: Ugarte, H. (2004). *Conducta humana: instintos y sociedad*. Recuperado el 24 de Marzo de 2014, de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10638515&p00=conducta>.
- PROQUEST: Vitela, N. (2007). Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/307849504?accountid=36765>
- SCIELO:Ramírez, P. Navarro, J. y Menacho, I. (2010). *Estilo cognitivo reflexividad-impulsividad en Escolares estafa intelectual alto Nivel*. Recuperado el 22de febrero del 2014, Disponible en: <http://www.scielo.org.com>
- Bigge, M; Hunt, M. *Bases psicológicas de la educación*. Tomado el 4 de Abril del 2013. Disponible en <http://orton.catie.ac.or>
- ArdonLedezma, Rolando. *El perfil psicosocial y su relación con el rendimiento académico en alumnos del primer año en la carrera de Psicología de la U.N.A.H*. Tomado el 3 de Junio del 2013. Disponible en www.cervantesvirtual.com

ANEXOS

ANEXO I

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y señala con una X el numero que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

1	2	3	4
Nunca o Casi Nunca	A Veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana

		1	2	3	4	
CR1	Me ha preocupado engordar					
CR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida					
CR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)					
CR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso					
CR5	He hecho ayunos(dejar de comer por 12 horas o más)					
CR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso					
CR7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso					
CR8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____					
CR9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.					
CR10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar					

ANEXO II

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones coloque su respuesta en el recuadro derecho que aparece al lado de cada pensamiento. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Nunca pienso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo	Con mucha frecuencia lo
0	1	2	3

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas.	0	1	2	3
3	Todo lo que hago me sale mal.	0	1	2	3
4	Sé que piensan mal de mí.	0	1	2	3
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6	Soy inferior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.	0	1	2	3
8	¡No hay derecho a que me traten así.	0	1	2	3
9	Si me siento triste es por que soy un enfermo mental.	0	1	2	3
10	Mis problemas dependen de los que me rodean.	0	1	2	3
11	Soy un desastre como persona.	0	1	2	3
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.	0	1	2	3
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas.	0	1	2	3
14	Sé que tengo la razón y no me entienden.	0	1	2	3
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.	0	1	2	3
16	Es horrible que me pase esto.	0	1	2	3
17	Mi vida es un continuo fracaso.	0	1	2	3
18	Siempre tendré este problema.	0	1	2	3
19	Sé que me están mintiendo y engañando.	0	1	2	3
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3

21	Soy superior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.	0	1	2	3
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	0	1	2	3
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.	0	1	2	3
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.	0	1	2	3
26	Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa.	0	1	2	3
28	No debería de cometer estos errores.	0	1	2	3
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto.	0	1	2	3
30	Ya vendrán mejores tiempos.	0	1	2	3
31	Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32	Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33	Nunca podré salir de esta situación.	0	1	2	3
34	Quieren hacerme daño.	0	1	2	3
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36	La gente hace las cosas mejor que yo.	0	1	2	3
37	Soy una víctima de mis circunstancias.	0	1	2	3
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.	0	1	2	3
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.	0	1	2	3
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.	0	1	2	3
41	Soy un neurótico.	0	1	2	3
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco.	0	1	2	3
43	Debería recibir mas atención y cariño de otros.	0	1	2	3
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.	0	1	2	3
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor.	0	1	2	3

ANEXO III

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO.

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Psicología Clínica

HISTORIA CLÍNICA PSICOLOGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

INSTRUCCIÓN:

OCUPACION:

DIRECCION DOMICILIARIA:

FECHA:

N. DE HISTORIA CLINICA:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

4. ANAMNESIS NORMAL Y PATOLOGIA PERSONAL Y FAMILIAR

PRENATAL

NATAL

INFANCIA

ADOLESCENCIA

5. ANAMNESIS SOCIAL Y LABORAL

6. EXAMEN DE FUNCIONES

a. Área cognitiva.

b. Área afectiva

c. Área somática

d. Área interpersonal

e. Área conductual

7. DIGNOSTICO PRESUNTIVO

8. REACTIVOS PSICOLOGICOS

9. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Firma.