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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

"EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA COMO FACTOR QUE INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE MUJERES ESTUDIANTES DE PRIMERO A OCTAVO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO - JULIO 2011"

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

Autor: Aguirre Cobo, Jairo Fabián
Tutora: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen

Ambato – Ecuador
Noviembre, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:
EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA COMO FACTOR QUE INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE MUJERES ESTUDIANTES DE PRIMERO A OCTAVO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO - JULIO 2011 de Aguirre Cobo Jairo Fabián 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, Julio del 2013

LA TUTORA

…….……

Dra. Verónica del Carmen Llerena Poveda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA COMO FACTOR QUE INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE MUJERES ESTUDIANTES DE PRIMERO A OCTAVO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO - MARZO – JULIO 2011",** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2013

EL AUTOR

.....

Jairo Fabián Aguirre Cobo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos 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 y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Julio del 2013

EL AUTOR

.....

Jairo Fabián Aguirre Cobo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema: **EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA COMO FACTOR QUE INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE MUJERES ESTUDIANTES DE PRIMERO A OCTAVO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO - JULIO 2011** del Sr. Jairo Fabián Aguirre Cobo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2013

Para constancia firman

----------	----------	----------
PRESIDENTE/A	**1er. VOCAL**	**2do. VOCAL**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo a mis padres que con sus sabios consejos hicieron que nunca me diera por vencido, a mi esposa quien cariñosamente supo brindarme la fuerza para seguir adelante, a mi familia ya que inspiraron e impulsaron mis sueños.

Jairo Fabián Aguirre Cobo

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a la Universidad Técnica de Ambato, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Carrera de Psicología Clínica, ya que gracias a su incansable y noble labor he logrado realizar mi proyecto de manera integral y satisfactoria.

De igual manera a mi tutora la Dra. Verónica Llerena quien de forma sabia y clara supo guiarme en el camino hacia mi futuro.

A mi querido amigo el Psicólogo Bruno Celi por el apoyo brindado durante todo este proceso.

Finalmente agradezco a Dios por darme la vida y la fuerza para ver realizados hoy mis sueños.

Jairo Fabián Aguirre Cobo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR ..... **ii**
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO ..... **iii**
DERECHOS DE AUTOR ..... **iii**
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR ..... **iv**
DEDICATORIA ..... **vi**
AGRADECIMIENTO ..... **vii**
RESUMEN ..... **xvii**
SUMMARY ..... **xix**
INTRODUCCIÓN **1**
CAPÍTULO I **2**
EL PROBLEMA **2**
1.1 Contextualización histórico social: **2**
1.1.1 Contexto macro. 2
1.1.2 Contexto meso: 2
1.1.3 Contexto micro: 2
1.2 Análisis Crítico **4**
1.3 Prognosis. **5**
1.4 Formulación del problema. **6**
1.5 Preguntas directrices **6**
1.6 Delimitación del problema: **6**
1.6.1 Delimitación del Contenido: 6
1.6.2 Delimitación espacial: 6
1.6.3 Delimitación temporal 6
1.7 Justificación **7**
1.8 Objetivos **8**
1.8.1.- Objetivo General 8
1.8.2.- Objetivos Específicos 8
CAPÍTULO II **9**
MARCO TEÓRICO **9**
2.1 Investigaciones Previas **9**
2.2 Fundamentación Teórica **11**
2.2.1 Fundamentación Filosófica 11
2.2.2 Fundamentación Epistemológica 11
2.2.3 Fundamentación Ontológica 11
2.2.4 Fundamentación Axiológica 12
2.2.5 Fundamentación Sociológica 12

2.2.6 Fundamentación Psicológica....13
2.3 Categorías Fundamentales.... 17
2.3.1 Psicología Clínica....17
2.3.2 Psicopatología....17
2.3.3 Desarrollo psicosocial....23
2.3.4 Familiar....24
2.3.5 Personal....25
2.4 Formulación de la hipótesis: 28
2.5 Determinación de Variables 28
CAPÍTULO III 29
MARCO METODOLÓGICO.... 29
3.1 Enfoque.... 29
3.2 Modalidad básica de la investigación: 29
3.2.1 Investigación Bibliográfica....29
3.2.2 Investigación de Campo....29
3.2.3 Investigación Conjunta....29
3.3 Niveles o tipo de investigación 29
3.3.1 Asociación de Variables....29
3.4 Población y muestra.... 30
3.5 Operacionalización de variables:.... 31
3.6 Recolección de información: 33
3.7. Procesamiento y análisis:.... 34
CAPÍTULO IV.... 35
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.... 35
4.1 Análisis cuanti-cualitativo.... 35
4.1.1 Análisis e interpretación de resultados de la variable independiente.....35
4.1.2 Análisis de interpretación de resultados de la variable dependiente. 94
4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS....112
4.2.1. Variable Independiente 112
4.2.2. Variable Dependiente 112
4.2.3. Planteamiento de la Hipótesis....112
4.2.4. Selección del nivel de significación 112
4.2.5. Descripción de la Población....112
4.2.6. Especificación del estadístico 112
CAPÍTULO V....117
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....117
5.1 Conclusiones....117
5.2 Recomendaciones....118
CAPÍTULO VI....119

PROPUESTA **119**
6.1 Tema: **119**
6.2 Datos informativos: **119**
6.3 Antecedentes: **119**
6.4 Objetivos **121**
6.5 Justificación **121**
6.6 Fundamentación técnica **122**
6.7 Metodología: **140**
6.8 Recursos administrativos: **151**
MATERIALES DE REFERENCIA **152**
1. Bibliografía: ..... ¡Error! Marcador no definido.
2. Linkografía: **153**

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO III

Cuadro No. 1 31

Cuadro N° 2 32

Cuadro N° 3 33

CAPÍTULO IV

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (EDI)

C. 1.- Como dulces he hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirse nervioso/a. 35

C.2.- Pienso que mi estómago es demasiado grande..... 36

C.3.- Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia..... 37

C.4.- Me gustaría ser más joven..... 38

C.5.- Pienso en seguir una dieta. 39

C.6.- Me asusto cuando mis sensaciones/ sentimientos son demasiado intensos 40

C.7.- Pienso que mis muslos son demasiado anchos..... 41

C.8.- Me siento ineficaz como persona..... 42

C.9.- Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso..... 43

C.10.- Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado 44

C.11.- Mi familia solo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual. 45

C.12.- El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño. 46

C.13.- Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos 47

C.14.- Me aterroriza ganar peso..... 48

C.15.- Confío en los demás 49

C.16.- Me siento solo/a en el mundo. 50

C.17.- Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo..... 51

C.18.- Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control..... 52

C.19.-Me siento confundido/a ante las emociones que siento. 53

C.20.- Prefiero ser adulto que niño..... 54

C.21.- Me comunico fácilmente con los demás. **55**
C.22.- Me gustaría ser otra persona. **56**
C.23.- Exagero o aumento la importancia del peso. **57**
C.24.- Puedo identificar claramente las emociones que siento. **58**
C.25.- Me siento inadaptado/a. **59**
C.26.- Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros. **60**
C.27.- Tengo amistades íntimas. **61**
C.28.- Me gusta la forma de mis nalgas. **62**
C.29.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a. **63**
C.30.- No sé lo que está pasando dentro de mí. **64**
C.31.- Tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás. ... **65**
C.32.- Las exigencias del adulto son demasiado grandes. **66**
C.33.- Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago **67**
C.34.- Me siento seguro/a de mí mismo/a. **68**
C.35.- Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a. **69**
C.36.- No me doy cuenta de si tengo hambre o no. **70**
C.37.- Tengo una pobre opinión de mí mismo. **71**
C.38.- Pienso que puedo alcanzar mis metas **72**
C.39.- Mis padres han esperado cosas excelentes de mí. **73**
C.40.- Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control. **74**
C.41.- Pienso que mis caderas son demasiado anchas. **75**
C.42.- Después de haber comido poco me siento hinchado /a. **76**
C.43.- Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as. ... **77**
C.44.-Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando. **78**
C.45.-Pienso que soy una persona útil. **79**
C.46.-Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado /a o enojado/a. **80**
C.47.-Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas. **81**
C.48.-Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercárseme o entablar amistad. **82**

C.49.-Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado. 83

C.50.-Me siento interiormente vacío/a. 84

C.51.-Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales. 85

C.52.-El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida. 86

C.53.-Creo que mis nalgas son demasiado anchas. 87

C.54.-Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente. 88

C.55.-Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado. 89

C.56.-Mis metas son excesivamente altas. 90

C.Resultados finales de la calificación e interpretación del inventario de trastornos de alimentación. (EDI). 92

CUESTIONARIO DESARROLLO PSICOSOCIAL

C. 60.1.-Busco aceptación y la aprobación de los demás. 94

C. 61. 2.-Conozco mis fortalezas y debilidades. 95

C. 62. 3.-Hay momentos de mi vida en los que me siento insegura. 96

C. 63. 4.-Me muestro espontanea ante la gente. 97

C. 64. 5.-Cuando me siento insegura se me dificulta la resolución de un conflicto. 98

C. 65. 6.-No tolero que la gente se aleje de mí. 99

C. 66. 7.-Necesito la presencia de personas a mi alrededor para sentirme segura. 100

C. 67. 8.-Necesito la opinión de los demás para saber cómo soy. 101

C. 68. 9.-Incurro en actividades que están fuera de mis parámetros con la finalidad de pertenecer a un grupo. 102

C. 69. 10.-Disfruto estando sola. 103

C. 70. 11.-Tengo que proyectar seguridad hacia los demás. 104

C. 71. 12.-Se me dificulta entablar relaciones nuevas. 105

Resultados finales de la calificación e interpretación del cuestionario de desarrollo psicosocial. 106

Verificación de la hipótesis general. 108

Verificación de la hipótesis de la variable independiente. 110

Verificación de la hipótesis de la variable dependiente. 111

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

FASE I – ALIANZA DE TRATAMIENTO.....140
FASE II - COGNITIVA.....141
FASE III – RACIONAL EMOTIVA 142
FASE IV - VIVENCIAL 144

PLAN OPERATIVO

Fase I Alianza de tratamiento.....145
Fase III. Racional emotiva.....147
Fase V. Vivencial 150

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO II

RED DE CONCLUSIONES FUNDAMENTALES 14
CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE 15
CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE..... 16

CAPÍTULO IV

INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (EDI)

Gráfico N° 1 35
Gráfico N° 2..... 36
Gráfico N° 3 37
Gráfico N° 4 38
Gráfico N° 5..... 39
Gráfico N° 6 40
Gráfico N° 7..... 41
Gráfico N° 8 42
Gráfico N° 9..... 43
Gráfico N° 10 44
Gráfico N° 11 45
Gráfico N° 12 46
Gráfico N° 13 47

Gráfico N° 14 ..... **48**
Gráfico N° 15 ..... **49**
Gráfico N° 16 ..... **50**
Gráfico N° 17 ..... **51**
Gráfico N° 18 . ..... **52**
Gráfico N° 19 ..... **53**
Gráfico N° 20 ..... **54**
Gráfico N° 21 ..... **55**
Gráfico N° 22 ..... **56**
Gráfico N° 23 ..... **57**
Gráfico N° 24 ..... **58**
Gráfico N° 25 ..... **59**
Gráfico N° 26 ..... **60**
Gráfico N° 27 ..... **61**
Gráfico N° 28 ..... **62**
Gráfico N° 29 ..... **63**
Gráfico N° 30 ..... **64**
Gráfico N° 31 ..... **65**
Gráfico N° 32 ..... **66**
Gráfico N° 33 ..... **67**
Gráfico N° 34 ..... **68**
Gráfico N° 35 ..... **69**
Gráfico N° 36 ..... **70**
Gráfico N° 37 ..... **71**
Gráfico N° 38 ..... **72**
Gráfico N° 39 ..... **73**
Gráfico N° 40 ..... **74**
Gráfico N° 41 ..... **75**
Gráfico N° 42 ..... **76**
Gráfico N° 43 ..... **77**
Gráfico N° 44 ..... **78**
Gráfico N° 45 ..... **79**
Gráfico N° 46 ..... **80**

Gráfico N° 47 ..... **81**
Gráfico N° 48 ..... **82**
Gráfico N° 49 ..... **83**
Gráfico N° 50 ..... **84**
Gráfico N° 51 ..... **85**
Gráfico N° 52 ..... **86**
Gráfico N° 53 ..... **87**
Gráfico N° 54 ..... **88**
Gráfico N° 55 ..... **89**
Gráfico N° 56 ..... **90**
Gráfico N° 57 ..... **91**
Gráfico N° 58. ..... **92**
Gráfico N° 59 ..... **93**

CUESTIONARIO DESARROLLO PSICOSOCIAL

Gráfico N° 60 ..... **94**
Gráfico N° 61 ..... **95**
Gráfico N° 65 ..... **96**
Gráfico N° 66 ..... **97**
Gráfico N° 67 ..... **98**
Gráfico N° 68: **99**
Gráfico N° 69 ..... **100**
Gráfico N° 70 ..... **101**
Gráfico N° 71: **102**
Gráfico N° 72: **103**
Gráfico N° 73: **104**
Gráfico N° 74 ..... **105**

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

"EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA COMO FACTOR QUE INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE MUJERES ESTUDIANTES DE PRIMERO A OCTAVO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO - JULIO 2011".

Autor: Aguirre Cobo, Jairo Fabián
Tutor: Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen
Fecha: Julio del 2013

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante principal el determinar si la Anorexia Nerviosa es un factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de primero a octavo semestre de la carrera de psicología clínica de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato en el periodo comprendido entre marzo - julio 2011 partiendo desde los componentes psicopatológicos que se entrelazan y que derivan de interacciones inapropiadas que surgen a raíz de este fenómeno.

El enfoque del trabajo realizado fue el cuanti-cualitativo, aplicando la investigación bibliográfica-documental y de campo con un nivel de asociación de variables, se trabajó con 28 mujeres atendidas en el dispensario médico Eugenio Espejo dentro del periodo descrito encontrando que el 68% de las mujeres presentan anorexia nerviosa, por lo cual se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un programa de tratamiento multimodal, con la finalidad de abordar la anorexia nerviosa y optimizar un adecuado desarrollo psicosocial en las estudiantes atendidas en el dispensario médico Eugenio espejo de la universidad

Técnica de Ambato", mismo que se basa en la corriente cognitiva de BECK**,** la que es un sistema de psicoterapia basado en la teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas, y con la Terapia Racional Emotiva de Ellis, o el modelo A-B-C, que sostiene que, los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto doctrinamiento" en exigencias irracionales. Por lo tanto en programa se creó con el fin de lograr un adecuado desarrollo psicosocial de las mujeres estudiantes.

PALABRAS CLAVES:
ANOREXIA_NERVIOSA, DESARROLLO_PSICOSOCIAL, BECK, ELLIS, TRASTORNOS.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY RACE

"ANOREXIA NERVOSA DISORDER THAT SHINES AS A FACTOR IN PSYCHOSOCIAL DEVELOPMENT OF WOMEN STUDENTS FIRST TO EIGHTH RACE HALF OF CLINICAL PSYCHOLOGY FACULTY OF HEALTH AMBATO TECHNICAL UNIVERSITY IN THE PERIOD FROM MARCH - JULY 2011 ".

Author: Aguirre Cobo, Jairo Fabián
Tutor: Dr. Llerena Poveda, Veronica del Carmen Date: July 2013

SUMMARY

This research work was to determine whether the main question Anorexia Nervosa is a factor in the psychosocial development of women students in first through eighth semester of clinical psychology program of the Faculty of Health Sciences at the Technical University of Ambato in the period from March to July, 2011 starting from psychopathological components intertwine and deriving from inappropriate interactions that arise from this phenomenon.

The focus of the work was the quantitative - qualitative research using documentary and bibliographic field with a variable level of partnership , we worked with 28 women attending the medical clinic Eugenio Espejo within the period described finding that 68 % of women have anorexia nervosa , so raised as proposed the development and implementation of a multimodal treatment program , in order to tackle anorexia nervosa and optimize adequate psychosocial

development in students served in the medical clinic Eugenio mirror Technical university of Ambato , "which is based on the cognitive BECK , which is a system of psychotherapy based on the theory of psychopathology that maintains that perception and the structure of the individual's experiences shape their feelings and behaviors , and the Ellis Rational Emotive Therapy , or the ABC model, which holds that emotional disorders derived from a continuous "auto doctrinamiento" to unreasonable demands . Therefore program was created in order to achieve adequate psychosocial development of women students.

KEYWORDS:
ANOREXIA NERVOSA, PSYCHOSOCIAL DEVELOPMENT, BECK, ELLIS, DISORDERS.

INTRODUCCIÓN

Al hablar de Anorexia Nerviosa nos estamos refiriendo a un patrón comportamental auto destructivo que se va fortaleciendo con el pasar del tiempo, dicho patrón se ve fortalecido por aportes exógenos que se generan gracias a la interacción de las mujeres quien la padecen y su entorno, la carencia de auto concepto y una personalidad permeable generan en que el trastorno se arraigue con fuerza en la mujer, convirtiéndose en una estilo de vida poco saludable que la degenera tanto psicológicamente, socialmente y biológicamente, las sobrexigencia y las metas excesivamente altas hacen que la mujer no tolere la frustración y por lo tanto realice severos juicios en contra de sí mismas lo que deriva en la abstención del alimento para mantener así un supuesto control de sus vidas, dicho comportamiento se ve estrechamente ligado en el tema de la ingesta de alimento, mismo que es medido por la cantidad que se logra racionar cada día, cayendo la mujer en la reestructuración de su comportamiento primario, para así acoger a su nueva forma de confrontar las situaciones que se le plantean día a día.

Desde la perspectiva del enfoque de la terapia cognitiva de Beck quien menciona que es un sistema de psicoterapia basado en la teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. De igual manera la terapia Racional emotiva de Ellis propone el Modelo A-B-C, que menciona que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia como fin, no es solo tomar conciencia de este auto doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta. Así mismo este tipo de trastorno que se da en las mujeres atendidas en el dispensario médico Eugenio Espejo, se puede notar que existe una excesiva preocupación por la comida así como por la delgadez, de igual forma son extremadamente severas consigo mismas, dichas consideraciones están estrechamente ligadas a lo exitosas que pueden llegar a ser tanto en el campo personal, social y familiar.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Contextualización histórico social:

1.1.1 Contexto macro.

Se puede ver que la anorexia nerviosa afecta a varias personas, indistintamente de su edad y condición social, si bien es cierto la incidencia en personas jóvenes cada vez es mayor por tal razón (Barrera, 2003). (España). En su obra. A perder peso, estadísticas de anorexia nerviosa, nos comenta que, "el grupo etario de mayor riesgo está comprendido entre los 14 a 18 años, aunque existen estudios que amplían esta edad desde los 12 a los 25 años. Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5 al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común de este grupo, dentro de mujeres jóvenes que se encuentran a dieta, se calcula que sólo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso.

1.1.2 Contexto meso:

En América Latina la problemática avanza como lo menciona, (Velásquez, 2012). (Colombia). En su obra, estadísticas en Colombia nos manifiesta que. "En este país se calcula que al menos dos de cada cien adolescentes, que tienen suficiente comida sufren de anorexia nerviosa, por lo que se estima que cerca de 80.000 jóvenes mujeres entre 14 y 19 años la padecen, en Medellín, la Universidad de Antioquia descubrió que el 17.7% de las mujeres del grupo de riesgo, entre 18 y 25 años, padecen la enfermedad".

(El Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008). (México). Menciona que "dichos padecimientos de anorexia nerviosa se han quintuplicado en los últimos 10 años, al registrarse 20 mil casos anuales, afectando a más de 2 millones de mexicanas.

1.1.3 Contexto micro:

La anorexia nerviosa va de la mano con factores sociales que se encuentran delimitados por modelos mal estructurados y deformados, la globalización y la invasión indiscriminada de productos de consumo masivo, delega en la población

joven de los países latinoamericanos una imagen distorsionada de sí mismos, y crea la necesidad ficticia de “perfección” el cual no se ajusta a la realidad de cada persona que trata de ajustarse, lo cual conlleva inevitablemente a caer en un círculo de extrema fragilidad psicológica, donde la persona es aceptada e incluida en un nicho social, previo un análisis de su apariencia, la cual según quien la padece, proyecta seguridad y autocontrol de las cosas que están a su alrededor.

(León 1998). (Ecuador). Nos comparte que, “Entre 2.500 personas atendidas en tres años en el programa de adolescentes del Hospital Espejo se detectó anorexia desde la más temprana adolescencia, en mujeres y en todos los grupos sociales. Pero la tendencia anoréxica se evidencia también entre los de 20 y 25 años. Un grupo multidisciplinario, dirigido por el psicólogo Carlos, hizo una evaluación en 212 estudiantes, la mayoría mujeres, de una universidad privada de Quito, de un promedio de edad de 20 años. Se encontró que el índice de masa corporal estaba en el límite inferior de la normalidad: 20,4, lo ideal está entre 20 y 25. Algunas de estas jóvenes podrían reunir factores que predisponen y desencadenan la anorexia. Son de tipo biológico, intrapersonales, socioculturales y familiares. Estévez anota los que generalmente están presentes: el tejido adiposo se incrementa en la pubertad, una baja autoestima y ansiedad; una personalidad dominante, introvertida, obsesiva, depresiva; en muchos casos hay un alto rendimiento escolar; y, conflictos familiares que se ocultan en una apariencia de "familia perfecta". A esto se suman las presiones socioculturales como la desaprobación social. Este es el factor más sobresaliente que hace de la anorexia, la "enfermedad de la moda": el modelo que no calza queda afuera”. La anorexia nerviosa vincula estrechamente el aspecto social de las personas, llegando así al límite de la resistencia psicológica y física, la extrema fragilidad de este hecho , supone que quienes la padecen son aceptadas socialmente, los mal modelos estandarizados de belleza no cumplen necesariamente con la estructura ideológica y estándares físicos de cada sociedad, de allí que no se puede otorgar un modelo de belleza general como el ideal, todo esto conlleva a caer en este círculo de interrogantes que plantean diversas formas de lograrlo cayendo así en la anorexia nerviosa, y dependiendo exclusivamente de su delgadez como vehículo para la felicidad y la aceptación por parte de la personas que están a su alrededor.

1.2 Análisis Crítico

Existe una relación entre anorexia nerviosa y desarrollo psicosocial, ya que de esta forma se da la interrelación patológica llegando a desencadenar en componentes no aptos, ni acordes, a lo que en parámetros socioculturales a nivel de nuestra población se encuentra definido.

Como característica básica de los componentes de la anorexia nerviosa, aparece un miedo intenso al aumento de peso, el mismo que representa un causal importante en la percepción que sus familiares tienen de la persona que padece de anorexia nerviosa, por lo que la relación que ya existía se va afectando y modificando, ya que la persona que sufre de anorexia nerviosa va cambiando tanto sus conductas, como varios aspectos de su cotidianeidad, la persona deja de relacionarse y compartir con su familia, hasta el punto de aislarse y llegar a donde las relaciones existentes con la misma se deterioran ya que el hecho de privarse de alimento se ve relacionado con la interacción familiar o que concierne a aspectos comunicacionales tanto en el plano analógico como quinestésico de manera tal que incide en su desarrollo psicosocial. Debido que el individuo va creando rituales previo de la ingesta alimenticia por el temor excesivo a engordar con el tiempo se vuelven de tanta importancia esto que lo prepara para seguir formando conductas repetitivas, de allí que la hora de compartir con el sistema familiar la alimentación se vuelve un momento angustiante por lo tanto nada placentero debido a la carencia de confianza presentada hacia sus familiares ya que los percibe como una amenaza por las constantes críticas que recibe acerca de su volumen corporal este tipo de personas así mismo hablando de características de la anorexia nerviosa encontramos que existe una excesiva influencia de la imagen corporal sobre la autovaloración la cual está relacionada directamente con las relaciones de trabajo, académicas y en su deterioro.

Por otro lado la excesiva influencia de la imagen corporal sobre la autovaloración hace que la persona de una extremada importancia a su aspecto corporal dejando en un muy segundo plano a su trabajo y o a su estudio, debido a que este tipo de personas tienen una dependencia de tipo afectiva y emocional, lo cual está

contemplado en las etapas del desarrollo psicosocial visto desde un plano inadecuado, por lo tanto el individuo que padece de este cuadro necesitara la aprobación constante misma que busca en sus pares ya sean de trabajo o de estudio, esto a su vez lo convierte en un sujeto vulnerable a los comentarios en el medio en el que se desarrolla, por lo tanto no logra ser independiente.

De igual forma la negación de la gravedad del bajo peso es una de las concomitantes que repercute e incide en la interacción con el medio social, por lo tanto aquí al existir esta negación se da paso a una relación de pareja inapropiada, debido a que esta característica básica de desconfianza existente ante la negatividad de su bajo peso corporal tiende a causar conflicto ya que es la persona que comparte cierta afinidad sentimental será la que observe dichos cambios corporales y los ponga de manifiesto, causando incomodidad a la persona que padece anorexia nerviosa.

1.3 Prognosis.

Si no se realiza el estudio acerca del trastorno de Anorexia nerviosa como factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres jóvenes estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato de la carrera de Psicología Clínica, no existirá un precedente que siembre las bases para la concientización de la existencia de la problemática, que día a día toma más fuerza y gana más personas quienes de no ser por esta investigación, no tendrán una guía para la prevención del trastorno.

De igual forma si no se realiza este estudio el deterioro psicosocial puede ocasionar una afectación profunda en las esferas de una mujer, como en su rendimiento académico y laboral al igual que en su productividad y temas de índole psicológica más profunda como es el hecho del supuesto estigma que atañe estar con sobrepeso, ya que si no se realiza este estudio, las mujeres no tendrían métodos y técnicas para abordar claramente este problema, sabiendo la importancia que tiene para algunas personas su aspecto físico, sino se hace el estudio las personas que viven con este trastorno es probable que caigan victimas de aislamiento, soledad y finalmente la muerte.

1.4 Formulación del problema.

¿El trastorno de Anorexia nerviosa es un factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de primero a octavo semestre de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato durante el periodo diciembre 2010-Julio 2011?

1.5 Preguntas directrices.

1.5.1.- ¿Cuál es la característica del trastorno de anorexia nerviosa que predomina en la población estudiada?

1.5.2.- ¿Qué etapa del desarrollo psicosocial es la de mayor prevalencia en la población estudiada?

1.5.3.- ¿Es factible elaborar un programa psicoterapéutico aplicable al problema investigado?

1.6 Delimitación del problema:

1.6.1 Delimitación del Contenido:

1.6.1.1.- **Campo:** Psicología Clínica

1.6.1.2.- **Área:** Desarrollo Psicosocial

1.6.1.3.- **Aspecto:** Anorexia Nerviosa

1.6.2 Delimitación espacial:

Esta investigación se realizará con las estudiantes de 1ro a 8vo semestre de la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

1.6.3 Delimitación temporal

Esta investigación se realizará durante el periodo comprendido entre Marzo 2011-Julio 2011.

1.7 Justificación

Es de interés el hecho de investigar la problemática, ya que el trastorno de anorexia nerviosa como factor de incidencia en el desarrollo psicosocial influye en aspectos vitales de la vida de las mujeres de la carrera de psicología clínica. De igual forma es factible porque existe la pre-disponibilidad de la muestra, ya que se cuenta con el tiempo necesario para realizar la investigación al igual que los recursos físicos, didácticos y bibliográficos del tema propuesto por el investigador como también es original por quela propuesta es única en su especie ya que no existe plagio, se pueden encontrar varias investigaciones acerca de la anorexia nerviosa pero ninguno aplicado a las mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

La presente investigación forma parte fundamental del contexto estructural de la propuesta, y es un pilar importante para consignar por escrito lo explorado, los conocimientos y las experiencias adquiridas, haciendo énfasis en la necesidad de recabar datos y dejar un antecedente que sirva como guía para ayudar a prevenir los trastornos alimenticios, y su influencia en el desarrollo psicosocial, debido a la realidad que viven las mujeres de la Universidad Técnica de Ambato en la carrera de Psicología Clínica de modo que se adapta al tema propuesto.

El problema objeto de estudio se encuentra susceptible a ejecutarse ya que la Universidad brinda apertura para obtener información y disponer de los suficientes recursos y toda la predisposición para cumplir con la propuesta planteada.

Contar con una guía la cual ayudará a tener una solución, para que las mujeres jóvenes obtengan información acerca de la anorexia nerviosa orientada a la prevención.

1.8 Objetivos

1.8.1.- Objetivo General

Determinar la influencia del trastorno de anorexia nerviosa como factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de primero a octavo semestre de la carrera de psicología clínica de la universidad técnica de Ambato.

1.8.2.- Objetivos Específicos

1.8.2.1.- Definir la característica del trastorno de anorexia nerviosa que predomina en la población estudiada.

1.8.2.2.- Identificar que etapa del desarrollo psicosocial es la de mayor prevalencia en la problemática planteada.

1.8.2.3.- Elaborar un programa psicoterapéutico aplicable al problema investigado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones Previas

La tendencia investigativa sobre los aspectos que vinculan al trastorno de anorexia nerviosa, se ubican en contexto nacional, de manera tal que en el estudio realizado por (Arias, 2010). (Universidad Técnica de Ambato). En la temática: "Los trastornos alimenticios como: la anorexia y la bulimia y su Incidencia en el desempeño deportivo de los clubes de modelaje, bastoneras y cheerleaders del Colegio T. H. E. Quito, del cantón Quito de la provincia de Pichincha en el periodo 2009-2010". Refiere que "los trastornos alimenticios se caracterizan por ser alteraciones graves de la conducta. Específicamente baja autoestima y sociales. El fácil acceso a alimentos inadecuados y la poca o nada atención que se da a la alimentación de las estudiantes por parte de sus padres". Por lo tanto la conclusión que se aprecia va ligada directamente al aspecto conductual, es decir a la forma de vinculación que tienen directamente con el medio y la influencia en la elección de varios hábitos alimenticios.

La desfavorable contención a nivel psicosocial que padecen las personas que han sido víctimas de anorexia nerviosa es trascendental, a tal punto que sus esferas personales e interpersonales se ven alteradas lo que causa una descompensación psicoemocional, es así que (Aburto, 2010). (Lima - Perú). (Universidad Nacional Mayor de San Marcos). En el tema: La anorexia nerviosa, quien nos comparte o siguiente "La anorexia nerviosa constituye un trastorno relevante dentro del grupo de los diversos trastornos de la conducta alimentaria, que ha ido en aumento en estos últimos años.

Es una enfermedad multicausal donde interaccionan aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales con una falla en la adaptación al medio social que intenta ser compensada por conductas patológicas vinculadas a la alimentación y preocupación excesiva por el cuerpo".

"En este trastorno, en algún momento aparecen trastornos orgánicos, aun cuando el organismo mantiene un equilibrio a pesar de la pérdida de peso cuantiosa por mecanismos de autorregulación. Incluso se observan alteraciones clínicas y de

laboratorio a partir de pérdidas de peso mayores al 25% pudiendo llegar a ser mortales.

Quienes desarrollan anorexia nerviosa son mujeres con problemas de autonomía, baja autoestima, perfeccionistas pero con miedo a madurar y rasgos familiares con poca comunicación".

"Este trastorno incide en mujeres adolescentes y jóvenes que reciben gran influencia social y cultural, respecto a la moda y en prototipo de belleza.

Ha cundido la idea que estar delgado es sinónimo de saludable. Aunque es verdad que el sobrepeso es perjudicial para la salud, no es cierto que a más delgado, más sano. Los estudios fiables que analizan las variables que influyen en la longevidad afirman que un poco de sobrepeso es una de las que correlaciona mejor con una vida más larga".

"El que una persona obesa sea considerada o no atractiva, depende de las exigencias de la moda, puesto que hay culturas en donde la gordura es sinónimo de belleza.

El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes de la aparición de trastornos alimentarios, no es necesario que lo sea en realidad, sino que el individuo lo considere y que esto le afecte".

"Observamos que el entorno de las relaciones interpersonales, sobre todo la familia desempeña un rol decisivo - en muchos casos- en la aparición y mantenimiento del trastorno".

"Los rasgos familiares que pueden conducir a producir anorexia son poca comunicación, imposibilidad de resolver conflictos, sobreprotección de los padres, reglas rígidas, límites generacionales inexistentes y alta expectativa hacia los hijos, entre otros".

"Es necesario brindar un tratamiento integral que incluya a diversos profesionales de la salud, ya que si bien es cierto en un inicio tiene origen social y psicológico, una vez que está presente en la vida de una persona la variable biológica desempeña un rol trascendente en el mantenimiento de este trastorno. Hoy en día existe solución a este problema multicausal; y para ello podemos contar con la intervención psicológica desde diversos enfoques teóricos".

2.2 Fundamentación Teórica

2.2.1 Fundamentación Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo en pro de un enfoque alternativo, el cual busca de manera estructurada intervenir en la atención y manejo del trastorno de anorexia nerviosa como factor que incide en el desarrollo psicosocial.

De igual forma es crítico porque se relaciona con la parte social con la que la problemática está estructurada, y propositivo por que la investigación va más allá de la observación de la problemática y del cómo afectan a las mujeres, ya que además plantea tentativas de solución trabajando estrechamente con su entorno social.

2.2.2 Fundamentación Epistemológica

Manifiesta el porqué de la investigación indistintamente a la creencia ya que se orienta a una tentativa totalmente alternativa al respecto del como el sujeto percibe su realidad y como es capaz de asimilar realidades distintas las cuales pueden y son capaces de aportar nuevas formas de comportamiento que no necesariamente nutren a las mujeres de aspectos positivos, en búsqueda de conocimientos en función de ser dinámico tanto en su entorno familiar, social, estudiantil y laboral.

2.2.3 Fundamentación Ontológica

La sociedad se encuentra en continuo cambio y avanza hacia futuros indistintos los cuales se encuentran entrelazados por anclajes del pasado, formando una suerte de cadena de ADN cuya energía perpetua es la de las mismas personas que estructuran sus destinos en base de creencias propias, valiéndose de dioses autoproclamados que originan en cada quien diversos ceñimientos aberrantes contra sí, mismos que en la investigación psicológica los conocemos como patologías, las cuales no permiten a las mujeres ser, solo crean modelos estándar de personas, sujetos, y hasta objetos, que necesariamente tienen que desempeñar

algún tipo de función, la cual por increíble que se escuche no necesariamente debe satisfacer a la misma persona, tan solo para satisfacción de otros los cuales lucran del esfuerzo e inteligencia de la frescura que poseen cuando apenas son jóvenes.

2.2.4 Fundamentación Axiológica

Al comprender que un ser humano es un ser integral, el cual se compone de varias características que le otorgan ventajas, pero que a su vez estas deben ser orientadas y dispuestas de tal manera que los sujetos tengan la capacidad de elaborar un desarrollo positivo y dinámico, en sus actos para consigo y sus semejantes.

2.2.5 Fundamentación Sociológica

Desde el aspecto social el ser humano y toda característica que se encuentre relacionada con él, tiene un carácter exclusivamente social al tener los sujetos altas especificaciones para varios tipos de lenguaje no puede desarrollarse ni desenvolverse en sociedad. Desde las sociedades primitivas hasta lo que hoy conocemos como la modernidad se han conocido estructuras y cadenas que conforman una sociedad dichas estrategias son normas y patrones de comportamiento que se van creando y adaptando de acuerdo a exigencias de la época de allí que se conozcan que dicho sujeto quien transgrede la norma es relegado y apartado de la funcionalidad de círculo social. Los modelos de aprendizaje y re aprendizaje con los cuales nosotros nos vamos educando a lo largo de nuestra psico evolución nos van dotando de armas sociales para nuestra funcionalidad en dinamismo, en constante cambio y evolución como la palabra mismo la indica.

Se desarrolla en el tiempo actual una serie de cambios que hacen que las mujeres desarrollen capacidades de adaptarse al salto abrupto y radical de cada época, volviéndose la vida en sociedad, algo totalmente fugaz, vacío y sin alma, hasta el punto de sacrificar el cuerpo de una mujer tan solo por un poco de aceptación social.

2.2.6 Fundamentación Psicológica

La estabilidad psicosocial de una mujer es tema de estudio en la Psicología Clínica, por que estudia todos los aspectos que se hallan entrelazados tanto en lo social, como en lo psicológico, es por lo tanto un eslabón que mediante el análisis se puede entender que procesos psicológicos inciden en el aspecto social.

De acuerdo con la teoría cognitiva conductual, las conductas y pensamientos irracionales son modificables, ya que se discrimina el factor que mantiene la conducta para finalmente romper la cadena, se menciona que los seres humanos atraviesan por etapas durante toda la vida, cada una de ellas cuando ya ha pasado deja sus aportes, los cuales van nutriendo la personalidad de los individuos a la vez que la fortalecen, es aquí donde se detecta lo que ocurrió para trabajarlo hasta que deje de ser un recuerdo ancla el cual arrastra aspectos que no se han superado y que repercuten en el yo de la personalidad actual mostrándose en signos, síntomas.

No necesariamente el comportamiento de una persona puede ser determinado por un solo criterio, debido a que el ser humano como lo hemos mencionado es un ser psicosocial el cual modifica, adapta su comportamiento según las demandas del medio donde él se desenvuelve, ya que justamente la pro actividad del ser humano se encuentra en la constante búsqueda de una mejoría así como lograr poseer una personalidad sana.

RED DE CONCLUSIONES FUNDAMENTALES

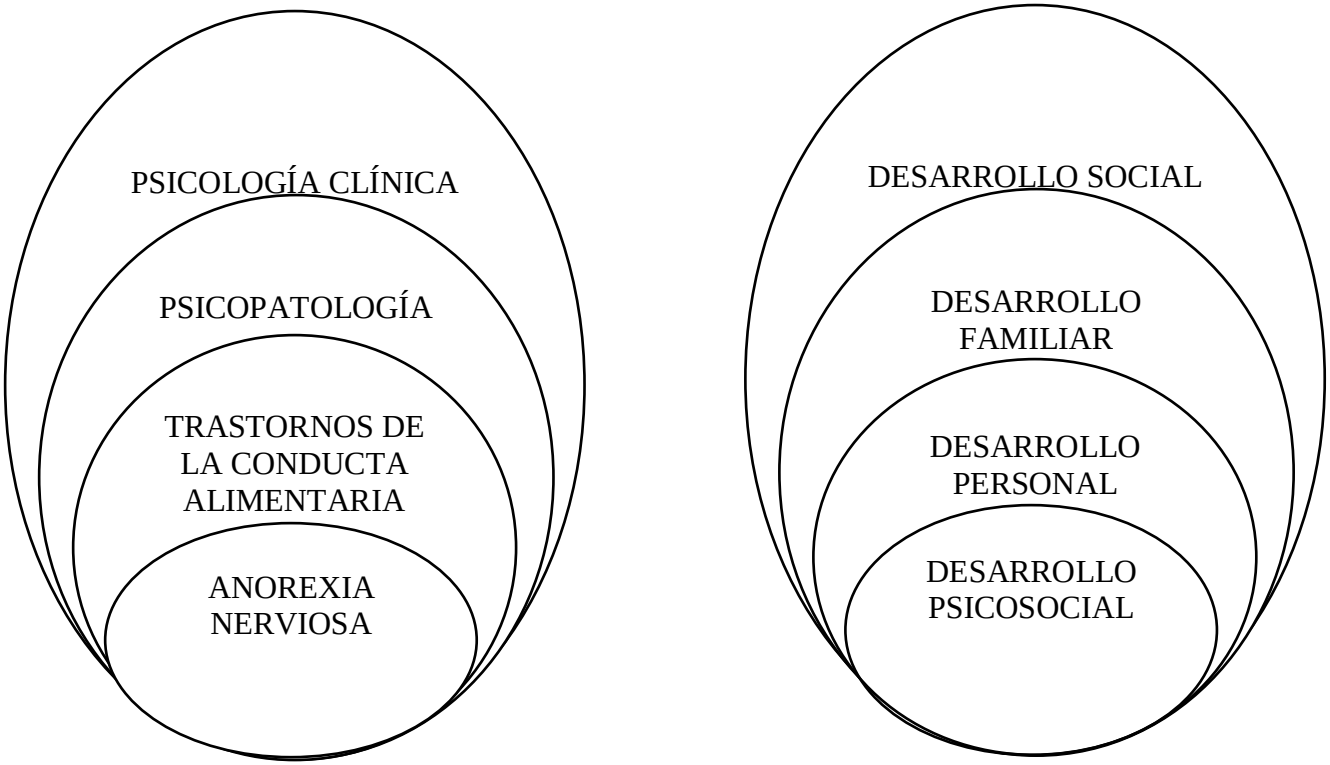


Gráfico N° 1

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

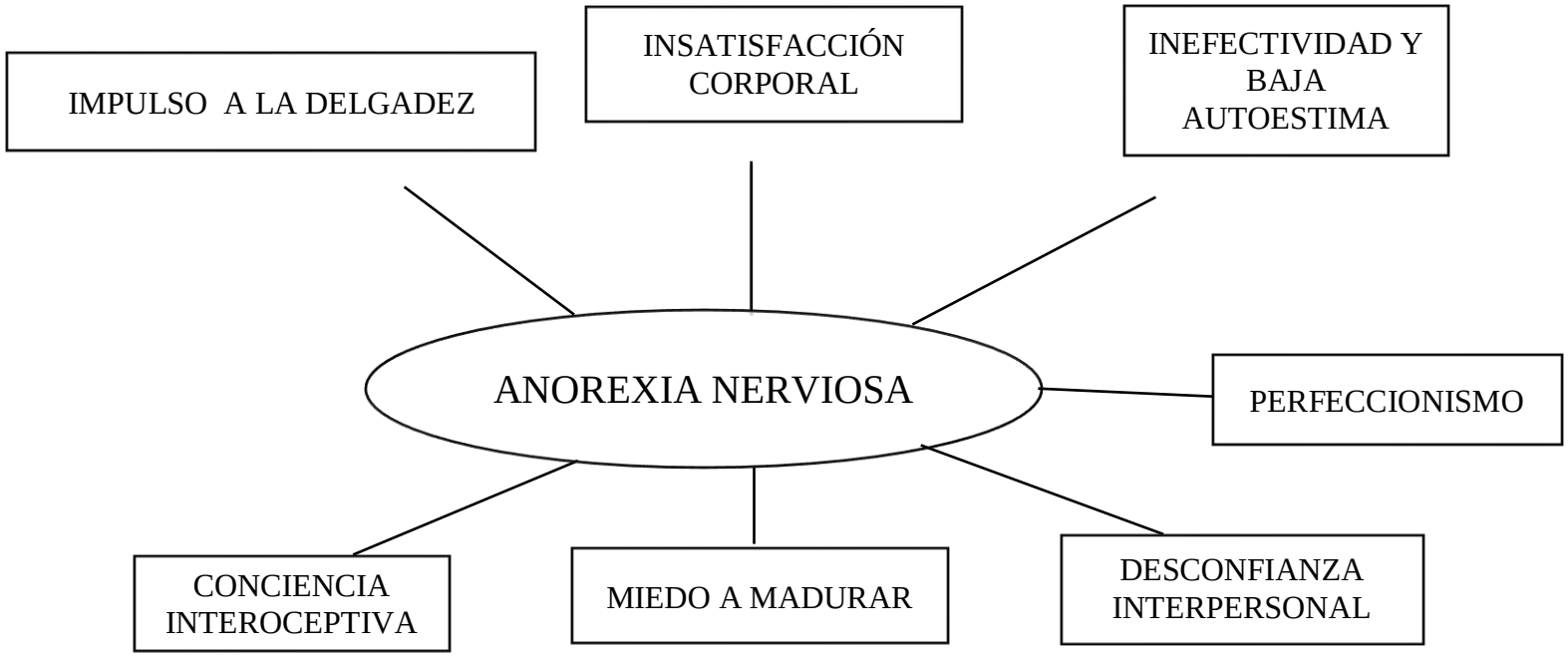


Gráfico N° 2

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

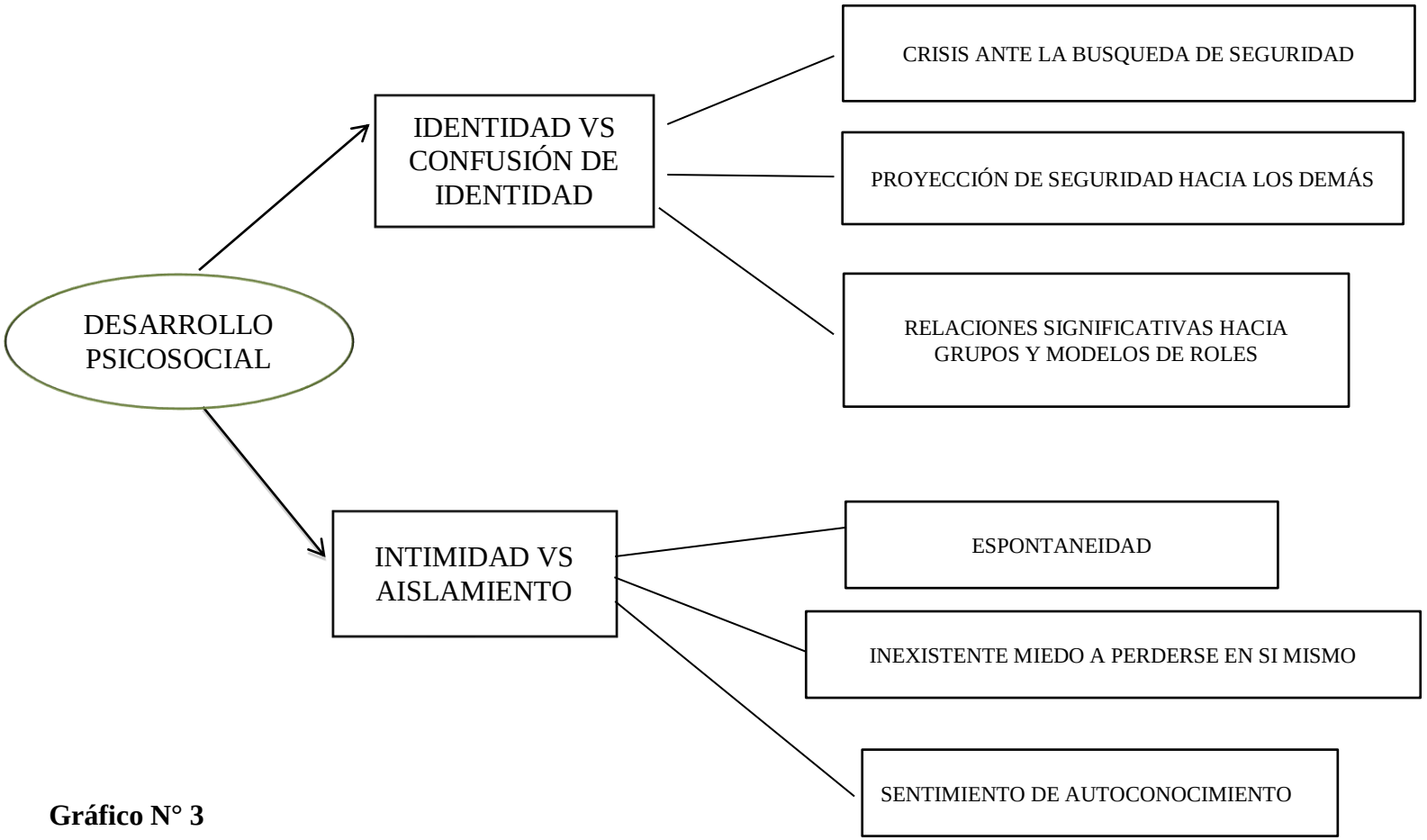


Gráfico N° 3

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

2.3 Categorías Fundamentales

2.3.1 Psicología Clínica

La psicología clínica como ciencia que se encarga del estudio del comportamiento del ser individuo marca una interacción en el contexto practico de entendimiento hacia una problemática que se evidencia en nuestro medio de forma frecuente, como es la participación con el medio social y la satisfacción personal que esto genera, es así que(Hernández. 2007). (España). En su obra, Estudios Psicológicos. Comenta que "La psicología clínica es la ciencia que se encarga del estudio del comportamiento humano, mismo que se vincula en las diferentes esferas psíquicas atravesando un contexto biopsicosocial, el cual promueve el bienestar psicoemocional encaminando hacia el óptimo desarrollo del individuo".

Por lo tanto la Psicología Clínica está en constante aplicación, e investigación de métodos científicos los cuales se enfocan en proporcionar alivio sintomático, mismos que trabajan en conjunto para el desarrollo psicosocial del sujeto.

Así mismo la psicología cínica se enfoca en el bienestar integral del sujeto, mediante el análisis integral de las partes que lo conforman, se discrimina que es lo que le aqueja y se estructura planes de trabajo encaminados a su correcto desarrollo psicosocial.

2.3.2 Psicopatología

El contenido psicopatológico se traslada hacia el comportamiento y entendimiento a profundidad de los compendios transaccionales de cada individuo, mismo que se desarrolla en un medio social, por tal razón, (Arbeloa, 2009). (Argentina). Nos comparte que, "El término psicopatología, etimológicamente psyché (psyjé): alma o razón. páthos (pazos): enfermedad, logía: o lógos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

a. Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos

mentales. A modo de ejemplo, encontramos el estudio que diferencia entre percepción normal/sana y percepción que no es normal/sana, al margen de la definición de trastorno psicológico; en este sentido, la alucinación hipnagógica es una percepción normal y sana.

b. Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
c. Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud".

La dinámica de los cuadros sindrómicos y como estos se entrelazan y brindan una propuesta adaptada a lo que se separa de la normalidad, es de esta forma que, (Dávalos, 2009). (Colombia). En su obra, Entendimiento de la Sicopatología. Comenta que "La psicopatología es la ciencia que estudia a profundidad los cuadros sindromológicos mismos que se componen de signos y síntomas los cuales permiten la aproximación necesaria para la comprensión y la búsqueda de tratamientos afines"

"En este sentido, puede decirse que un comportamiento anormal es una enfermedad surgida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Estos se hallan relacionados con alteraciones en la porción cerebral, las cuales pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones

cerebrales no están dentro de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal poseen su función alterada)".

Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual.

Trastornos de la Conducta Alimentación.

En el marco de los trastornos de la conducta alimentaria, donde los parámetros para establecer tal cuadro sindrómicos, es necesario contemplar y mantener cierto sentido en la interacción que la sintomatología tiene con el individuo, es así que para (Ramírez, 2004). (México). En su obra, Trastornos de la Alimentación. Manifiesta que "Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria tales como rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, así como un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa dificultando así su contexto biopsicosocial".

Para (Sánchez, 2008). (España). En el tema: Psicología Clínica, "los trastornos de alimentación se han hecho mucho más evidentes. La anorexia nerviosa, es la única que directamente puede causar la muerte; se puede considerar como una alteración del instinto de comer y se caracteriza por una alteración del instinto de comer y se caracteriza por una percepción irreal de la persona y de la que come. La preocupación por la comida y el temor de ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentar este problema. Niega la enfermedad y se perciben gordas a pesar de presentar un aspecto esquelético. La falta de nutrientes provoca irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea. Para hacer el diagnostico de anorexia se debe corroborar un peso anormalmente bajo, el temor de aumentar de peso o engordar, percepción distorsionada del peso, tamaño o figura del cuerpo, dieta y ejercicio excesivo, abuso de laxantes o diuréticos".

“Los factores de riesgo de los trastornos alimentarios van con frecuencia acompañados de depresión, impulsividad, ira, rebeldía y retraimiento social, alrededor del 60% de los pacientes con trastornos de alimentación presentan algún tipo de problema de personalidad y cerca de 20% de los mismo abusa de alcohol o drogas (Hales, Yudofky y Talbott,2000)”.

Juventud

Según (Goldman, 2001). (México). En el tema: Psiquiatría General, menciona que “La anorexia nerviosa es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, y que se caracteriza por el miedo mórbido a la gordura y búsqueda pertinaz a la delgadez. En la actualidad, el nombre es erróneo en cierto grado, puesto que la anorexia verdadera no suele aparecer hasta la parte final de la evolución. Aunque de modo típico se inicia en la adolescencia, la edad promedio de inicio se halla entre los 18 a 27 años”.

Signos y síntomas

(Goldman, 2001). “Los individuos que tiene anorexia nerviosa pueden llegar a extremos increíbles con objeto de perder peso. Empiezan con reducir drásticamente su ingestión calórica, evitando por completo los alimentos ricos en carbohidratos y que contiene grasas. Hacen ejercicio de manera incesante como andar, correr, nadar, etc. La hiperactividad es impresionante y persiste aunque la pérdida de peso hay originado caquexia”.

“La falta de seguridad y autocontrol básico se complica con sensaciones de desconfianza personal. Los pacientes temen que sedera a sus impulsos abrumadores y, en lo que se refiere a la comida, se atiborraran hasta ser obesos”.

“Los individuos con anorexia nerviosa a menudo expresan miedo a convertirse en adultos, puesto que esto significaría tener que tolerar una sociedad intensa o hacerse responsables de las relaciones interpersonales y sexuales. Aunque desesperados por el contacto, no confían en las relaciones. Con frecuencia los asusta la sexualidad y suelen evitar los encuentros sexuales, (Goldman, 2001)”.

El trastorno de anorexia nerviosa tiene varias concomitantes que sobrepasan los estándares que la normativa establece, por lo tanto la inconformidad y baja autoestima forman parte de una cotidianeidad poco aceptable para sí mismo y para el entorno que lo rodea, por tal razón (Yepes, 2004). (Colombia). En el tema: Fundamentos de medicina psiquiátrica nos comparte que, "las características esenciales de la anorexia nerviosa, son un intenso temor a aumentar de peso, trastornos de la imagen corporal, perdida significante de peso (por lo menos el 15% del peso original), rechazo a mantener el peso normal y amenorrea (por lo menos tres ciclos) en las mujeres. El trastorno no es debido a ninguna enfermedad médica conocida ni tampoco a otra enfermedad psiquiátrica específica, especialmente depresión, neurosis fóbica, trastorno obsesivo compulsivo. La presencia del trastorno físico o psiquiátrico preexistente exige el diagnostico de anorexia nerviosa secundario.

Las características de la anorexia nerviosa primaria es una actitud distorsionada a comer, los alimentos y el peso, que resiste el hambre los consejos, la lógica y las amenazas. A pesar del ya aceptado nombre de la entidad el paciente es raramente anoréxico (no tiene pérdida de apetito), sino que reúsa comer para alcanzar la imagen corporal de extrema delgadez que considera ideal.

Son manifestaciones comunes las siguientes:

a) Niega la enfermedad y no reconoce la necesidad de nutrirse.
b) Aparentemente disfruta la pérdida de peso y considera placentero el reusar a comer.
c) Desea ser extremadamente delgado y evita obsesivamente el engordarse, aun teniendo un peso normal se siente gordo u obeso.
d) Tiene maneras extrañas de acumular o manejar los alimentos que demuestran el intenso interés por la comida, por ejemplo cocina para los demás, atesora alimentos, tiene episodios de bulimia consistentes en comer copiosamente y estos a veces son seguidos de vomito inducido, uso de lactantes y diuréticos o ejercicio excesivo.

Insatisfacción corporal

"Esta escala mide la insatisfacción corporal del sujeto en forma general de su cuerpo o de aquellas partes del mismo q más le preocupan a los q padecen trastornos de la conducta alimentaria".

Ineficacia

"Esta evalúa los sentimientos de incapacidad general, inseguridad vacío auto desprecio y falta de control sobre la propia vida".

Perfeccionismo

"Esta mide el grado en q el sujeto cree sus resultados personales deberían ser mejores".

Desconfianza interpersonal

"Evalúa el sentimiento general de alimentación del sujeto su desinterés por establecer relaciones íntimas así como su dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos".

Conciencia introspectiva

"Evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la seguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hombre y la sociedad".

Miedo ala madurez

"Evalúa el deseo de volver ala seguridad de la infancia".

Inseguridad social

"Mide la creencia de q las relaciones sociales".

Según el (DCM-IV-TR). (2005). La anorexia nerviosa consiste en "rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla por ejemplo, (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable, fracaso de conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)".

"Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal".

“Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal”.

“En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos de tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos) (DCM-IV-TR). (2005)”.

(Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE- 10). (2004). “Trastorno caracterizado por una perdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Por lo común se produce en muchachas adolescentes y en mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños pre púberes y mujeres maduras hasta la pre menopausia”.

“El trastorno se asocia a una psicopatología especifica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas intrusivas, y el paciente se impone a sí mismo un límite máximo de peso bajo, suele haber desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinos y, metabólicos secundarios de la función corporal. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo y diuréticos”.

2.3.3 Desarrollo psicosocial

Sociedad

Para (Martínez, 2004). (España). En su obra, Estudio social. Nos comenta que “la sociedad está constituida por organismos participativos, los mismo que están vinculados con el crecimientos de sus partes en busca de una mejor educación y un mejor desarrollo integral, configurando sus componentes con el fin de buscar la más óptima vinculación de sus miembros en un esquema y un ambiente acorde para sí”.

Para (Salcedo, 2005). (México). En su obra, Estudio de la antropología. Menciona que “El desarrollo personal en sociedad de los seres humanos es una constante que se nutre con aportes de su cotidianeidad que dan forma a la estructura de su

personalidad, de allí que el desarrollo psicosocial está relacionado estrechamente con todos los males que puedan aquejar a los individuos, de igual forma se entiende que al no tener influencias positivas que enriquezcan a las personas, estas no poseerán armas para confrontar lo que ocurra alrededor de su realidad social.

De igual forma el desarrollo personal de cada individuo en una sociedad, depende de que tan enriquecedor es su sociedad, ya que si esta es pobre y poco estimulante esto afectara en su desarrollo psicosocial.

Según (Salvatierra, 2009). (Argentina). En su obra, La Sociología y su Universalidad. Menciona que "Con el advenimiento de la modernidad, se han ido presentando fenómenos sociológicos de radical importancia los cuales han otorgado a la sociedad moderna diversas maneras de relacionarse entre sí, ya que atrás quedaron los tiempos en que las personas se conocían a través de familiares, vecinos etc., por lo que hoy en día el desarrollo de la tecnología prima como componente interrelacional, lo que dificulta una apreciación exacta de la realidad en que las personas se encuentran".

2.3.4 Familiar

La Declaración Universal de los (Derechos Humanos, 2011), nos comparte que "la familia es el elemento natura y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, es la unión de personas que comparten un proyecto de vital existencia que si se quiere duradero, en él se generan fuertes sentimientos de pertenencia de dicho grupo familiar. Además existe un compromiso entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de reciprocidad e independencia".

"La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado", (artículo 16.3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, diciembre de 1948).

"La familia es la célula fundamental de la sociedad", (artículo 16 de la Carta Social Europea, 1961).

“La familia permanece como célula fundamental de nuestra sociedad y tiene derecho, por este título, a una protección general y a un amplio apoyo”, (Conferencia de El Cairo, 1994).

No hay que dudar que la familia ha sido, y continúa siendo, uno de los epicentros de la política internacional. La ONU le ha prestado siempre una atención privilegiada, consciente de que constituye la célula primera de la sociedad.

2.3.5 Personal

(Albares, 2004). (España). Menciona que “El término individuo etimológicamente proviene de indiviso: que no se puede dividir. Puede referirse a:

- Una unidad independiente, frente a otras unidades.
- Una unidad elemental de un sistema mayor o más complejo.

Algunas veces significa ser, ente o entidad viva (animada), y también individuo humano o persona, aunque se trata de conceptos jurídicos distintos.

“A veces se confunde erróneamente el uso de un concepto como clase lógica o un Todo-lógico, distribuido o no-distribuido, como si fuera un conjunto de individuos existentes. Tal puede ocurrir cuando se utilizan lingüísticamente pronombres vagos como: algún o algunos, cualquiera o todo o todos (considerando tales pronombres como sustitución de uno, uno por uno o cualquiera de todos o algunos de los posibles elementos de la clase lógica como si fueran individuos reales y existentes). Se confunde de este modo la propiedad de una clase con la clase natural como si fuera aquella un conjunto enumerable. Una clase lógica significa toda la extensión lógica o el dominio de discurso de un concepto expresado como término o expresión lingüística que significa posibles individuos de cuya existencia no sabemos nada. La existencia se reconoce en un sistema de referencia de lenguaje objeto o primer nivel, como un conjunto de individuos existentes, como lógica de primer orden. Las propiedades lógicas sitúan su referencia en una lógica de segundo orden”.

En Filosofía, en la rama de ética: Según Will Peterson "La cualidad de la sensibilidad es la facultad para percibir e interpretar el estado de ánimo, el

carácter y la forma de actuar de las personas, así como la construcción de las circunstancias y los ambientes que en cada momento nos rodean, para interactuar en beneficio de los otros/nosotros." En latín, la palabra "persona" hace referencia a un personaje o máscara.

Desarrollo Psicosocial

Desarrollo psicosocial. Las etapas de Erikson

Para (Echeverri, 2006) (Colombia). En su obra, En búsqueda del desarrollo psicosocial. Menciona que "la trayectoria que el ser humano ha experimentado en lo que respecta a vivir y desarrollarse en los diferentes medios, donde el aspecto psicoemocional se desenvuelve y se desarrolla en la sociedad, lo cual es pertinente para obtener bienestar, por tanto esto permite dar paso al desarrollo psicosocial lo cual es determinante para llegar a ocupar un espacio socialmente aceptado donde se desenvuelve". Por otra parte es de vital importancia entender que los contenidos y características que priman en el aspecto del desarrollo psicosocial son de vital importancia, por lo tanto la visión dada aquí permite que se llegue a obtener con claridad lo que para la sociedad es pertinente y afín, por lo tanto la inseguridad para relacionarse es una característica básica de los individuos que padecen de anorexia nerviosa ya que al ser personas que dan demasiada importancia a su aspecto corporal, se encontraran en una pugna constante por la aceptación de los demás dando como resultado interminables y angustiosos momentos lo cual está íntimamente ligado a nivel del desarrollo psicosocial.

De la misma manera existe la presencia de un componente característico como lo es la, ansiedad hacia lo que le rodea, que dicho de otra manera se ven involucrados los componentes psicofisiológicos al sentir que la persona no se encuentra apta a vincularse a un grupo social deteriorando las capacidades de reacción y acción funcional.

Así mismo se denota un alto grado de temor a socializar ya que las personas con anorexia nerviosa viven dependientes de la aprobación constante de la sociedad, la

que según ellos dicta normas de cómo debe lucir y verse lo que involucra directamente su desarrollo psicosocial.

Al igual que Piaget, (Erikson, 1902-1994) "sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. En vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, sin embargo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. La teoría de Erikson del desarrollo psicosocial está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles".

"Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro (Erikson, 1902-1994)".

Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad(desde los 13 hasta los 21 años aproximadamente). Se experimenta búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores; los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora. Son características de identidad del adolescente:

- La Perspectiva Temporal, orientación en el tiempo y en el espacio
- La Seguridad en Sí Mismo
- La Experimentación con el Rol, énfasis en la acción
- El Aprendizaje interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización Sexual: Adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- Liderazgo y Adhesión: Adecuada integración al grupo de "pares".
- El Compromiso Ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente, (Erikson, 1902-1994)".

Intimidad frente a aislamiento "(desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente). La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros ya que posees un sentimiento de saber quién eres, no tienes miedo a "perderte" a ti mismo, como presentan muchos adolescentes el joven adulto ya no tiene que probarse a sí mismo. A esta dificultad se añade que nuestra sociedad tampoco ha hecho mucho por los adultos jóvenes la tendencia mala adaptativa que Erikson llama promiscuidad, se refiere particularmente a volverse demasiado abierto, muy fácilmente, sin apenas esfuerzo y sin ninguna profundidad o respeto por tu intimidad. Esta tendencia se puede dar tanto con tu amante, como con tus amigos, compañeros y vecinos (Erikson, 1902-1994)".

2.4 Formulación de la hipótesis:

Hipótesis Alterna:

El trastorno de anorexia nerviosa es un factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

Hipótesis Nula:

El trastorno de anorexia nerviosa es un factor que no incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

2.5 Determinación de Variables

.Variable independiente: Trastorno de Anorexia Nerviosa

.Variable dependiente: Desarrollo Psicosocial

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque

Este tipo de investigación en este estudio es cuanti-cualitativo. Cuantitativo ya que los resultados serán medidos o cuantificados matemáticamente y estará orientado a la comprobación de la hipótesis establecida y cualitativo ya que busca la comprensión y explicación de los fenómenos sociales y psicológicos

3.2 Modalidad básica de la investigación:

3.2.1 Investigación Bibliográfica

Porque se utilizará documentación, libros, revistas, periódicos y otras publicaciones para de esta forma detectar, ampliar, profundizar los diferentes enfoques, teorías, contextualizaciones y criterios de diversos autores.

3.2.2 Investigación de Campo

Porque se utilizará el contacto de forma directa con la realidad, ya se este se basa en un estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos para de esta forma obtener información de acuerdo a los objetivos del proyecto.

3.2.3 Investigación Conjunta

Es la unión de dos tipos de investigación, es decir, la investigación documental bibliográfica y la investigación de campo; para lo cual es imprescindible el respaldo bibliográfico, así como el estar presente en el lugar donde se desarrollan los acontecimientos; empleando para ello las técnicas adecuadas para el óptimo resultado de la investigación.

3.3 Niveles o tipo de investigación

3.3.1 Asociación de Variables

La investigación se llevará a nivel de Asociación de Variables ya que permite estructurar predicciones a través de la medición de relaciones entre las mismas.

Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

La investigación se ubica en el nivel descriptivo, debido a que los datos tomados en cuenta en la investigación, describen y especifican las características incluidas y relacionadas con el tema de investigación.

El conocimiento teórico científico en el cual se fundamenta la investigación toma en cuenta a todas las áreas inmersas en el tema, lo cual facilita llevar a la práctica dicha investigación, y con esto lo ideal es: a más de describir, proporcionar alternativas de solución para con ello contribuir con el bienestar social.

3.4 Población y muestra

Se trabajará con el Universo total de 28 mujeres, quienes fueron atendidas por presentar indicios de trastornos alimenticios, las mismas que serán evaluadas en el periodo de Diciembre 2010 a Julio de 2011.

3.5 Operacionalización de variables:

Variable Independiente: La Anorexia Nerviosa

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
La Anorexia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que consiste en la privación voluntaria de alimento por un temor injustificado a engordar y que ocasiona que las mujeres que la padecen incurran en la restricción del alimento por periodos prolongados de tiempo con el fin de reducir el peso y tamaño corporal. (Goldman 2001)	Personal	Incurrir en regímenes dietéticos. Miedo extremo al aumento de peso. Preocupación por la delgadez. Excesiva importancia al peso corporal.	¿Cómo se presenta la impulsividad hacia la delgadez entorno a la anorexia nerviosa?	-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes
	Familiar	Ideas irracionales. Negación de un peso corporal bajo. Alteración en la percepción del peso tamaño y forma corporal. Distorsión de la imagen corporal.	¿Cómo se manifiestan las percepciones de sí mismo/a en relación a la insatisfacción corporal?	-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes
	Laboral	Sentimientos de soledad. Inadaptación. Inseguridad. Sentimientos de inutilidad.	¿Cómo se proyecta la afectividad y el sentimiento de sí mismo en relación a la anorexia nerviosa?	-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes
	Social	Baja tolerancia a la frustración. Oposicionismo Metas excesivamente altas. Sobrexigencia parental.	¿De qué forma se presentan las Sobrexigencia personales?	-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes
		Ineficiencia comunicacional. Embotamiento emocional. Dificultad con mantener relaciones cercanas. Limitadas relaciones Sociales.	¿Qué parámetros son los que influyen en las relaciones interpersonales? ¿Qué influencia se presenta en la relación del proceso evolutivo?	-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes
		Inconformidad con el avance de la edad. Negación a realizar actividades propias de su edad. Anhelo de regresar a la infancia.	¿Cómo influye la percepción del auto concepto?	-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes
		Confusión Dificultad para identificar sus propias emociones. Carente autocontrol. Ambivalencia afectiva		-Índice de masa corporal. -Inventario de trastornos de la alimentación (EDI)	-Cuestionario. Libreta de apuntes

Cuadro No. 1
Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Variable Dependiente: Desarrollo social de las mujeres estudiantes

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Desarrollo psicosocial, de la interacción con el medio todos los aportes con los que se nutre el individuo para formar una personalidad sana.	1. Identidad vs confusión de identidad	- Crisis ante la búsqueda de la seguridad. - Proyección de seguridad hacia lo demás. - Relaciones significativas hacia grupos y modelos de roles	¿Qué relevancia se presenta entre el estadio de identidad vs confusión de identidad?	Cuestionario desarrollo psicosocial	Encuesta
	2. Intimidad vs aislamiento.	-Espontaneidad. -Inexistente miedo a perderse en sí mismo. -Sentimiento de autoconocimiento.	¿Cómo interactúan la intimidad y el aislamiento en el desarrollo psicosocial de la persona?	Cuestionario desarrollo psicosocial	

Cuadro N° 2

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

3.6 Recolección de información:

1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2.- ¿De qué personas?	**Mujeres estudiantes de primero a octavo semestre de la carrera de psicología clínica de la facultad de ciencias de la salud de la universidad técnica de Ambato en el periodo comprendido entre marzo – julio 2011.**
3.- ¿Sobre qué aspectos?	¿Cómo se presenta la impulsividad hacia la delgadez entorno a la anorexia nerviosa? ¿Cómo se manifiestan las percepciones de sí mismo/a en relación a la insatisfacción corporal? ¿Cómo se proyecta la afectividad y el sentimiento de sí mismo en relación a la anorexia nerviosa? ¿De qué forma se presentan las sobrexigencias personales? ¿Qué parámetros son los que influyen en las relaciones interpersonales? ¿Qué influencia se presenta en la relación del proceso evolutivo? ¿Cómo influye la percepción del auto concepto? ¿Qué relevancia se presenta entre el estadio de identidad vs confusión de identidad? ¿Cómo interactúan la intimidad y el aislamiento en el desarrollo psicosocial de la persona?
4.- ¿Quién?	El investigador
5.- ¿A quiénes?	A los miembros del universo investigado
6.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Marzo 2011 – Julio 2011
7.- ¿Dónde?	Universidad técnica de Ambato, facultad de ciencias de la salud, carrera de psicología clínica (mayúsculas)
8.- ¿Cuántas veces?	Cada test una vez por cada estudiante de la población evaluada.
9.- ¿Cómo?	Evaluación.
10.- ¿Con qué?	EAT 40 (Test de Actitudes hacia la Alimentación) Índice de Masa Corporal (Clasificación de la OMS del estado nutricional). Cuestionario de Desarrollo Psicosocial.

Cuadro N° 3

Elaborado por: Jairo Aguirre Cobo.

3.7. Procesamiento y análisis:

Plan de procesamiento de información:

- Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta no pertinente, etc.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis)
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados

Análisis e interpretación de resultados:

- Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis cuanti-cualitativo.

4.1.1 Análisis e interpretación de resultados de la variable independiente.

1.- Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirse nervioso/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	% MUESTRA
Nunca	15	54
Raramente	2	7
Algunas veces	1	3
A menudo	1	4
Habitualmente	5	18
Siempre	4	14
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 1 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

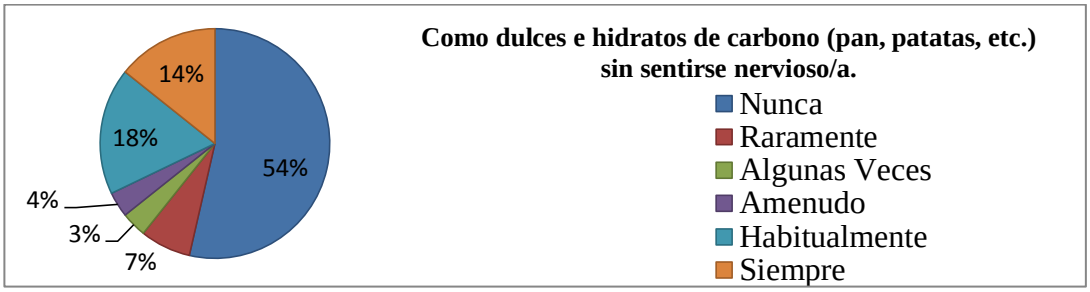


Gráfico N° 1 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas. El cincuenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que nunca comen dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirse nerviosas**,** el siete por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, el cuatro por ciento a menudo, habitualmente un dieciocho por ciento, y un catorce por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 15 de ellas refieren que, nunca comen dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirse nerviosas, 2 raramente, 1 algunas veces, lo que representa el 64% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, cuando consumen alimentos ricos en grasas he hidratos de carbono se nota nerviosismo por parte de ellas, ya que no logran controlar sus emociones y el miedo intenso al aumento de peso.

2.- Pienso que mi estómago es demasiado grande.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	4	16
Raramente	0	0
Algunas veces	4	16
A Menudo	4	16
Habitualmente	5	9
Siempre	11	43
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 2

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

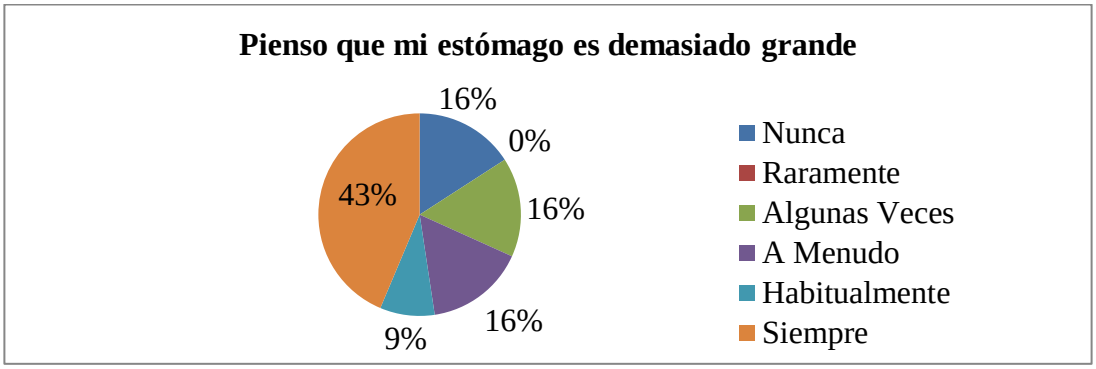


Gráfico N° 2

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y tres por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan que su estómago es demasiado grande, el nueve por ciento habitualmente, el trece por ciento algunas veces, el tres por ciento frecuentemente, y el cero por ciento casi siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 11 de ellas refieren que, siempre piensan que su estómago es demasiado grande, 5 habitualmente, y 4 que a menudo lo que representa el 68% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que las mujeres presentan ideas irracionales con respecto a las autopercepciones porque existe una preocupación por la delgadez, ya que al tener el estómago demasiado grande pueden ingerir mayores cantidades de alimento y así aumentar su tamaño corporal y su peso.

3.- Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	4	14
Raramente	2	7
Algunas Veces	3	11
A Menudo	2	7
Habitualmente	7	25
Siempre	10	36
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 3 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

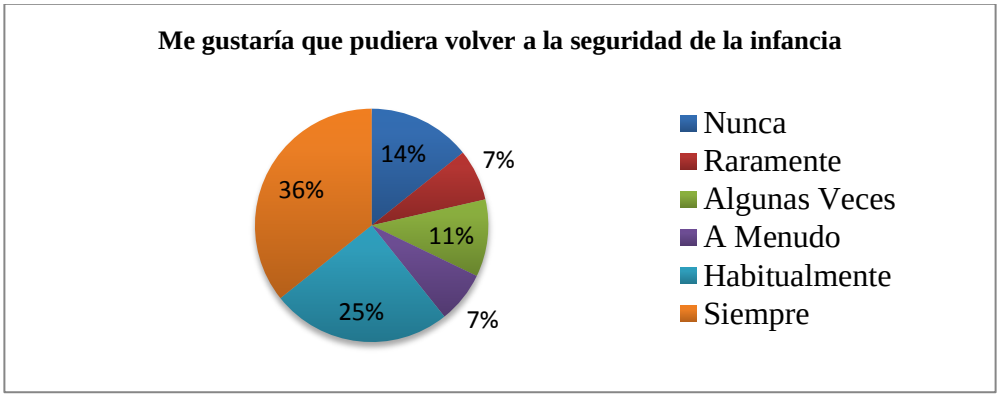


Gráfico N° 3 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El treinta y seis por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre,les gustaría que pudieran volver a la seguridad de la infancia, el veinte y cinco por ciento habitualmente, un siete por ciento a menudo, el once por ciento algunas veces, el siete por ciento raramente y un catorce por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 10 de ellas refieren que, les gustaría que pudieran volver a la seguridad de la infancia, 7 habitualmente, y 2 a menudo lo que representa el 68% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe un anhelo de regresar a la infancia por un rechazo a madurar y adquirir un cuerpo más grande y voluminoso e incurrir en actividades que están de acuerdo con su edad.

4.- Me gustaría ser más joven.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	7
Raramente	1	4
Algunas veces	4	14
A Menudo	2	7
Habitualmente	6	22
Siempre	13	46
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 4 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

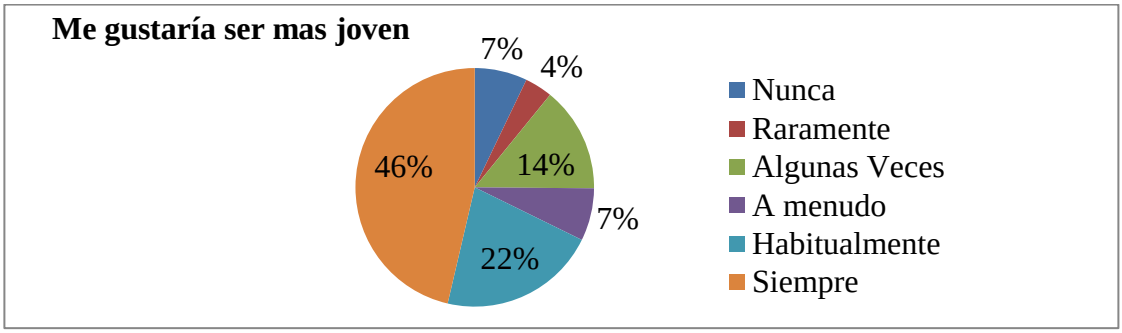


Gráfico N° 4 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y seis por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre les gustaría ser más jóvenes, otro veinte y dos por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un catorce por ciento algunas veces, otro cuatro por ciento raramente, y un siete por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 13 de ellas refieren que, siempre les gustaría ser más jóvenes, 6 habitualmente, y 2 a menudo lo que representa el 75% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe una negación a realizar actividades propias de la edad ya que hay un rechazo constante a madurar y adquirir responsabilidades acordes a su edad, se distinguen sensaciones y sentimientos de inutilidad y la forma que encuentran para tener el control de sus vidas es a través de la restricción del alimento.

5.- Pienso en seguir una dieta.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	1	4
A Menudo	5	18
Habitualmente	6	21
Siempre	14	50
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 5 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)

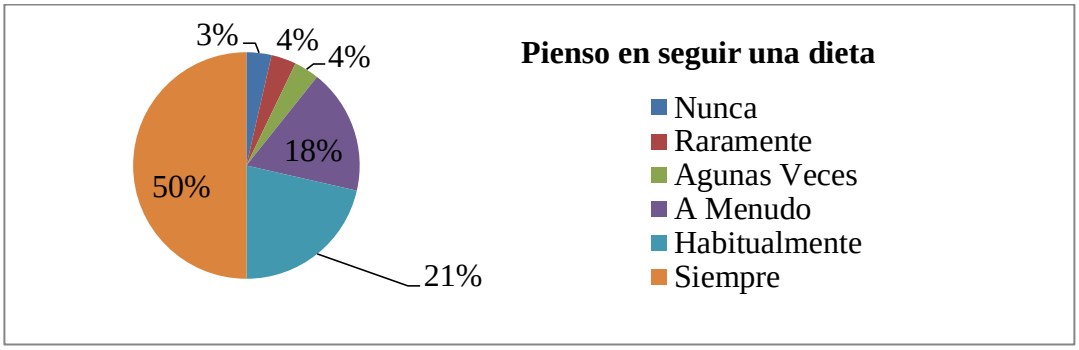


Gráfico N° 5

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan en seguir una dieta, el veinte y uno por ciento habitualmente, el dieciocho por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otro cuatro por ciento raramente, y un cuatro por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 14 de ellas refieren que, siempre piensan en seguir una dieta, 6 habitualmente, y 5 a menudo lo que representa el 80% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal y una percepción distorsionada de sí mismas, ya que hay expectativas demasiado altas con respecto de su imagen corporal y autoestima baja, misma que se relaciona con lo delgadez y cuanto más pueden lograr bajar de peso.

6.- Me asusto cuando mis sensaciones/ sentimientos son demasiado intensos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	4
Raramente	2	7
Algunas veces	5	18
A Menudo	4	14
Habitualmente	7	25
Siempre	9	32
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 6 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de la Alimentación

Gráfico N° 6 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de la Alimentación

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El treinta y dos por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se asustan cuando las sensaciones/sentimientos son demasiado intensos, otro veinte y cinco por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un dieciocho por ciento algunas veces, otro siete por ciento raramente, y un cuatro por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 9 de ellas refieren que, siempre se asustan cuando las sensaciones/sentimientos son demasiado intensos, 7 habitualmente, y 4 a menudo lo que representa el 71% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe confusión e inseguridad ya que se distinguen sensaciones de descontrol y frustración con respecto a su entorno social, sentimientos de culpa determinan en mujeres aspectos de invalides y la única forma de mantener el control de sí mismas y de sus sentimientos es a través de la comida.

7.- Pienso que mis muslos son demasiado anchos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	1	4
A menudo	4	14
Habitualmente	5	18
Siempre	16	57
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 7 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

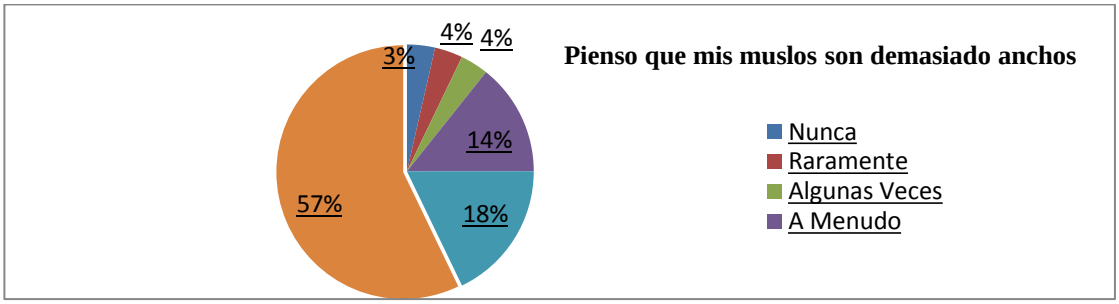


Gráfico N° 7

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y siete por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan que sus muslos son demasiado anchos, otro dieciocho por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otro cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 16 de ellas refieren que, siempre piensan que sus muslos son demasiado anchos, 5 habitualmente, y 4 a menudo lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal, por una alteración en la percepción del peso tamaño y forma corporal y a su vez sobre exigencias y expectativas demasiado altas y muchas veces irreales con relación a sus propios cuerpos, la falta de autopercepción adecuada hace que las mujeres restrinjan la ingesta de alimento d forma voluntaria hasta el punto de llegar a una delgadez extrema y pese a ello continuar teniendo una percepción de sí mismas distorsionada.

8.- Me siento ineficaz como persona.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	5	18
Raramente	4	14
Algunas veces	4	14
A menudo	3	11
Habitualmente	5	18
Siempre	7	25
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 8 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

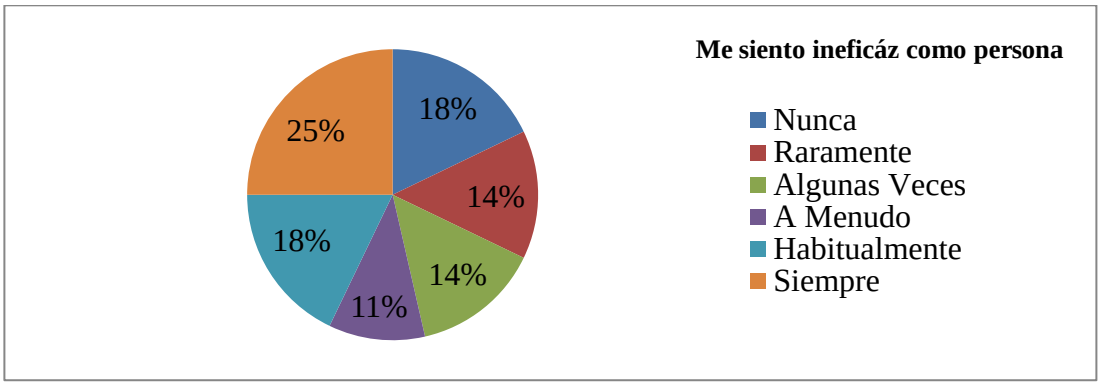


Gráfico N° 8 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El veinte y cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se sienten ineficaz como persona, otro dieciocho por ciento habitualmente, el once por ciento a menudo, un catorce por ciento algunas veces, otro catorce por ciento raramente, y un dieciocho por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 7 de ellas refieren que, siempre se sienten ineficaz como persona, 5 habitualmente, y 3 a menudo lo que representa el 54% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe sentimientos de inutilidad por inefectividad y baja autoestima y metas excesivamente altas mismas que al no cumplirse ocasionan que las mujeres cuestionen cada aspecto de sus vidas y sean en extremo severas consigo mismas, de igual forma el desconocimiento de su cuerpo, la sobrevaloración a agentes externos como modelos de moda y artistas de televisión, y por otro lado la pobre visión de sí mismas con lleva a incurrir en dietas restrictivas mismas que tienen como objetivo la delgadez como sinónimo de belleza.

9.- Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	4
Raramente	1	4
Algunas veces	2	8
A menudo	3	12
Habitualmente	4	5
Siempre	17	67
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N°9 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

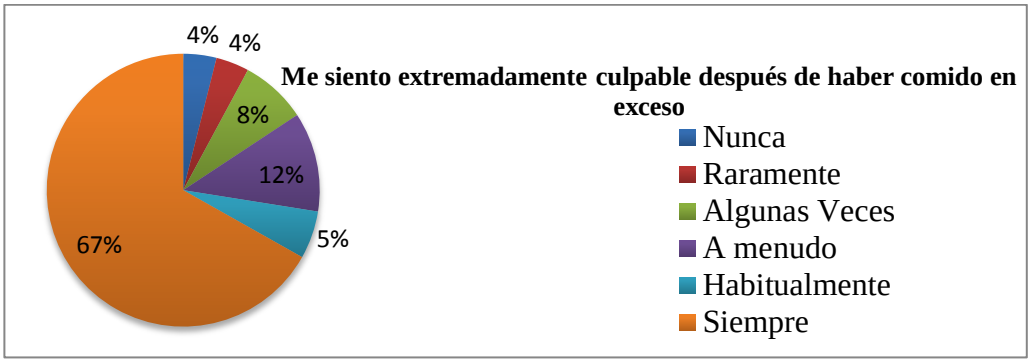


Gráfico N° 9

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y siete por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se sienten extremadamente culpables después de haber comido en exceso, otro cinco por ciento habitualmente, el doce por ciento a menudo, un ocho por ciento algunas veces, otro cuatro por ciento raramente, y un cuatro por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 evaluadas, 17 de ellas refieren que, siempre se sienten extremadamente culpables después de haber comido en exceso, 4 habitualmente, y 3 a menudo lo que representa el 84% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe baja tolerancia a la frustración, por una excesiva importancia al peso corporal ya que su estado de ánimo y su peso corporal están íntimamente relacionados, la extrema culpabilidad después de haber comido recae directamente en los sentimientos de las mujeres que hacen lo posible por no ganar peso, como sinónimo de belleza.

10.- Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	12	43
Raramente	7	25
Algunas veces	3	11
A menudo	1	3
Habitualmente	2	7
Siempre	3	11
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 10

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

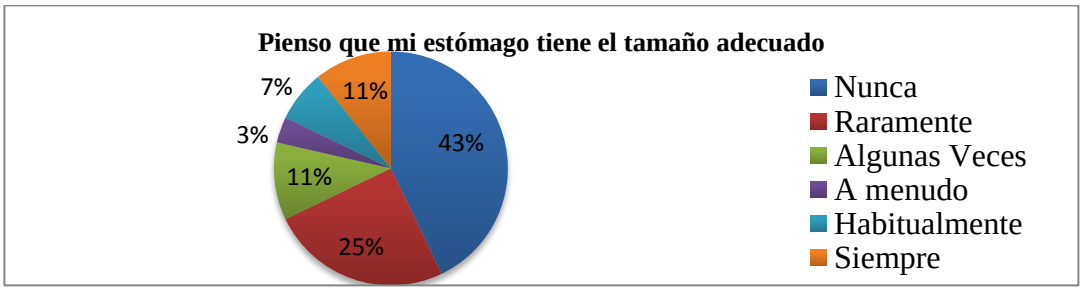


Gráfico N° 10

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y tres por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca piensan que su estómago tiene el tamaño adecuado, otro veinte y cinco por ciento raramente, el once por ciento algunas veces, un tres por ciento a menudo, otro siete por ciento habitualmente, y un once por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 12 de ellas refieren que, nunca piensan que su estómago tiene el tamaño adecuado, 7 raramente, y 3 algunas veces lo que representa el 79% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe insatisfacción e inefectividad por la excesiva valoración de la imagen y a su vez una distorsión en la forma como perciben a su cuerpo, de aquí que las mujeres perciben que su estómago no tiene el tamaño adecuado con relación a su cuerpo y que es un potencial peligro que pone en riesgo la figura y el peso que mantienen en base de dietas restrictivas que lo que buscan es la eliminación de grasa corporal.

11.- Mi familia solo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	4	14
Raramente	2	7
Algunas veces	3	11
A menudo	5	18
Habitualmente	6	21
Siempre	8	29
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 11 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

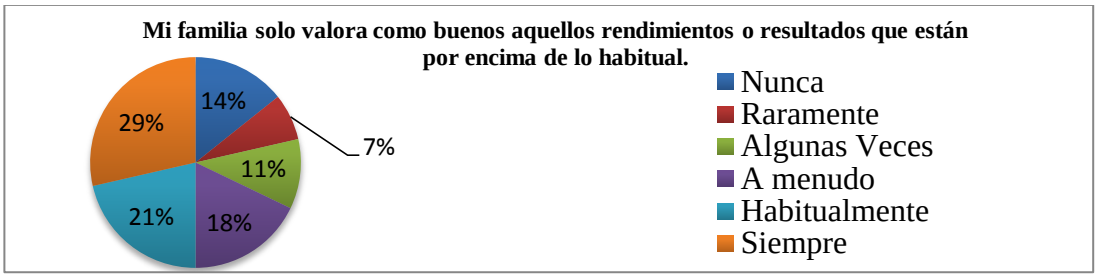


Gráfico N° 11 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El veinte y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre sus familias solo valoran como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual, otro veinte y un por ciento habitualmente, el dieciocho por ciento a menudo, un once por ciento algunas veces, otro siete por ciento raramente, y un catorce por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: De las 28 mujeres evaluadas, 8 de ellas refieren que, siempre sus familias solo valoran como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual, 6 habitualmente, y 5 a menudo lo que representa el 68% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe sobre exigencia parental debido a metas excesivamente altas, mismas que están estrechamente relacionadas con la sentimentalidad de las mujeres, este modelo de crianza no las prepara para la vida adulta donde tendrán que aprender a tolerar la frustración y aceptar que de vez en cuando las cosas pueden salir mal, la visión distorsionada de este patrón está representada por la comida y el control que pueden llegar a tener sobre ella.

12.- El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	3
Algunas veces	2	7
A menudo	6	21
Habitualmente	7	24
Siempre	11	38
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 12 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

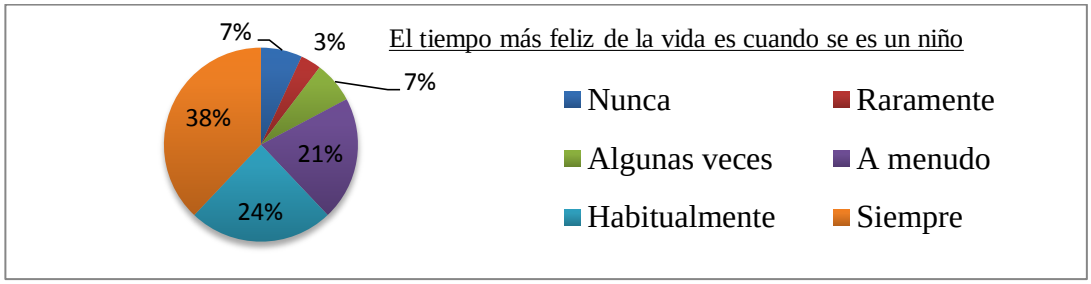


Gráfico N° 12 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas:El treinta y ocho por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre el tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño, otro veinte y cuatro por ciento habitualmente, el veinte y uno por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otro tres por ciento raramente, y un siete por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 11 de ellas refieren que, siempre el tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño, 7 habitualmente, y 6 a menudo lo que representa el 83% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inconformidad con el avance de la edad y un apego a las cosas de la infancia, las exigencias de su entorno y su vida cotidiana hace que las mujeres sientan la necesidad de regresar en un estado donde se sentían seguras y cómodas es así que la infancia se convierte en la mejor opción, por ende es imposible volver a ser una niña pero se retrasa el proceso de crecimiento mediante la privación voluntaria de alimento, al no recibir los nutrientes y vitaminas necesarios para su desarrollo, las mujeres perciben que su cuerpo no se desarrolla por completo lo que se ve reflejado en aspectos cotidianos, como agilidad mental, fuerza física, estatura promedio y peso corporal.

13.- Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	13	46
Raramente	7	25
Algunas veces	4	14
A menudo	2	7
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 13 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

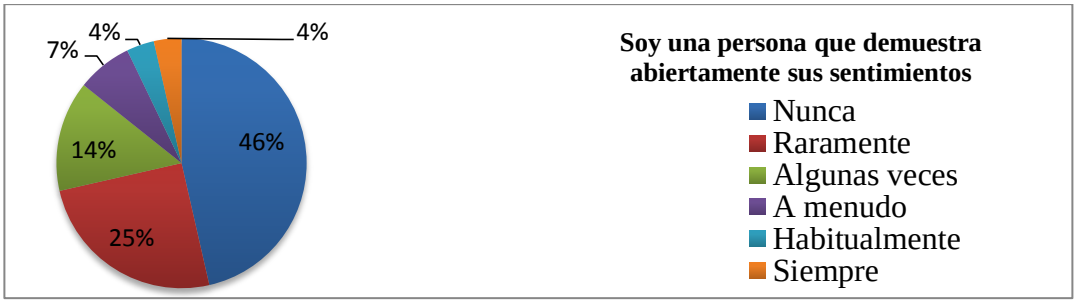


Gráfico N° 13 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y seis por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos, otro veinte y cinco por ciento raramente, el catorce por ciento algunas veces, un siete por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 13 de ellas refieren que, nunca son personas que demuestran abiertamente sus sentimientos, 7 raramente, y 4 algunas veces lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existen relaciones sociales limitadas debido a un embotamiento emocional, ya que al existir dicho embotamiento emocional las mujeres no logran exteriorizar sus sentimientos y por lo tanto su afecto y sus ganas de exteriorizar su mundo interior se retrae de tal manera que crece deformado a la par con su cuerpo, la incapacidad de abordar con eficacia los aspectos de su vida, recrean constante mente las falencias que tuvo su proceso de crecimiento en todos los aspectos de su cotidianeidad.

14.- Me aterroriza ganar peso

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	4
Raramente	2	7
Algunas veces	3	11
A menudo	2	7
Habitualmente	3	11
Siempre	17	60
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 14 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

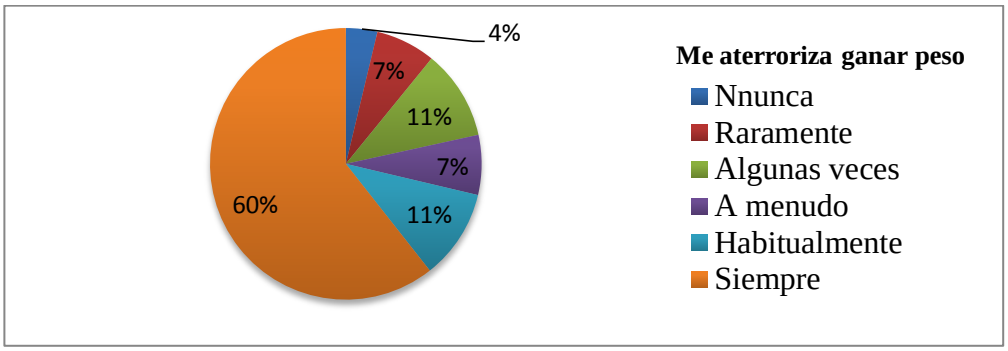


Gráfico N° 14 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre les aterroriza ganar peso, otro once por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un once por ciento algunas veces, otro siete por ciento raramente, y un cuatro por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que, siempre les aterroriza ganar peso, 3 habitualmente, y 2 a menudo lo que representa el 78% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe preocupación por la delgadez por una excesiva importancia al peso corporal, las mujeres manifiestan que les aterroriza ganar peso ya que inevitablemente asocian su "éxito" social con lo delgadas que puedan estar, a mayor delgadez más "exitosas y apreciadas" .

15.- Confío en los demás

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	12	43
Raramente	7	25
Algunas veces	3	11
A menudo	2	7
Habitualmente	1	3
Siempre	3	11
TOTAL	28	100

Cuadro N° 15 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

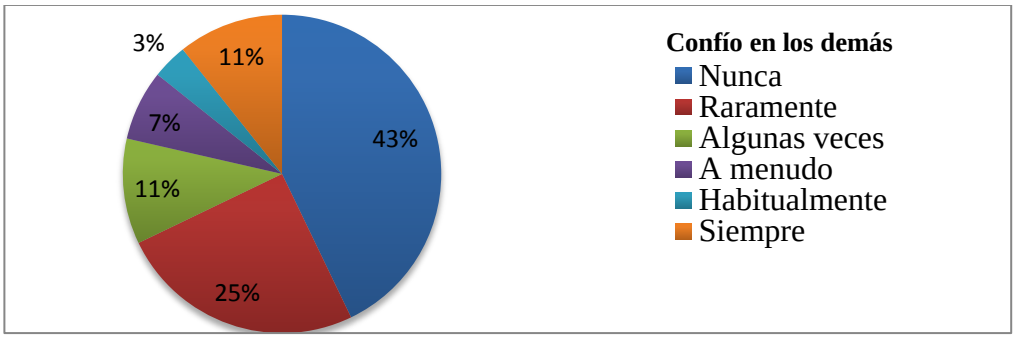


Gráfico N° 15

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y tres por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca confió en los demás, otro veinte y cinco por ciento raramente, el once por ciento algunas veces, un siete por ciento a menudo, otro tres por ciento habitualmente, y un once por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 12 de ellas refieren que, nunca confían en los demás, 7 raramente, y 3 algunas veces lo que representa el 79% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inseguridad e ineficiencia comunicacional debido a relaciones sociales limitadas, ya que siempre sienten que son juzgadas por su apariencia, sus relaciones son pobres y frágiles ya que no existe una reafirmación constante acerca de su bienestar y estabilidad que pueda otorgar un patrón diferente de comportamiento en especial a la hora de comer y compartir con personas.

16.- Me siento solo/a en el mundo.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	4
Raramente	2	7
Algunas veces	3	11
A menudo	4	14
Habitualmente	6	21
Siempre	12	43
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 16 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

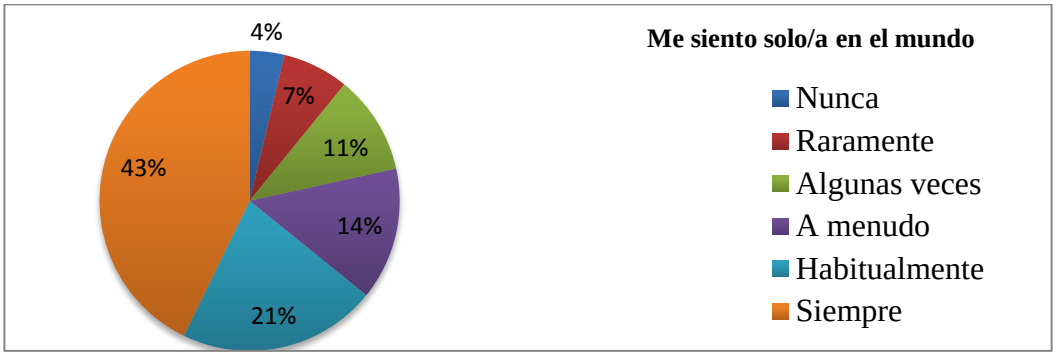


Gráfico N° 16 - Elaborado por: Jairo Fabi.an Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y tres por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se sienten solas en el mundo, otro veinte y un por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un once por ciento algunas veces, otro siete por ciento raramente, y un cuatro por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 12 de ellas refieren que, siempre se sienten solas en el mundo, 6 habitualmente, y 4 a menudo lo que representa el 78% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existen sentimientos de soledad ya que la anorexia termina por aislar todos los estímulos que puedan resultar negativos, como lo es por ejemplo el hecho de compartir una cena, la mujer se aísla cada vez más ya que no necesita que las personas la recuerden lo delgada que pueda estar.

17.- Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	14	50
Raramente	6	21
Algunas veces	2	7
A menudo	4	14
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 17 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

Gráfico N° 17 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo, otro veinte y un por ciento raramente, el siete por ciento algunas veces, un catorce por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 14 de ellas refieren que, nunca se sienten satisfechas con la forma de su cuerpo, 6 raramente, y 2 algunas veces lo que representa el 78% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal ya que se encuentra entrelazada con la baja autoestima, esta será una condición que jamás se logrará tener un equilibrio, ya que las expectativas y sobre exigencias demasiado altas provocan que la mujer jamás pueda alcanzar un estado donde ella se sienta confortable, y capas de admitir que se ha convertido un problema.

18.- Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	14	50
Raramente	5	18
Algunas veces	1	3
Algunas veces	3	11
A menudo	2	7
Siempre	3	11
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 18 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

Gráfico N° 18 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca generalmente sienten que las cosas de su vida estén bajo control, otro dieciocho por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un once por ciento a menudo, otro siete por ciento habitualmente, y un once por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 14 de ellas refieren que, nunca se sienten satisfechas con la forma de su cuerpo, 5 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 71% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existen sentimientos de inutilidad ya que las mujeres evalúan y miden su éxito a través de la comida que pueden dejar de ingerir, su auto control es algo determinante y sumamente importante para medir la capacidad y fuerza que poseen, cuando controla lo que come controla los aspectos de su vida.

19.-Me siento confundido/a ante las emociones que siento.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	2	7
Algunas veces	2	7
A menudo	3	11
Habitualmente	5	18
Siempre	15	54
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 19

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

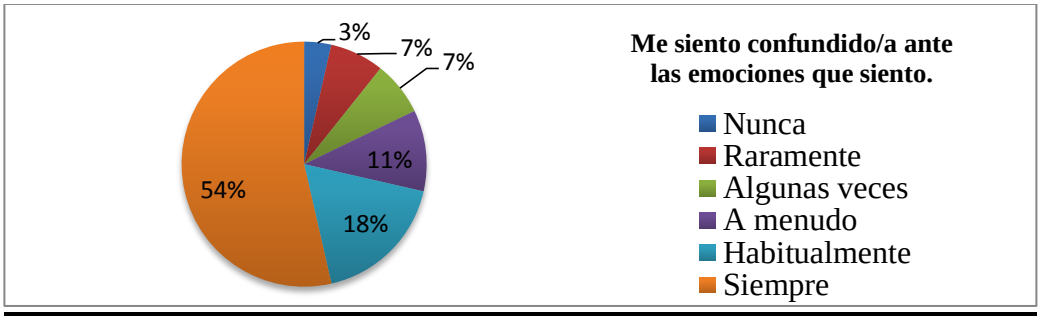


Gráfico N° 19 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas, siempre se sienten confundidas antes las emociones que sienten, otro dieciocho por ciento habitualmente, el once por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otro siete por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 15 de ellas refieren que, siempre se sienten confundidas ante las emociones que sienten, 5 habitualmente, y 3 a menudo, lo que representa el 83% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe dificultad para identificar emociones propias, ya que no hay una correcta identificación consigo mismas, se alienaron tanto del mundo exterior que le suyo se ha confundido en una avalancha de ideas ajenas y de imágenes de personas que muestran una supuesta felicidad efímera.

20.- Prefiero ser adulto que niño.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	19	68
Raramente	3	11
Algunas veces	2	7
A menudo	2	7
Habitualmente	1	4
Siempre	1	3
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 20 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

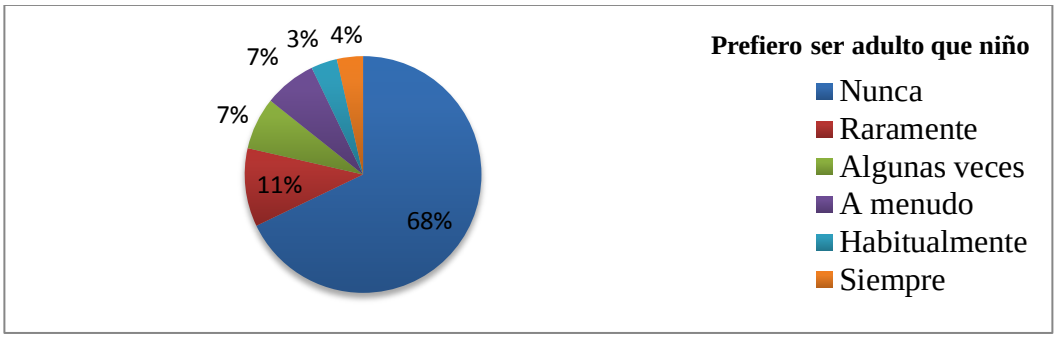


Gráfico N° 20 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y ocho por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca prefieren ser adultos que niños, otro dieciocho por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un once por ciento a menudo, otro siete por ciento habitualmente, y un once por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 19 de ellas refieren que, nunca prefieren ser adultas que niñas, 3 raramente, y 2 algunas veces lo que representa el 86% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe miedo a madurar por un anhelo de regresar a la infancia ya que fue una etapa donde las mujeres se sentían protegidas y confortables, dentro de un espacio perfectamente definido y donde nada se dejaba al azar, nada las podía dañar y todo lo que existía en ese lugar fue concebido para su felicidad .

21.- Me comunico fácilmente con los demás.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	20	71
Raramente	3	11
Algunas veces	2	7
A menudo	1	3
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 21 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

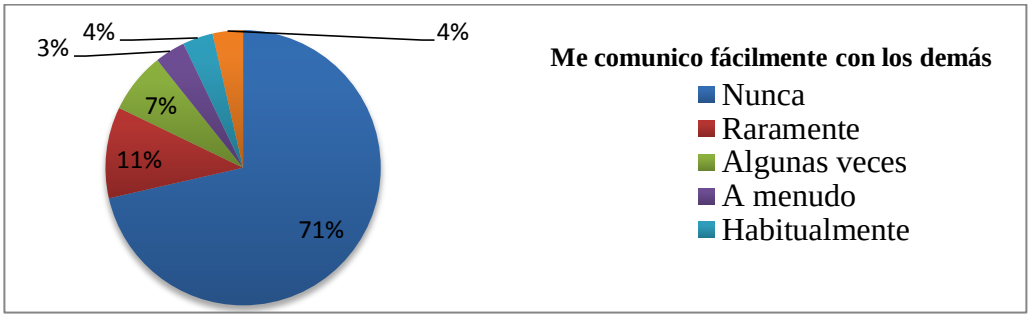


Gráfico N° 21 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca se comunican fácilmente con los demás, otro once por ciento raramente, el siete por ciento algunas veces, un tres por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 20 de ellas refieren que, nunca se comunican fácilmente con los demás, 3 raramente, y 2 algunas veces lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe ineficiencia comunicacional ya que su entorno se ensimismo en sus propios intereses, crecieron como seres humanos deformados psicológicamente, detestando sus vidas actuales y en la eterna búsqueda de regresar a una etapa primaria donde no tenían que preocuparse por nada ya que todo les era entregado y donde las personas pululaban a su alrededor en busca de favorecerlas con alguna atención, donde el lenguaje se transformó de alguna manera en solo exigencias embarcándolas en una eterna búsqueda de autocomplacencia.

22.- Me gustaría ser otra persona.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	0
Raramente	1	4
Algunas veces	2	7
A menudo	2	7
Habitualmente	8	30
Siempre	14	52
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 22 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

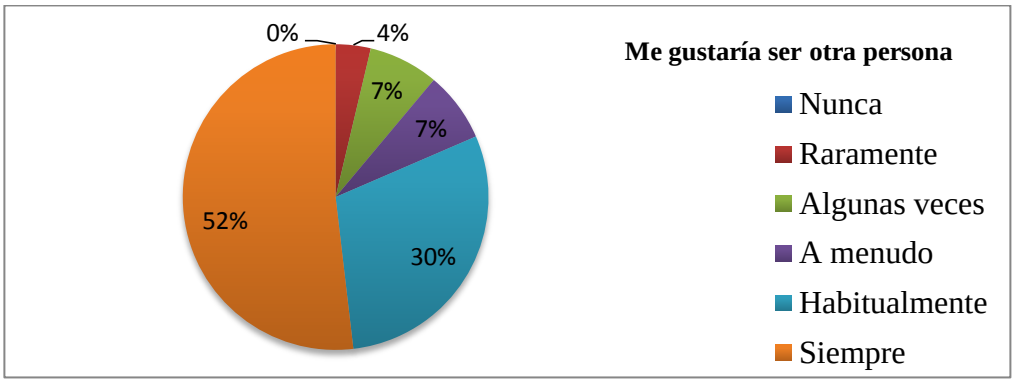


Gráfico N° 22 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y dos por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre les gustaría ser otra persona, otro treinta por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un cero por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 14 de ellas refieren que, siempre les gustaría ser otra persona, 8 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inseguridad e insatisfacción corporal debido a una sobrevaloración de la imagen corporal, los aspectos que componen la conformidad y su paz están por encima de los límites de su propio cuerpo y es un viaje que se iniciará en una constante de ganancias, mientras más adelgazan más aceptadas serán.

23.- Exagero o aumento la importancia del peso.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	3
Algunas veces	1	4
A menudo	2	8
Habitualmente	3	11
Siempre	20	71
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 23 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

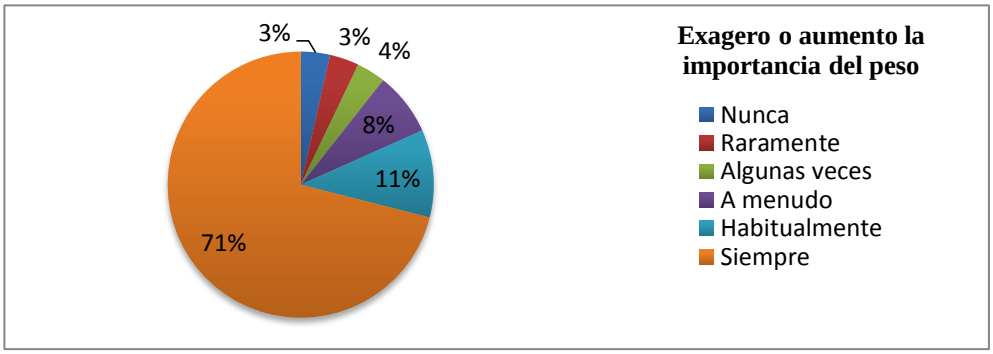


Gráfico N° 23 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre exageran o aumentan la importancia del peso, otro once por ciento habitualmente, el ocho por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 20 de ellas refieren que, siempre exageran o aumentan la importancia del peso, 3 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 90% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal ya que se está convirtiendo el peso de las mujeres en una característica fundamental, la cual esta entrelazada en el psiquismo de las mujeres, se distinguen características indiscutibles como la rigidez al momento de mantener dietas y la excesiva importancia del peso y la forma corporal.

24.- Puedo identificar claramente las emociones que siento.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	18	64
Raramente	3	11
Algunas veces	3	11
A menudo	1	3
Habitualmente	2	7
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 24 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

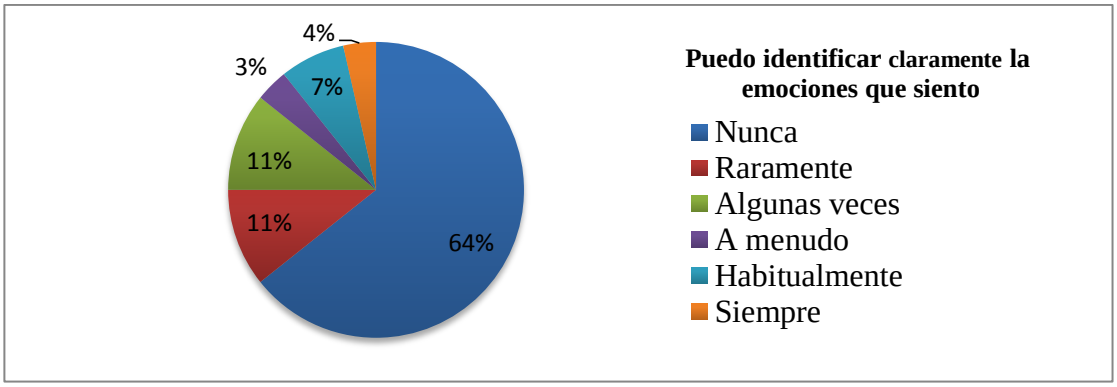


Gráfico N° 24 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca pueden identificar claramente las emociones que sienten, otro once por ciento raramente, el once por ciento algunas veces, un tres por ciento a menudo, otro siete por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 18 de ellas refieren que, nunca pueden identificar claramente las emociones que sienten, 3 raramente, y 3 algunas veces lo que representa el 86% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe dificultad para identificar emociones propias, ya que existe confusión dentro de ellas que origina que tengan una percepción distorsionada de su cuerpo, y al no identificar claramente sus emociones esto se podrá fácilmente pasar a una incapacidad para reconocer sus propios cuerpos.

25.- Me siento inadaptado/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	3
Algunas veces	1	4
A menudo	1	4
Habitualmente	5	18
Siempre	19	68
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 25 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

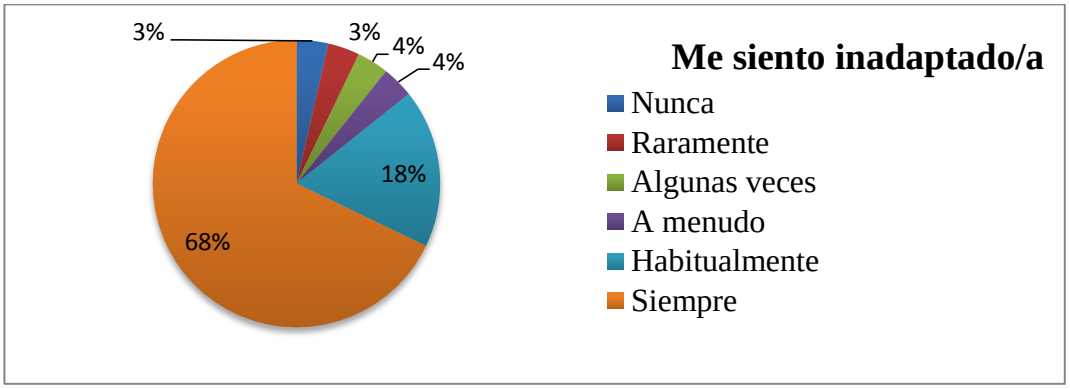


Gráfico N° 25 Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y ocho por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se sienten inadaptadas, otro dieciocho por ciento habitualmente, el cuatro por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 19 de ellas refieren que, siempre se sienten inadaptadas, 5 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 90% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inadaptación ya que las mujeres perciben que no encuentran un circulo donde las personas las juzguen acerca de su tamaño y forma corporal, lo que ocasiona que las mujeres sientan inadaptación.

26.- Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	3	11
Raramente	2	7
Algunas veces	3	11
A menudo	5	18
Habitualmente	7	25
Siempre	8	28
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 26: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

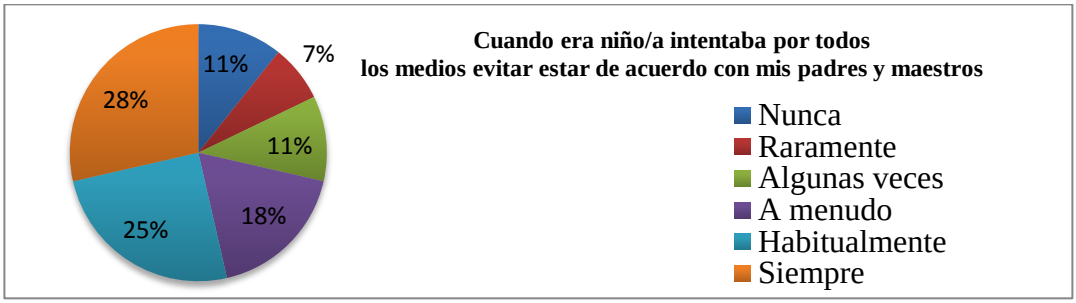


Gráfico N° 26 : Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El veinte y ocho por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre cuando eran niñas intentaban por todos los medios evitar estar de acuerdo con sus padres y maestros, otro veinte y cinco por ciento habitualmente, el dieciocho por ciento a menudo, un once por ciento algunas veces, otra siete por ciento raramente, y un once por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 8 de ellas refieren que, siempre se sienten inadaptadas, 7 habitualmente, y 5 a menudo, lo que representa el 71% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existen relaciones sociales limitadas debido a una constante negación del bajo peso, las mujeres se aíslan por evitar comentarios los cuales van dirigidos al hecho de cómo intervenir con ayuda para que se pueda solucionar su estado, las relaciones sociales no son cercanas para no tener que hablar sobre el tema, la particularidad de la anorexia nerviosa es que es un estado que permanece silencioso y no es evidente su avance hasta cuando el aspecto físico de la mujer denota decaimiento.

27.- Tengo amistades íntimas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	16	57
Raramente	5	18
Algunas veces	1	3
A menudo	2	7
Habitualmente	3	11
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 27 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

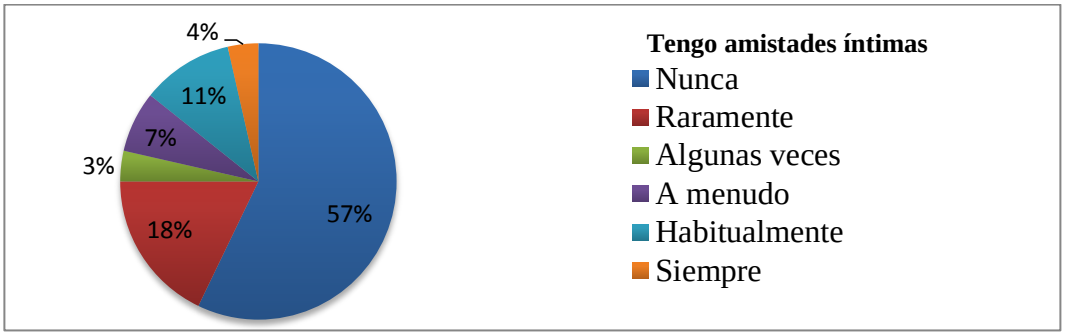


Gráfico N° 27 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y siete por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca tienen amistades intimas, otro dieciocho por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un siete por ciento a menudo, otro once por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 16 de ellas refieren que, nunca tienen amistades íntimas, 5 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 78% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe dificultad en mantener relaciones sociales cercanas ya que la constante del peso y el tema de la comida siempre ronda en la conversación, las mujeres evitan tener relaciones sociales cercanas, para que las personas no se sientan con la libertad de poderles mencionar el tema de la comida o temen que si sus amistades intimas sospechan sobre su estado, estas puedan intervenir de alguna manera o pongan en alerta a sus familiares.

28.- Me gusta la forma de mis nalgas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	18	64
Raramente	5	18
Algunas veces	1	3
A menudo	1	4
Habitualmente	2	7
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 31 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

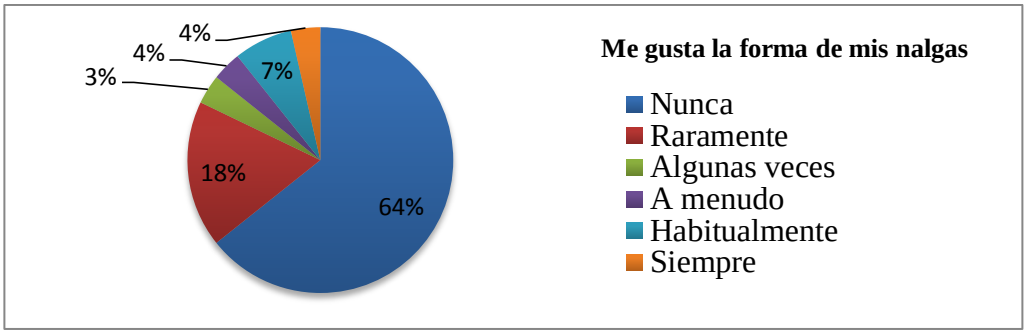


Gráfico N° 31 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca les gusta la forma de sus nalgas, otro dieciocho por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un cuatro por ciento a menudo, otro siete por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 18 de ellas refieren que, nunca les gusta la forma de sus nalgas, 5 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal ya que se distingue auto percepción distorsionada del cuerpo mismo que se encuentra relacionado estrechamente con su autoestima y por lo tanto limita significativamente sus relaciones sociales.

29.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	3
Algunas veces	1	4
A menudo	1	4
Habitualmente	3	11
Siempre	21	75
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 29 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

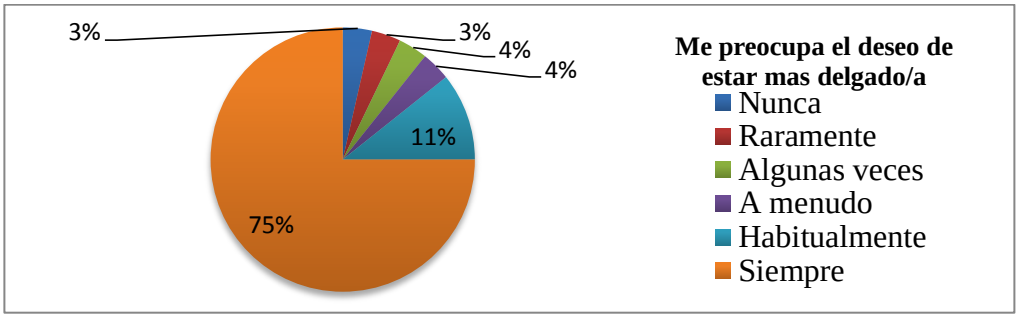


Gráfico N° 29 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre les preocupa el deseo de estar más delgadas, otro once por ciento habitualmente, el cuatro por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, siempre les preocupa el deseo de estar más delgadas, 3 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 86% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe una excesiva preocupación por el deseo de estar más delgadas, tanto que la mujer llega a privarse voluntariamente de alimento durante periodos prolongados de tiempo para conseguir estar más delgadas, sin importar el hecho de la inanición o que puedan ocasionarse un trastorno severo de la alimentación, una prioridad es el hecho de estar más delgadas.

30.- No sé lo que está pasando dentro de mí.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	22	79
Raramente	2	7
Algunas veces	1	3
A menudo	1	3
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 30 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

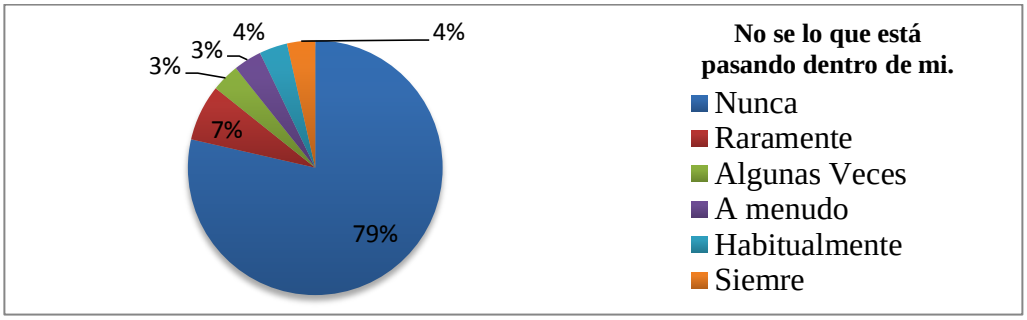


Gráfico N° 30 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca no sé lo que está pasando dentro de mí, otro siete por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un tres por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 22 de ellas refieren que, nunca no saben lo que está pasando dentro de ellas, 2 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe confusión ya que la mujer no está en relación íntima consigo, la atención se enfoca en el hecho de cómo estar delgada he incurrir en dietas para así lograr llegar a un estado de aceptación y belleza efímera, sin tener en cuenta el hecho de su propia fisonomía y sus requerimientos de proteínas basados en su actividad diaria.

31.- Tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	6
Raramente	2	6
Algunas veces	1	3
A menudo	1	3
Habitualmente	3	26
Siempre	19	56
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 31 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

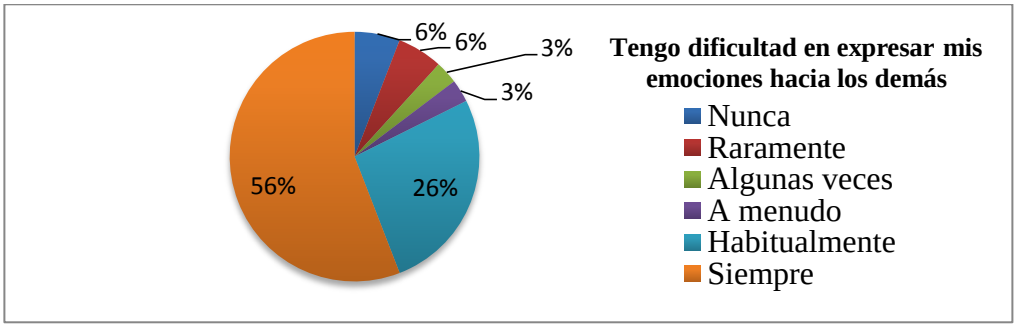


Gráfico N° 31 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y seis por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás, otro veinte y seis por ciento habitualmente, el tres por ciento a menudo, un tres por ciento algunas veces, otra seis por ciento raramente, y un seis por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 19 de ellas refieren que, siempre les preocupa el deseo de estar más delgadas, 3 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existen pobres mecanismos de desfogue emocional que otorguen serenidad y equilibrio en la vida de las mujeres, para que puedan tener opciones positivas al momento de hacerle frente a un problema, y sobre todo cuando sea preciso desenvolverse con otras personas.

32.- Las exigencias del adulto son demasiado grandes.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	7
Raramente	2	7
Algunas veces	2	7
A menudo	2	7
Habitualmente	3	11
Siempre	17	61
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 32 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

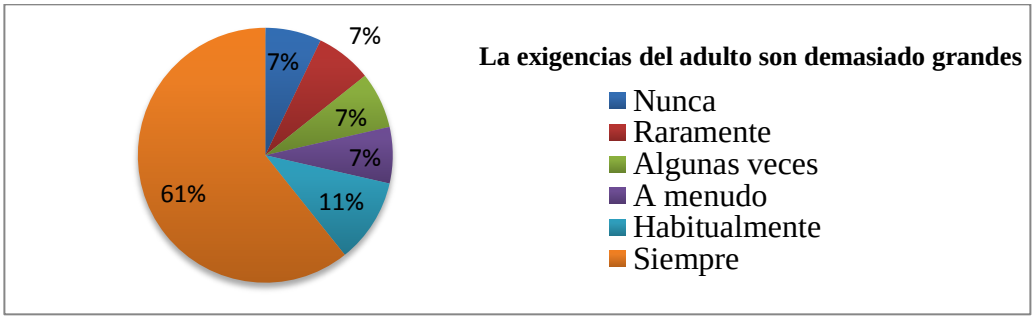


Gráfico N° 32 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre las exigencias del adulto son demasiado grandes, otro once por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otra siete por ciento raramente, y un siete por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que, siempre las exigencias del adulto son demasiado grandes, 3 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 79% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe negación a realizar actividades propias de la edad ya que hay inconformidad con el avance de esta, padres sobre protectores, estructuras familiares frágiles y una sociedad pobre y poco estimulante crean mujeres débiles y carentes de criterios personales y una auto estima fuerte.

33.- Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	7
Raramente	1	3
Algunas veces	1	4
A menudo	4	14
Habitualmente	5	18
Siempre	15	54
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 33 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

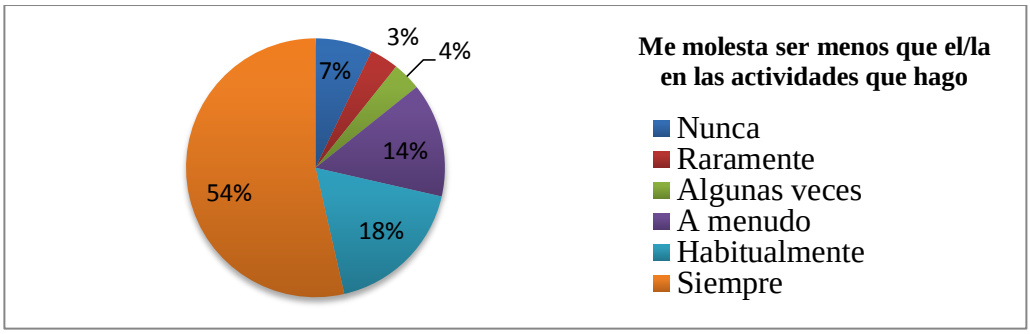


Gráfico N° 33 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre me molesta ser menos que la, en las actividades que hago, otro dieciocho por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un siete por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 15 de ellas refieren que, siempre las exigencias del adulto son demasiado grandes, 5 habitualmente, y 4 a menudo, lo que representa el 86% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe baja tolerancia a la frustración ya que su nicho social primario no le otorgó las armas necesarias para confrontar los problemas que vendrán a lo largo de la vida, comprender el hecho de que otra persona es probable que lo haga mejor o nos pueda superar de alguna manera es justamente el camino hacia una personalidad sana y no conflictiva.

34.- Me siento seguro/a de mí mismo/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	15	50
Raramente	6	20
Algunas veces	3	10
A menudo	1	4
Habitualmente	2	7
Siempre	1	3
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 34 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

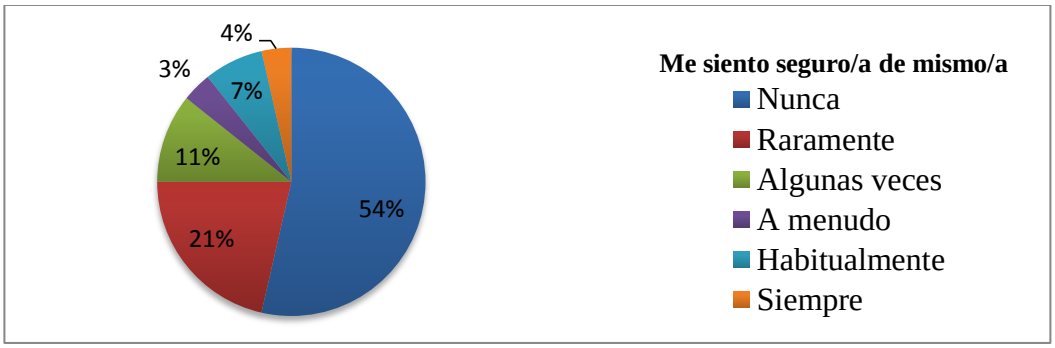


Gráfico N° 34 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca se sienten seguras de sí mismas, otro veinte por ciento raramente, el diez por ciento algunas veces, un cuatro por ciento a menudo, otro siete por ciento habitualmente, y un tres por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 15 de ellas refieren que, nunca se sienten seguras de sí mismas, 6 raramente, y 3 algunas veces lo que representa el 86% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inseguridad como característica, ya que no hay estructuras personales bien definidas en las mujeres que buscan la perfección y la aceptación de los demás a través de sus cuerpos.

35.- Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	11	42
Raramente	6	23
Algunas veces	6	23
A menudo	1	4
Habitualmente	1	4
Siempre	3	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 35 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

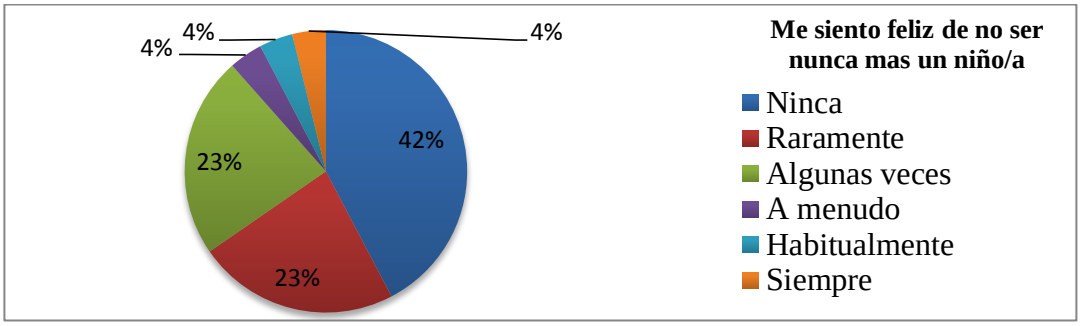


Gráfico N° 35 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y dos por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca se sienten feliz de no ser nunca más un niño, otro veinte y tres por ciento raramente, el veinte y tres por ciento algunas veces, un cuatro por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 11 de ellas refieren que, nunca se sienten seguras de sí mismas, 6 raramente, y 6 algunas veces lo que representa el 88% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, no existe conformidad con el avance de la edad, y negación a incurrir en actividades acordes con su edad, la sensación de invalides y el deseo de volver a ser una niña, necesariamente hace que la mujer se sienta en la eterna búsqueda de cómo regresar a la calidez de su infancia, provocando así una sensación de infelicidad.

36.- No me doy cuenta de si tengo hambre o no.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	2	7
A menudo	1	4
Habitualmente	2	7
Siempre	21	75
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 36 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

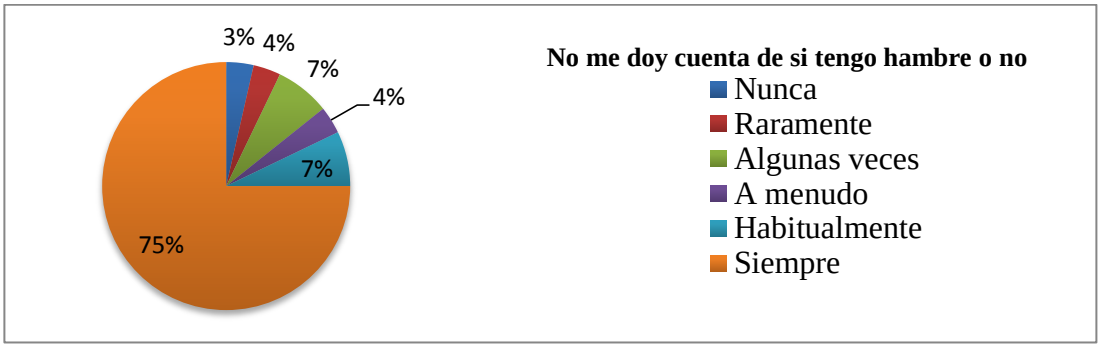


Gráfico N° 36 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre no me doy cuenta de si tengo hambre o no, otro siete por ciento habitualmente, el cuatro por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, siempre no me doy cuenta de si tengo hambre o no, 2 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 86% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe confusión y distanciamiento de la percepción corporal, ya que las mujeres no son capaces de contemplar la realidad que ven en sus espejos, lo cual origina que no distingan sus propias sensaciones.

37.- Tengo una pobre opinión de mí mismo.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	7
Raramente	2	7
Algunas veces	2	7
A menudo	2	7
Habitualmente	3	11
Siempre	17	61
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 37 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

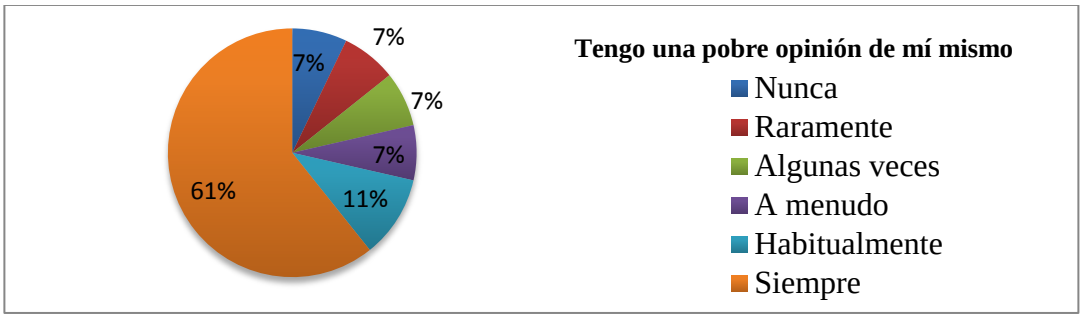


Gráfico N° 37 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre tienen una pobre opinión de sí mismas, otro once por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otra siete por ciento raramente, y un siete por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que, siempre tienen una pobre opinión de sí mismas, 3 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 79% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inefectividad y baja autoestima ya que no hay una estructura definida de la personalidad de la mujer, y que está interfiriendo en el hecho de contemplar una mujer formada e independiente capaz de tener un visión más apegada a la realidad.

38.- Pienso que puedo alcanzar mis metas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	20	71
Raramente	2	7
Algunas veces	2	7
A menudo	2	7
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 38 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

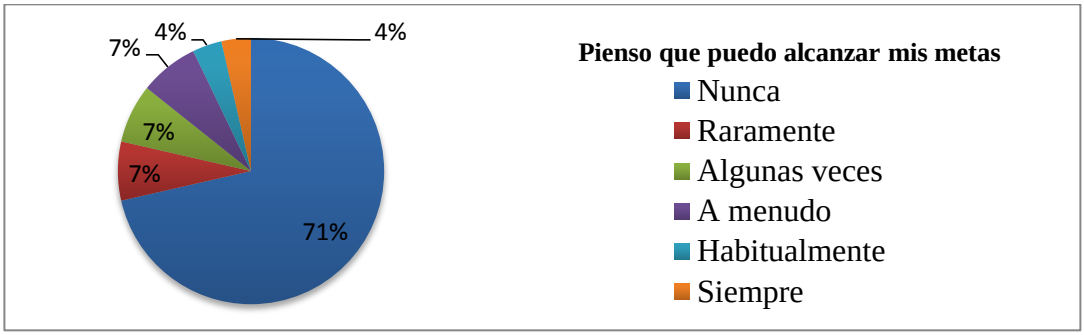


Gráfico N° 38 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca piensan que pueden alcanzar sus metas, otro siete por ciento raramente, el siete por ciento algunas veces, un siete por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 20 de ellas refieren que, nunca piensan que pueden alcanzar sus metas, 2 raramente, y 2 algunas veces lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe sentimientos de inutilidad y desamparo ya que no encuentran el medio para lograr sus metas, la personalidad es pobre y no se auto sustenta he intenta reafirmarse con la sensación de control que puede llegar a experimentar mediante la comida.

39.- Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	3
Algunas veces	1	4
A menudo	1	4
Habitualmente	2	7
Siempre	22	79
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 39 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

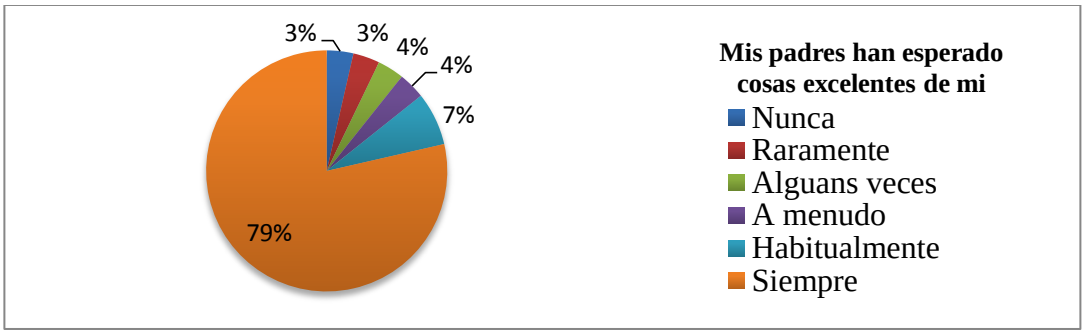


Gráfico N° 39 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre mis padres han esperado cosas excelentes de mí, otro siete por ciento habitualmente, el cuatro por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 22 de ellas refieren que, siempre mis padres han esperado cosas excelentes de mí, 2 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 90% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe sobrexigencia parental y expectativas extremadamente altas que al no cumplirse, supone un nuevo reto y es el hecho de hacerle frente a la realidad, una realidad donde no necesariamente las cosas jugarán a su favor, y aprender a tolerar la frustración de una manera más sana, donde un posible fracaso no desmorone la personalidad de la mujer.

40.- Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	3
Algunas veces	1	3
A menudo	4	14
Habitualmente	7	25
Siempre	14	50
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 40 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

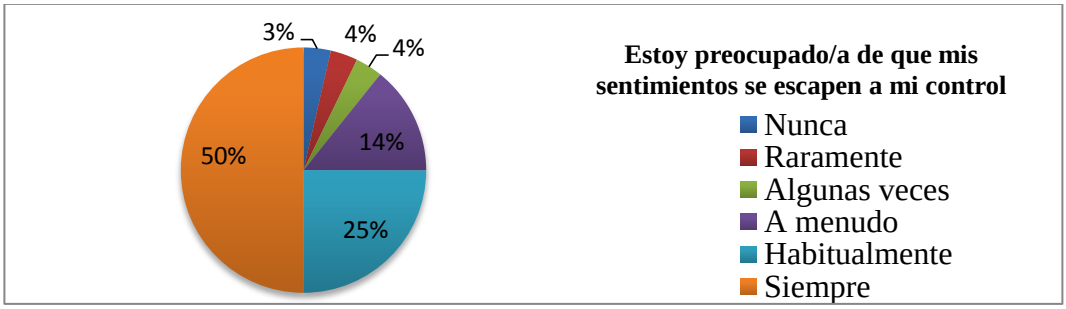


Gráfico N° 40 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control, otro veinte y cinco por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 14 de ellas refieren que, siempre estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control, 7 habitualmente, y 4 a menudo, lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe un carente autocontrol acerca de sus emociones, y una sensación de desapego que frustra a las mujeres que pasan por esta sensación, de allí que se encuentra un límite al momento de ingerir alimentos pues esto se convierte en una especie de lucha en donde las mujeres son capaces de demostrar ante las demás personas el control que pueden llegar a poseer sobre las cosas.

41.- Pienso que mis caderas son demasiado anchas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	1	4
A menudo	1	14
Habitualmente	4	25
Siempre	20	50
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 41 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

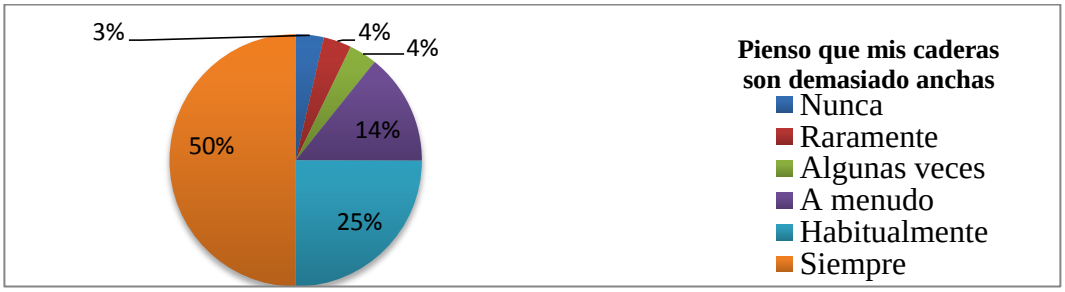


Gráfico N° 41 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre pienso que mis caderas son demasiado anchas, otro veinte y cinco por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 20 de ellas refieren que, siempre pienso que mis caderas son demasiado anchas, 4 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe insatisfacción corporal y distorsión de la imagen, ya que hay una sobrevaloración de la imagen y rigidez para abordar temas que tienen que ver con su peso y tamaño, un ambiente poco estimulante y vulnerabilidad ante las personas que las rodean genera que perciban que su aceptación pasa a través de cómo lucen y especial de lo delgadas que puedan estar, inevitablemente si una mujer tiene biológicamente las caderas anchas ella percibirá que tiene sobrepeso.

42.- Después de haber comido poco me siento hinchado /a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	0
Raramente	1	3
Algunas veces	1	3
A menudo	1	4
Habitualmente	3	11
Siempre	22	79
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 42 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

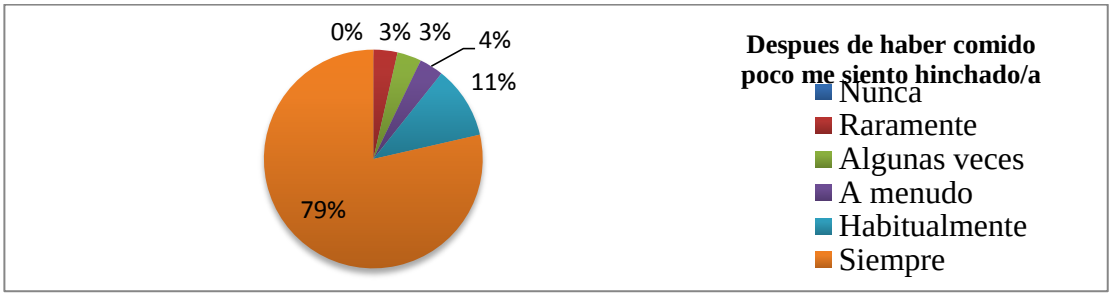


Gráfico N° 42 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre después de haber comido poco se sienten hinchadas, otro once por ciento habitualmente, el cuatro por ciento a menudo, un tres por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un cero por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 22 de ellas refieren que, siempre después de haber comido poco se sienten hinchadas, 3 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 94% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe miedo extremo al aumento de peso y desconocimiento de las porciones que su cuerpo les permite ingerir, generan ansiedad al pensar que están comiendo demasiado y por ende que van a engordar, por otro lado la respuesta natural del cuerpo al alimentarse es la dilatación estomacal, pero esto puede ser tomado como una alerta para las mujeres que interpretan este hecho como un aumento drástico de peso y por lo tanto incurren en dietas restrictivas.

43.- Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	5	18
Raramente	1	3
Algunas veces	1	3
A menudo	1	4
Habitualmente	3	11
Siempre	17	61
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 43 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

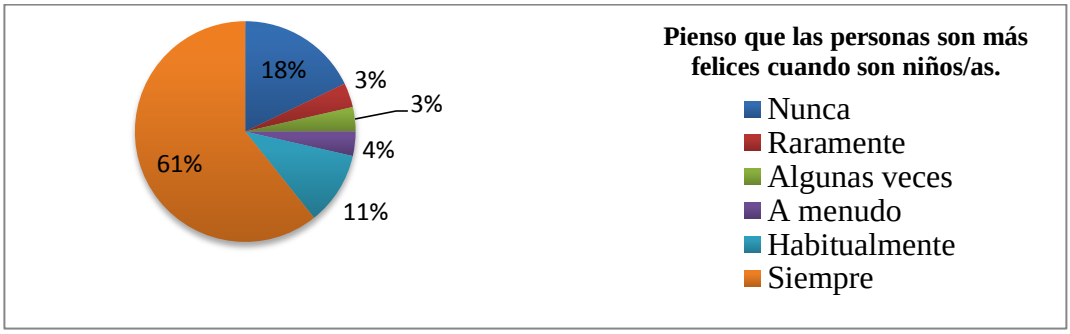


Gráfico N° 43 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan que las personas son más felices cuando son niños, otro once por ciento habitualmente, el cuatro por ciento a menudo, un tres por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un dieciocho por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que, siempre piensan que las personas son más felices cuando son niños, 3 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 76% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que se distinguen tendencias regresivas, la seguridad y el anhelo de regresar a la infancia es una latente que se observa en la conducta de las mujeres que de una manera inconsciente lo manifiestan en su cuerpo, ya que al incurrir en dietas restrictivas voluntariamente su cuerpo puede sufrir severos trastornos de crecimiento como por ejemplo el hecho de no presentar la menstruación.

44.-Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	0	0
A menudo	0	0
Habitualmente	3	11
Siempre	23	82
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 44 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

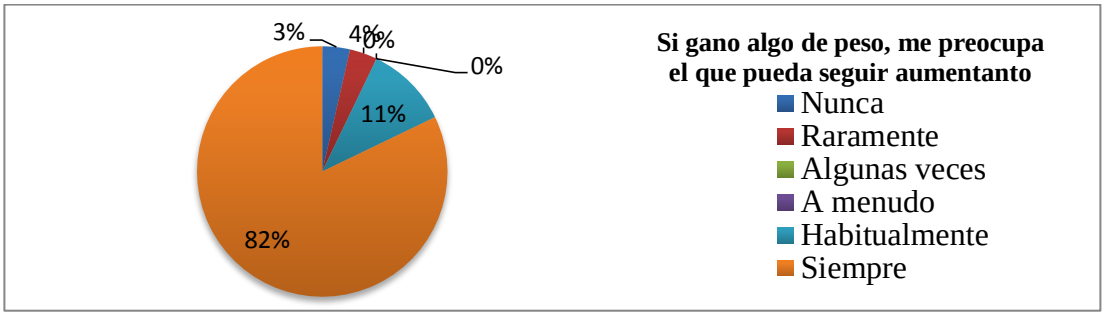


Gráfico N° 44 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El ochenta y dos por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan que si ganan algo de peso, les preocupa el que pueda seguir aumentando, otro once por ciento habitualmente, el cero por ciento a menudo, un cero por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 23 de ellas refieren que, siempre piensan que si ganan algo de peso, les preocupa el que pueda seguir aumentando, 3 habitualmente, y 0 a menudo, lo que representa el 93% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe carente autocontrol y miedo extremo al aumento de peso, una sensación de invalides embarga a las mujeres que luchan día a día con su supuesto sobrepeso, el llevar al límite sus cuerpos y su estabilidad emocional genera desequilibrios corporales y emocionales, que por decirlo de otra manera invalidan a la mujer y limitan su desarrollo psicosocial.

45.-Pienso que soy una persona útil.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	11	39
Raramente	7	25
Algunas veces	6	21
A menudo	2	7
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 45 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

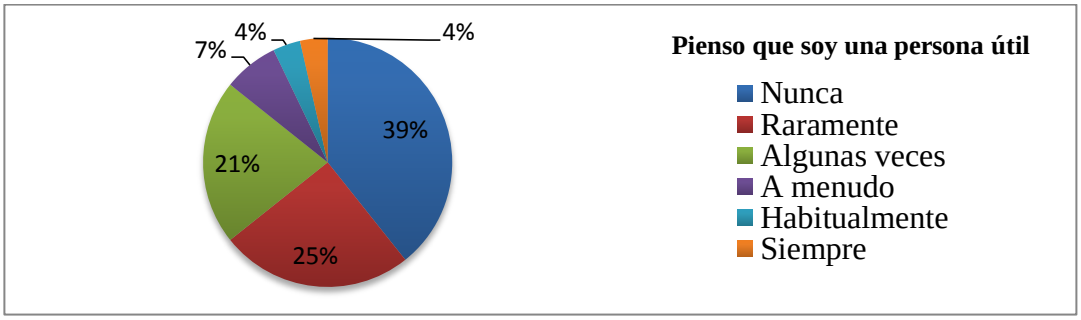


Gráfico N° 45 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El treinta y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca piensan que son una persona útil, otro veinte y cinco por ciento raramente, el veinte y uno por ciento algunas veces, un siete por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 11 de ellas refieren que, nunca se sienten seguras de sí mismas, 7 raramente, y 6 algunas veces lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe inseguridad y sentimientos de inutilidad ya que el estado de ánimo y por ende sus estructuras psicosociales están íntimamente ligadas, es así que el aumento de peso en el caso de la anorexia nerviosa es un aspecto que genera un efecto devastador en las mujeres quienes hacen todo lo posible por reducir medidas, y por lo tanto esto genera la sensación de descontrol y sentimientos de inutilidad.

46.-Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado /a o enojado/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	4
Raramente	1	4
Algunas veces	2	7
A menudo	2	21
Habitualmente	5	25
Siempre	17	39
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 46 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

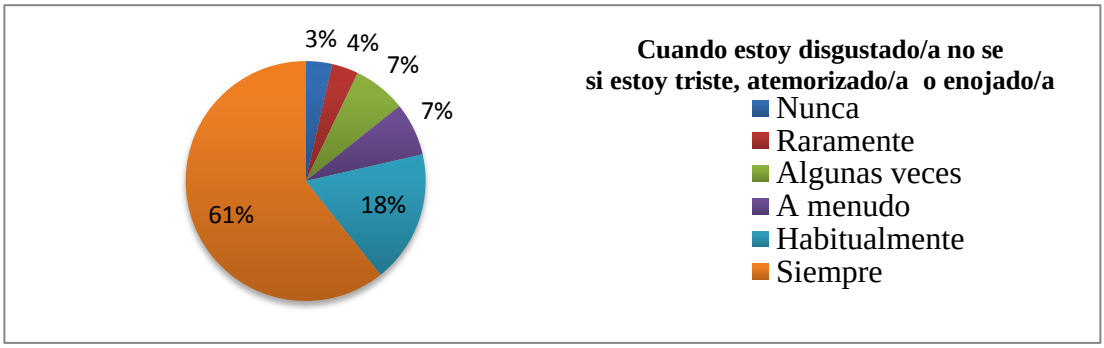


Gráfico N° 46 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas:El sesenta y un porciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan que cuando están disgustadas no saben si están tristes, atemorizadas o enojadas, otro dieciocho por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un siete por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que, siempre piensan que cuando están disgustadas no saben si están tristes, atemorizadas o enojadas, 5 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe ambivalencia afectiva y dificultad para identificar emociones propias debido a una intensa sensación de culpabilidad que gira alrededor de la comida, el tema de la alimentación en las mujeres acapara tanto la atención que mientras más pasa el tiempo más se ve enraizada la anorexia nerviosa.

47.-Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o sino, no hacerlas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	4
Raramente	2	7
Algunas veces	1	4
A menudo	6	21
Habitualmente	7	25
Siempre	11	39
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 47 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

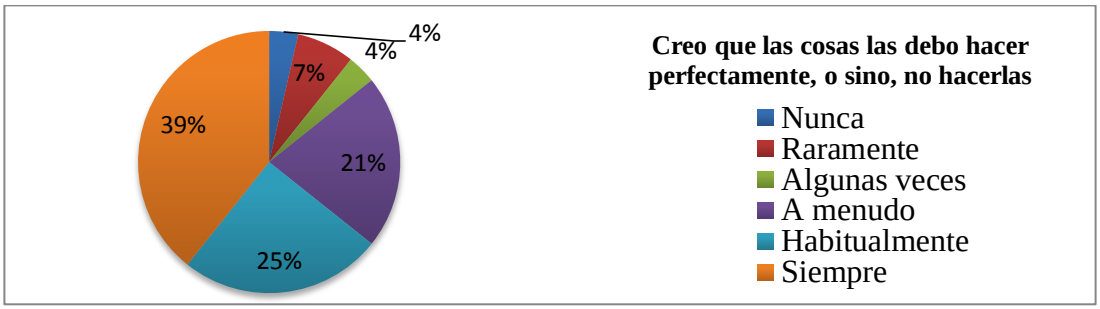


Gráfico N° 47 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El treinta y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre piensan que creen que las cosas las deben hacer perfectamente, o si no, no hacerlas, otro veinte y cinco por ciento habitualmente, el veinte y uno por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra siete por ciento raramente, y un cuatro por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 11 de ellas refieren que, siempre piensan que las cosas deben hacer perfectamente, o si no, no hacerlas 7 habitualmente, y 6 a menudo, lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe perfeccionismo y metas excesivamente altas debidas a una visión demasiado drástica de las opciones que se le van presentando a lo largo de la vida, que por no decirlo de otra manera son la búsqueda de aceptación y afecto por parte de sus pares, y que dentro de su visión de túnel generan e interpretan que el camino hacia dicha búsqueda es justamente con mostrar un cuerpo que para las mujeres es estéticamente bello y perfecto en extremo delgadas.

48.-Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercárseme o entablar amistad.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	1	4
A menudo	2	7
Habitualmente	3	11
Siempre	20	71
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 48 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

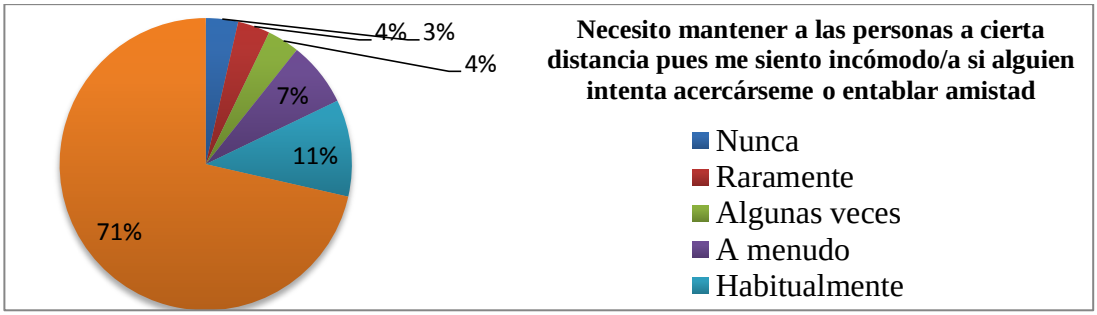


Gráfico N° 48 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre necesitan mantener a las personas a cierta distancia, pues se sienten incómodas si alguien intenta acercarse o entablar amistad, otro once por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 20 de ellas refieren que, siempre necesitan mantener a las personas a cierta distancia, pues se sienten incómodas si alguien intenta acercarse o entablar amistad, 3 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe desconfianza interpersonal y relaciones sociales limitadas ya que su estructura psicosocial pobre genera desconfianza en un nivel tal que las mujeres tienen la sensación de ser juzgadas por su peso.

49.-Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	23	82
Raramente	2	7
Algunas veces	1	3
A menudo	1	4
Habitualmente	1	4
Siempre	0	0
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 49 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

Gráfico N° 49 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El ochenta y dos por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca piensan que sus muslos tienen el tamaño adecuado, otro siete por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un cuatro por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cero por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 23 de ellas refieren que, nunca piensan que sus muslos tienen el tamaño adecuado, 2 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 92% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal y distorsión de la imagen ya que perciben todo su cuerpo con un tamaño sobre dimensionado y por lo tanto no les satisface como lucen y piensan siempre en incurrir en dietas para bajar de peso, estas consideraciones no pasan por un juicio real del estado de sus cuerpos, generando en ellas una delgadez extrema que solo se hace evidente cuando se han generado un trastorno grave a nivel físico y psicológico.

50.-Me siento interiormente vacío/a.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	3	17
Raramente	2	12
Algunas veces	1	6
A menudo	1	6
Habitualmente	3	17
Siempre	18	42
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 50 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

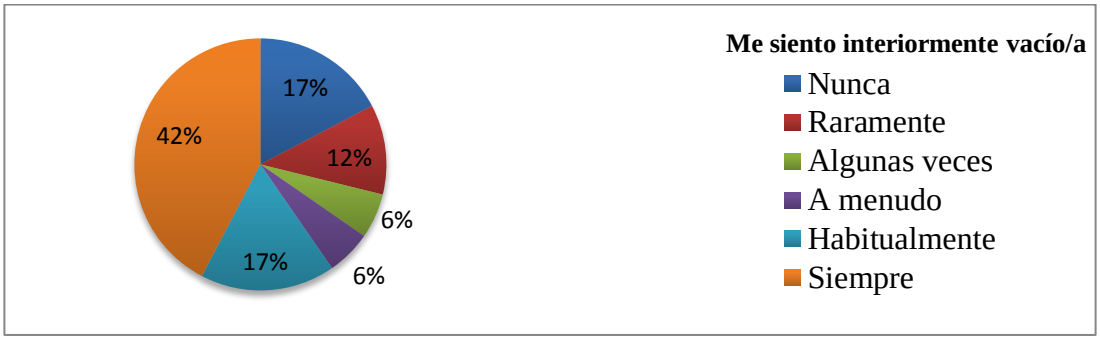


Gráfico N° 50 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cuarenta y un por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se sienten interiormente vacías, otro diecisiete por ciento habitualmente, el seis por ciento a menudo, un seis por ciento algunas veces, otra doce por ciento raramente, y un diecisiete por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 18 de ellas refieren que, siempre se sienten interiormente vacías, 3 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 65% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe sentimientos de soledad y de vacío ya que su estructura psicosocial es frágil debido a varios factores que transcurrieron en su proceso de crecimiento, y que finalmente desembocan en un llamado de atención por parte de las mujeres a sus pares, sus cuerpos muestran la pena que llevan por dentro y lo vacías que son sus vidas.

51.-Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	22	79
Raramente	3	11
Algunas veces	1	3
A menudo	1	3
Habitualmente	1	4
Siempre	0	0
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 51 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

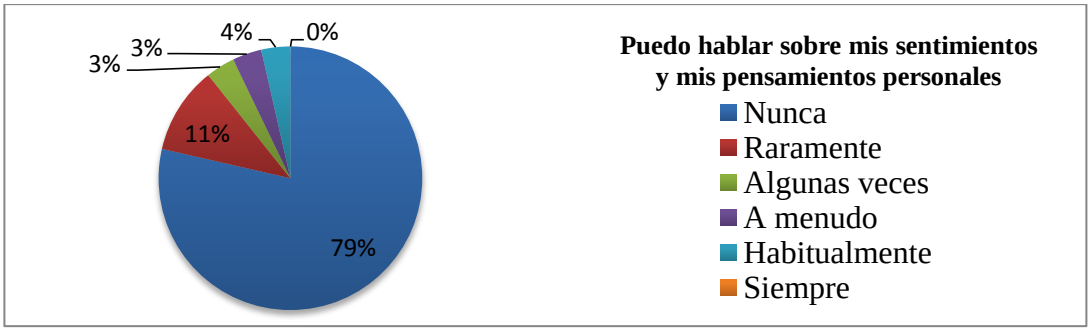


Gráfico N° 51 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y nueve por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca pueden hablar sobre sus sentimientos y sus pensamientos personales, otro once por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un tres por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cero por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 22 de ellas refieren que, nunca pueden hablar sobre sus sentimientos y sus pensamientos personales, 3 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 93% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe confusión y dificultad para identificar emociones propias y mecanismos adecuados para exponer sus sentimientos de una manera óptima y adecuada.

52.-El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	23	81
Raramente	2	7
Algunas veces	1	4
A menudo	0	0
Habitualmente	1	4
Siempre	1	4
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 52 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

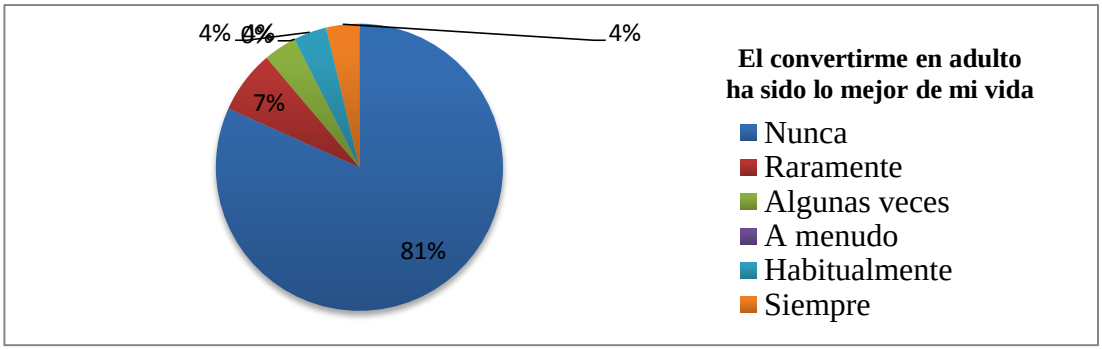


Gráfico N° 52 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El ochenta y un porciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca el convertirse en adultas ha sido lo mejor de sus vidas, otro siete por ciento raramente, el cuatro por ciento algunas veces, un cero por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cuatro por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 23 de ellas refieren que, nunca el convertirse en adultas ha sido lo mejor de sus vidas, 2 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 92% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe miedo a madurar e inconformidad con el avance de la edad y una necesidad de sentirse a salvo en la seguridad del seno de sus padres.

53.-Creo que mis nalgas son demasiado anchas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	0
Raramente	1	4
Algunas veces	0	0
A menudo	2	7
Habitualmente	4	14
Siempre	21	75
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 53 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

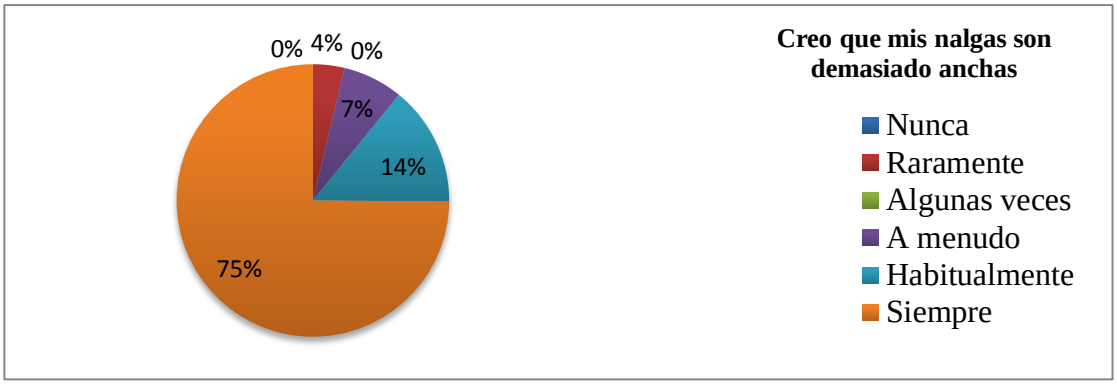


Gráfico N° 53 - Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre creen que sus nalgas son demasiado anchas, otro catorce por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un cero por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un cero por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, siempre creen que sus nalgas son demasiado anchas, 4 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 96% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe insatisfacción corporal, ya que los estándares de la imagen corporal están alienados por agentes externo de moda y pseudo belleza que imponen en las mujeres vulnerables el cómo deberían verse.

54.-Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	3
Raramente	1	4
Algunas veces	1	4
A menudo	3	11
Habitualmente	4	14
Siempre	18	64
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 54: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

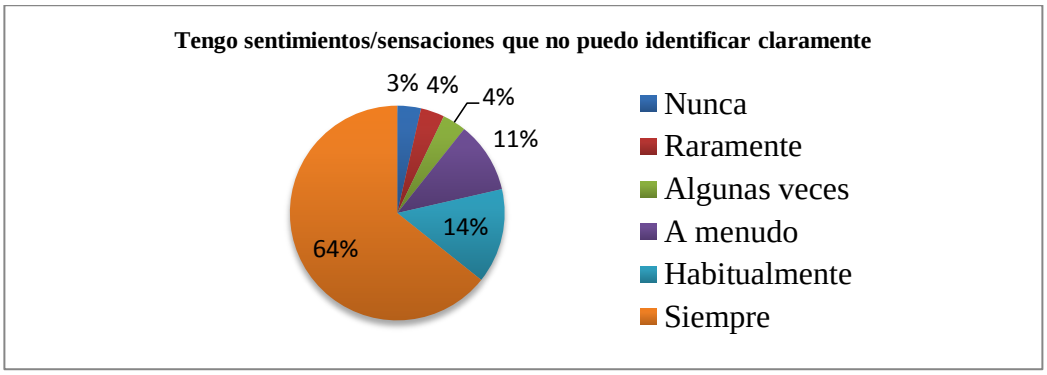


Gráfico N° 54: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El sesenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre tienen sentimientos/sensaciones que no pueden identificar claramente, otro catorce por ciento habitualmente, el once por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra cuatro por ciento raramente, y un tres por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 18 de ellas refieren que, siempre tienen sentimientos/sensaciones que no pueden identificar claramente, 4 habitualmente, y 3 a menudo, lo que representa el 89% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe confusión y dificultad para identificar emociones propias ya que existe un embotamiento emocional mismas que se hallan mescladas en su aparato psíquico, y por ende un inadecuado sistema de desfogue emocional que ocasiona que la mujer se sature.

55.-Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	21	75
Raramente	4	14
Algunas veces	1	3
A menudo	1	4
Habitualmente	1	4
Siempre	0	0
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 55: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

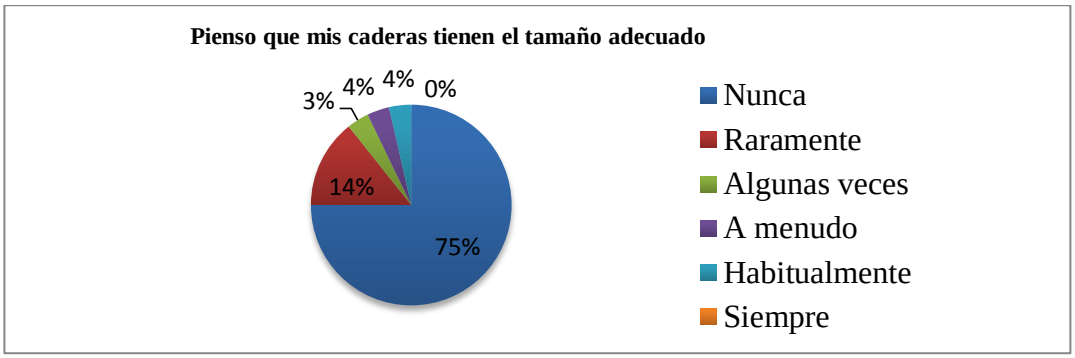


Gráfico N° 55: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta y cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca piensan que sus caderas tienen el tamaño adecuado, otro catorce por ciento raramente, el tres por ciento algunas veces, un cuatro por ciento a menudo, otro cuatro por ciento habitualmente, y un cero por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, nunca piensan que sus caderas tienen el tamaño adecuado, 4 raramente, y 1 algunas veces lo que representa el 92% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que, existe insatisfacción corporal e ideas irracionales con respecto a su imagen corporal, la constante del mantenerse delgadas o en forma , ocasiona que muchas de las veces las mujeres no filtren al momento de hacer una valoración de sus cuerpos el hecho de su biotipo que en ocasiones y por herencia genética tendrá la tendencia a tener las caderas anchas.

56.-Mis metas son excesivamente altas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	0
Raramente	1	13
Algunas veces	1	4
A menudo	2	7
Habitualmente	9	32
Siempre	15	54
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 56: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

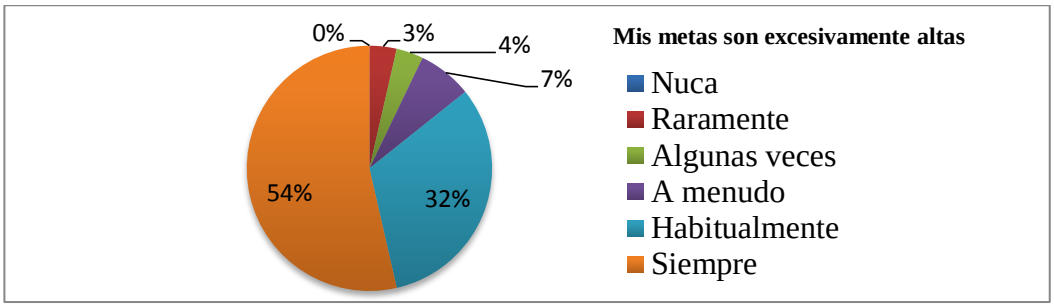


Gráfico N° 56: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cincuenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre sus metas son excesivamente altas, otro treinta y dos por ciento habitualmente, el siete por ciento a menudo, un cuatro por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un cero por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 15 de ellas refieren que, siempre sus metas son excesivamente altas, 9 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 93% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existen metas excesivamente altas, al igual que sobre exigencias con respecto a sus aspectos cotidianos como lo son el estudio, la familia, el trabajo y las relaciones sentimentales, esta postura lleva al límite a las mujeres que muestran constantemente su perfeccionismo en todo lo que hacen, la anorexia y por ende las dietas restrictivas muestran lo intenso y extremo de la forma de interpretar de las mujeres , que constantemente hacen juicios de valor para sí mismas.

57.-Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	0
Raramente	1	3
Algunas veces	0	0
A menudo	1	1
Habitualmente	5	17
Siempre	21	70
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 57: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

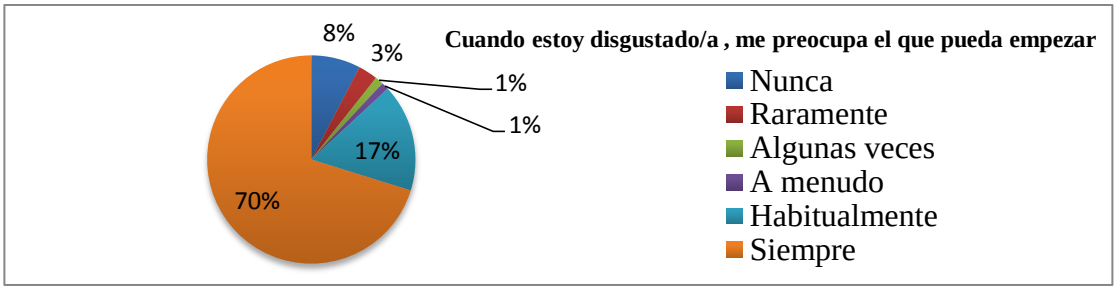


Gráfico N° 57: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación del test se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, otro diecisiete por ciento habitualmente, el uno por ciento a menudo, un uno por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un ocho por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, 5 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 88% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe confusión y carente autocontrol ya que su estado emocional se encuentra en vínculo directo con el aspecto que lucen y sobre todo de cuanta comida pueden racionar diariamente, si tomaron más porciones de las que ellas se lo permiten o rompieron su dieta restrictiva esto supone una crisis, los aspectos de su vida necesitan tenerlos bajo su control total y la frustración es algo que no toleran muy bien, por lo tanto las sensaciones que bienes de ese hecho podrían desembocar en ingesta de alimento el mismo que será interpretado por ellas como una señal de debilidad y de descontrol.

Resultados finales de la calificación e interpretación del inventario de trastornos de alimentación. (EDI).

ANOREXIA NERVIOSA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Si	18	64
No	10	36
TOTAL	**28**	**100**

Cuadro N° 58: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

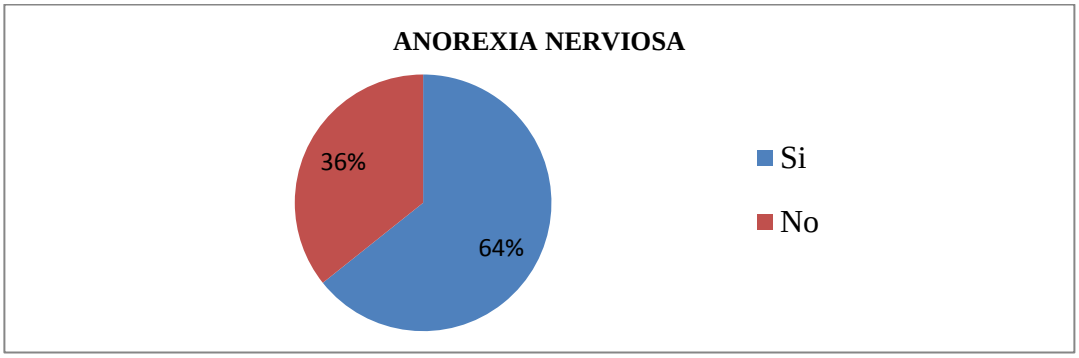


Gráfico N° 58: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas:

El sesenta y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas presentan anorexia nerviosa, y el treinta y seis por ciento no presentan anorexia nerviosa.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados determinan que, de las 28 mujeres evaluadas, 18 de ellas presentan anorexia nerviosa, lo cual es una prevalencia en la población estudiada, siendo este patrón interaccional el de mayor consideración el mismo que está caracterizado por, miedo a madurar, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, perfeccionismo, impulso a la delgadez, insatisfacción corporal e inefectividad y baja autoestima.

CARACTERISTICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Impulso a la delgadez	0	0
Insatisfacción corporal	0	0
Inefectividad y baja autoestima	5	27
Perfeccionismo	0	0
Desconfianza interpersonal	0	0
Conciencia interoceptiva	13	73
Miedo madurar	0	0
TOTAL	**18**	**100**

Cuadro N° 59: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

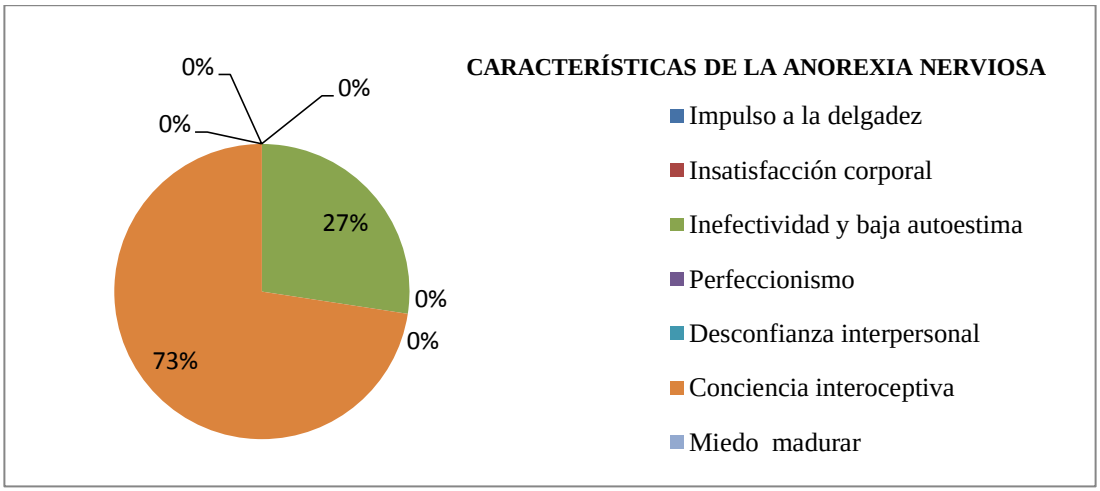


Gráfico N° 59: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

4.1.2 Análisis de interpretación de resultados de la variable dependiente.

Cuestionario: Desarrollo Psicosocial

Cuestionario: Investigador, (2011)

1.-Busco aceptación y la aprobación de los demás.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	5
Raramente	0	5
Algunas veces	1	5
A menudo	3	15
Habitualmente	8	40
Siempre	6	30
TOTAL	18	100

Cuadro N° 60: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

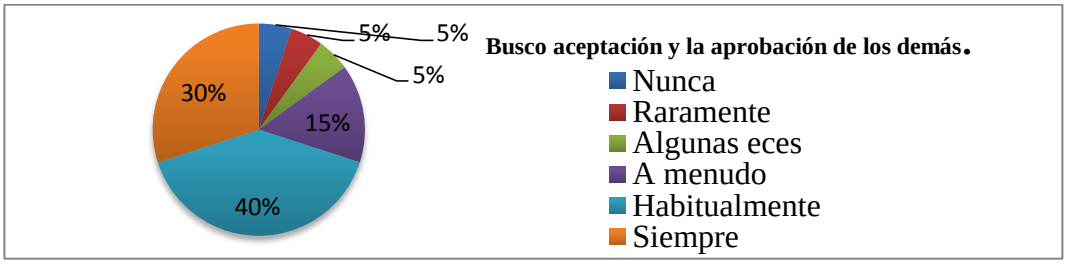


Gráfico N° 60: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas:El setenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, otro diecisiete por ciento habitualmente, el uno por ciento a menudo, un uno por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un uno por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, 5 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 88% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe crisis ante la búsqueda de seguridad, confusión y carente autocontrol ya que no siempre las cosas que podrían haber planeado saldrán como se lo esperaban, el hecho de estar a la expectativa de cómo reaccionarán las personas sobre si mismas es una constante que revela en las mujeres ansiedad, ya que no podrán actuar de manera autónoma sin la previa aprobación de sus pares.

2.-Conozco mis fortalezas y debilidades.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	3	17
Raramente	4	22
Algunas veces	5	28
A menudo	3	17
Habitualmente	1	5
Siempre	2	11
TOTAL	18	100

Cuadro N° 61: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

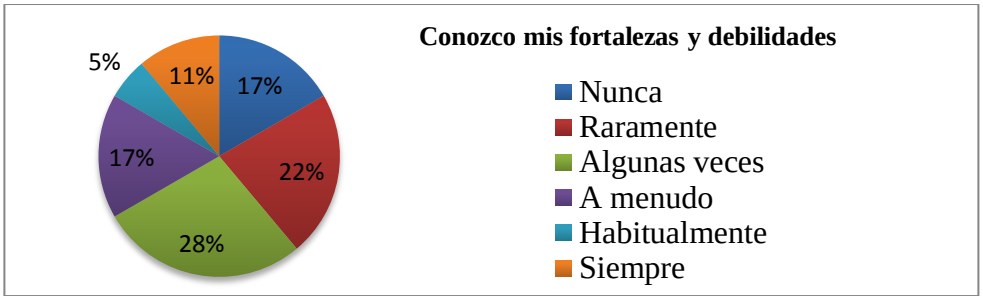


Gráfico N° 61: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El setenta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, otro diecisiete por ciento habitualmente, el uno por ciento a menudo, un uno por ciento algunas veces, otra tres por ciento raramente, y un ocho por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 21 de ellas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, 5 habitualmente, y 1 a menudo, lo que representa el 88% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que no existe un control real de sus límites, tanto emocionales, físicos e intelectuales, el hecho de un desconocimiento de su parte corporal genera una sensación de alejamiento por parte de las mujeres quienes se encuentran en la búsqueda constante de encontrarse a si mismas reflejadas en modelos y estándares de belleza irreales.

3.-Hay momentos de mi vida en los que me siento insegura.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	17
Raramente	0	22
Algunas veces	0	28
A menudo	2	17
Habitualmente	9	5
Siempre	7	11
TOTAL	18	100

Cuadro N° 62 : Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

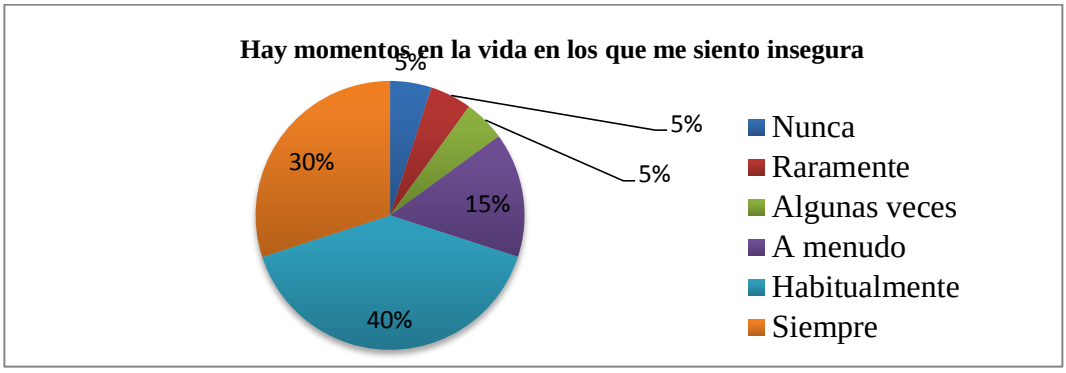


Gráfico N° 62: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El treinta por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre hay momentos de su vida en los que se sienten inseguras, otro cuarenta por ciento habitualmente, el quince por ciento a menudo, un cinco por ciento algunas veces, otra cinco por ciento raramente, y un cinco por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 7 de ellas refieren que, siempre hay momentos en los cuales se sienten inseguras, 9 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que sus sensaciones acerca de aspectos cotidianos son de inseguridad, ya que su decisión tambalea al momento de elegir una opción y así poder tener un desenvolvimiento adecuado en sus actividades diarias, lo cual genera angustia e irritabilidad y por consiguiente interfiere en su desarrollo psicosocial.

4.-Me muestro espontanea ante la gente.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	11
Raramente	2	11
Algunas veces	8	42
A menudo	5	26
Habitualmente	0	5
Siempre	1	5
TOTAL	18	100

Cuadro N° 63: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario Desarrollo Psicosocial

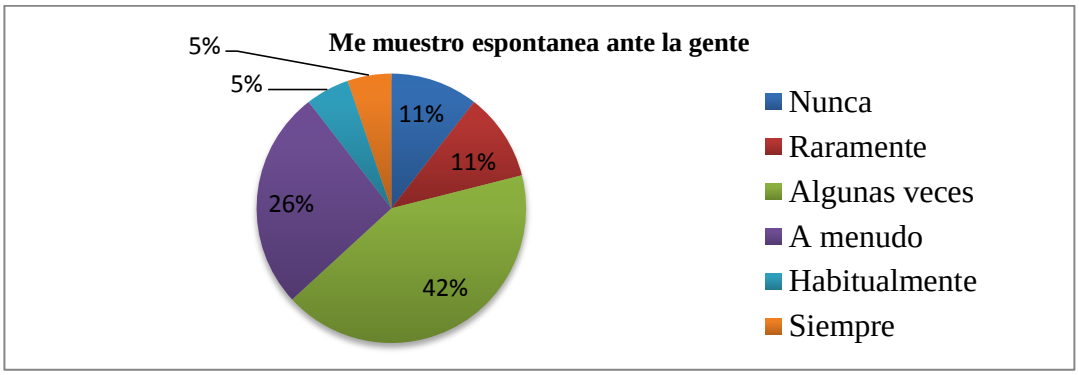


Gráfico N° 63: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre que siempre se muestran espontaneas ante la gente, otro cinco por ciento habitualmente, el veinte y seis por ciento a menudo, un cuarenta y dos por ciento algunas veces, otra once por ciento raramente, y un once por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 2 de ellas refieren que, nunca se muestran espontaneas ante la gente, 2 raramente, y 8 algunas veces, lo que representa el 64% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe crisis en identidad personal e inefectividad al momento de comunicarse con los demás, de igual manera la constante de hacer nuevos amigos y estrechar lazos con los ya existentes estos se dificultan, de igual manera mecanismos de desfogue emocional pobres y atrofiados no permiten que la mujer se muestre espontanea ante la gente.

5.-Cuando me siento insegura se me dificulta la resolución de un conflicto.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	5
Raramente	0	5
Algunas veces	0	5
A menudo	3	14
Habitualmente	10	47
Siempre	5	24
TOTAL	18	100

Cuadro N° 64: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

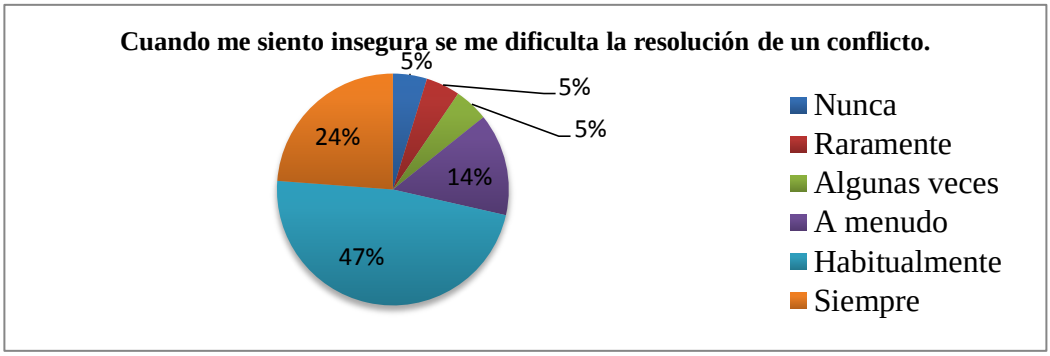


Gráfico N° 64: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El veinte y cuatro de las mujeres evaluadas refieren que, siempre cuando se sienten inseguras se les dificulta la resolución de un conflicto, otro cuarenta y siete por ciento habitualmente, el catorce por ciento a menudo, un cinco por ciento algunas veces, otra cinco por ciento raramente, y un cinco por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 5 de ellas refieren que, siempre cuando se sienten inseguras se les dificulta la resolución de un conflicto, 10 habitualmente, y 3 a menudo, lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe crisis en la búsqueda de seguridad ya que los "problemas" que pueden presentarse en sus actividades cotidianas resultan para las mujeres abrumadores y adquieren suma importancia, la inseguridad al momento de abordar un "conflicto" es una constante en la mujeres que no permite su desarrollo psicosocial.

6.-No tolero que la gente se aleje de mí.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	11
Raramente	5	26
Algunas veces	4	21
A menudo	4	21
Habitualmente	0	5
Siempre	3	16
TOTAL	18	100

Cuadro N° 65: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

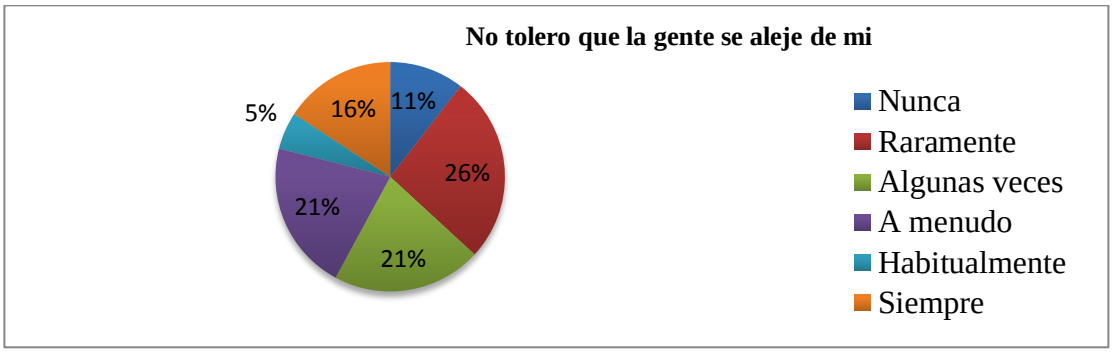


Gráfico N° 65: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El once por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, nunca no toleran cuando la gente se aleja de ellas, otro veinte y seis por ciento raramente, el veinte y un por ciento algunas veces, un veinte y un por ciento a menudo, otra cinco por ciento habitualmente, y un dieciséis por ciento siempre.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 2 de ellas refieren que, nunca no toleran que la gente se aleje de su lado, 5 raramente, y 4 algunas veces, lo que representa el 58% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe relaciones significativas hacia grupos y modelos de roles ya que se pueden desarrollar lazos y estructuras motivadas por caracteres de orden emocional que generan relaciones de dependencia, mismas que están vinculadas con la aprobación que pueden sentir, dichas estructuras están sustentadas y estrechamente ligadas con la autoestima de las mujeres que se nutre de la aprobación de los demás.

7.-Necesito la presencia de personas a mi alrededor para sentirme segura.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	5
Raramente	0	5
Algunas veces	0	5
A menudo	4	19
Habitualmente	7	33
Siempre	7	33
TOTAL	18	100

Cuadro N° 66

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

Gráfico N° 66

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El treinta y tres por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre necesitan la presencia de las personas a su alrededor para sentirse seguras otro treinta y tres por ciento habitualmente, el diecinueve por ciento a menudo, un cinco por ciento algunas veces, otra cinco por ciento raramente, y un cinco por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 7 de ellas refieren que, siempre, necesitan la presencia de las personas a su alrededor para sentirse seguras,7 habitualmente, y 4 a menudo, lo que representa el 879% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe relaciones significativas hacia grupos y modelos de roles ya que las mujeres dependen de la aprobación de sus pares que otorgan y delegan patrones comportamentales tales como alimenticios, la apariencia física está en relación a este comportamiento y exclusivamente la delgadez extrema como requerimiento para la aceptación en un grupo de personas donde existe una sobrevaloración física sin tener en cuenta caracteres de orden biológico como herencia genética.

8.-Necesito la opinión de los demás para saber cómo soy.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	11
Raramente	5	28
Algunas veces	1	5
A menudo	4	22
Habitualmente	1	6
Siempre	5	28
TOTAL	18	100

Cuadro N° 67: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

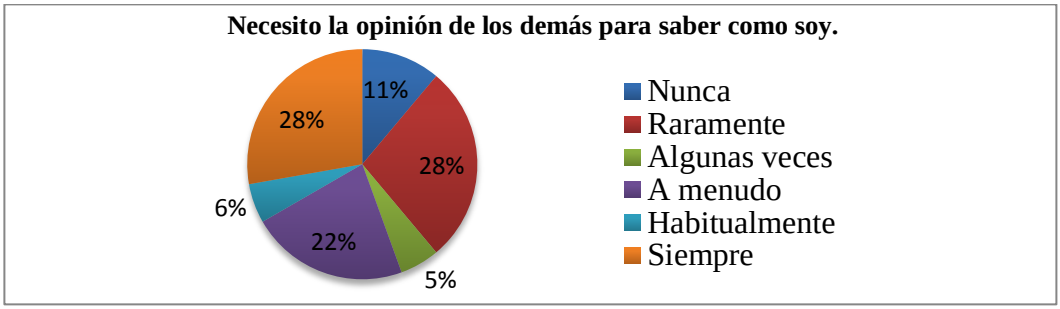


Gráfico N° 67: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El veinte y ocho por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre necesitan la opinión de los demás para saber cómo son, otro seis por ciento habitualmente, el veinte y ocho por ciento a menudo, un cinco por ciento algunas veces, otra veinte y ocho por ciento raramente, y un once por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 5 de ellas refieren que, siempre cuando están disgustadas les preocupa que puedan empezar a comer, 1 habitualmente, y 4 a menudo, lo que representa el 56% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe relaciones significativas hacia grupos y modelos de roles ya que las mujeres están a la expectativa de lo que las otras personas tienen que decir sobre su aspecto físico, su estado de ánimo y su desenvolvimiento "normal" en sociedad dependerá del hecho del cómo piensan ellas que el resto de personas las percibe, ya que su respuesta inmediata es pensar que el resto de las personas confabulan para que las mujeres pierdan su figura y engorden esto finalmente deteriorará las relaciones que existen entre ellas y el resto de gente.

9.-Incurro en actividades que están fuera de mis actividades cotidianas, con la finalidad de pertenecer a un grupo.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	0	5
Raramente	0	5
Algunas veces	0	5
A menudo	2	10
Habitualmente	13	65
Siempre	2	10
TOTAL	18	100

Cuadro N° 68: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

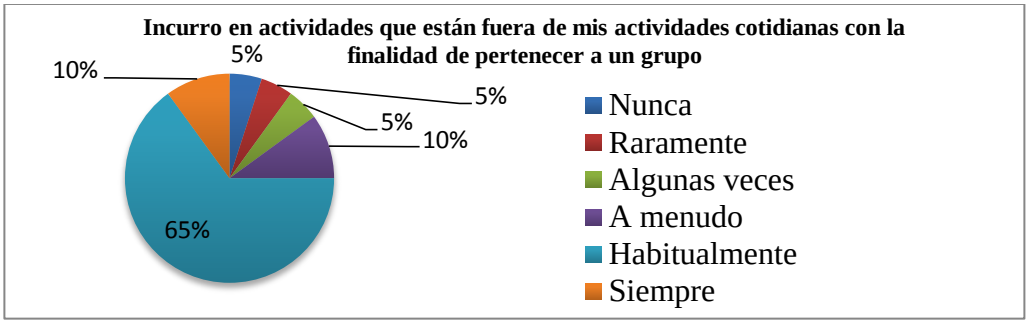


Gráfico N° 68: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El diez por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre incurren en actividades que están fuera de sus parámetros con la finalidad de pertenecer a un grupo, otro sesenta y cinco por ciento habitualmente, el diez por ciento a menudo, un cinco por ciento algunas veces, otra cinco por ciento raramente, y un cinco por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 2 de ellas refieren que, siempre incurren en actividades que están fuera de sus parámetros con la finalidad de pertenecer a un grupo, 13 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 85% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe relaciones significativas hacia grupos y modelos de roles ya que las mujeres incurren en actividades que están fuera de sus actividades diarias para buscar aceptación por parte de sus pares como por ejemplo, el hecho de privarse voluntariamente del alimento durante varios días con la finalidad de verse más delgadas y así poder encajar en un nicho social y ser asimiladas y sentir una sensación efímera de aceptación.

10.-Disfruto estando sola.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	3	16
Raramente	3	16
Algunas veces	3	16
A menudo	4	21
Habitualmente	5	26
Siempre	0	5
TOTAL	18	100

Cuadro N° 69 -Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

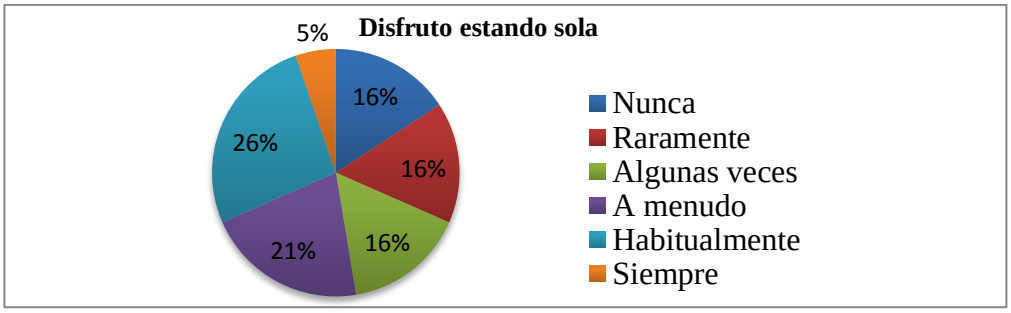


Gráfico N° 69: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El cinco por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre disfrutan estando solas, otro veinte y seis por ciento habitualmente, el veinte y uno por ciento a menudo, un dieciséis por ciento algunas veces, otra dieciséis por ciento raramente, y un dieciséis por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 0 de ellas refieren que, siempre disfrutan estando solas, 5 habitualmente, y 4 a menudo, lo que representa el 52% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe inexistente miedo a perderse en uno mismo ya que las mujeres se sienten auto sustentables y no dependen de personas para sentirse mejor, inexistente miedo a perderse en uno mismo quiere decir que las mujeres no temen a su soledad ya que los sentimientos y sensaciones que poseen no se encuentran fuer de estándares de normalidad y por ende no tienen ningún conflicto interno que deteriore su personalidad e interfiera en su desarrollo Psico emocional.

11.-Tengo que proyectar seguridad hacia los demás.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	2	17
Raramente	1	22
Algunas veces	1	28
A menudo	2	17
Habitualmente	10	5
Siempre	2	11
TOTAL	18	100

Cuadro N° 70: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

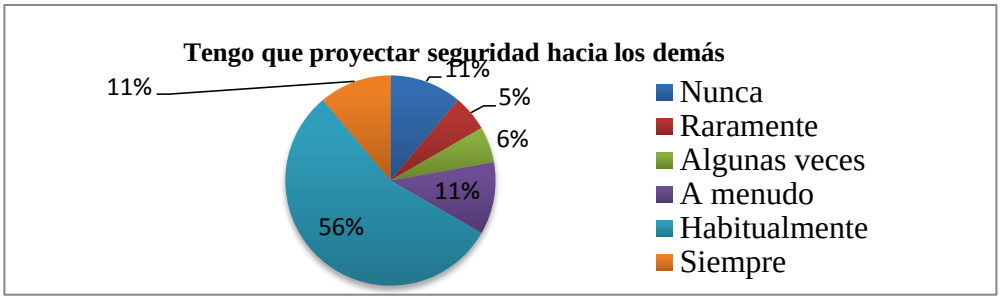


Gráfico N° 70: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El once por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre tienen que proyectar seguridad hacia los demás, otro cincuenta y seis por ciento habitualmente, el once por ciento a menudo, un seis por ciento algunas veces, otra cinco por ciento raramente, y un once por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 2 de ellas refieren que, siempre tienen que proyectar seguridad hacia los demás,10 habitualmente, y 2 a menudo, lo que representa el 78% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe proyección de seguridad hacia los demás ya que las mujeres prueban su estabilidad emocional y tienen una necesidad de proyectar todos los logros que van recolectando a lo largo de sus vidas , para no ser percibidas como mujeres vulnerables y débiles más bien todo lo contrario como mujeres autosuficientes y fuertes que logran todo lo que se proponen sin necesidad de requerir ayuda de terceros.

12.-Se me dificulta entablar relaciones nuevas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Nunca	1	17
Raramente	3	22
Algunas veces	3	28
A menudo	8	17
Habitualmente	1	5
Siempre	2	11
TOTAL	18	100

Cuadro N° 71: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fuente: Cuestionario desarrollo Psicosocial

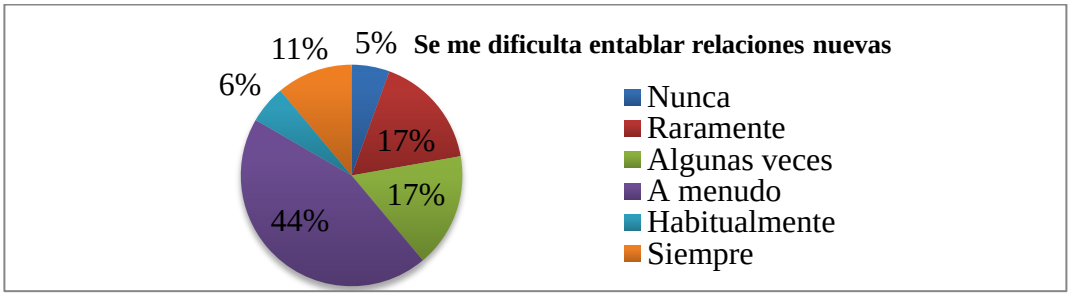


Gráfico N° 71: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El once por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, siempre se les dificulta entablar relaciones nuevas, otro seis por ciento habitualmente, el cuarenta y cuatro por ciento a menudo, un diecisiete por ciento algunas veces, otra diecisiete por ciento raramente, y un cinco por ciento nunca.

INTERPRETACIÓN: Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 2 de ellas refieren que, siempre se les dificulta entablar relaciones nuevas, 1 habitualmente, y 8 a menudo, lo que representa el 61% del total de las mujeres encuestadas, esto quiere decir que existe relaciones significativas hacia grupos y modelos de roles ya que las mujeres proyectan seguridad, no existirían dificultades para entablar nuevas relaciones ya que podrán entablarlas de manera más fluida.

Resultados finales de la calificación e interpretación del cuestionario de desarrollo psicosocial.

ALTERACIÓN DESARROLLO PSICOSOCIAL	FRECUENCIA	%MUESTRA
SI	17	94.44
NO	1	5.55
TOTAL	18	100

Cuadro N° 72: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador, Desarrollo Psicosocial.

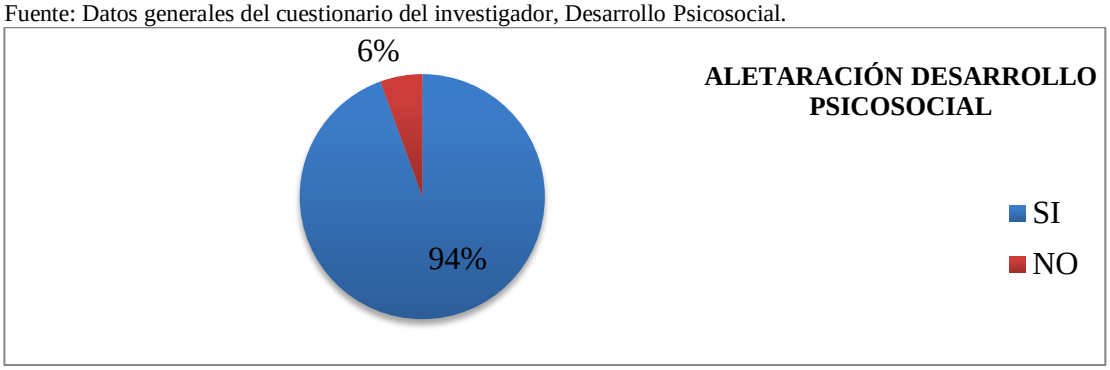


Gráfico N° 72: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador. Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas: El noventa y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, se encuentran en una alteración del desarrollo psicosocial y un seis por ciento manifiestan que no.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que se encuentran en una alteración del desarrollo psicosocial, lo que representa el 94%, esto quiere decir que, existe una prevalencia en contextos comportamentales en cuanto a la identificación con sí mismas, lo que se refiere a que existe una alteración en el desarrollo psicosocial, debido a alteraciones inadecuadas que se manifiestan en el contexto psicoevolutivo.

ETAPAS DESARROLLO PSICOSOCIAL	FRECUENCIA	%MUESTRA
IDENTIDAD VS CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	17	94.44
INTIMIDAD VS AISLAMIENTO	1	5.55
TOTAL	18	100

Cuadro N° 73: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador, Desarrollo Psicosocial.

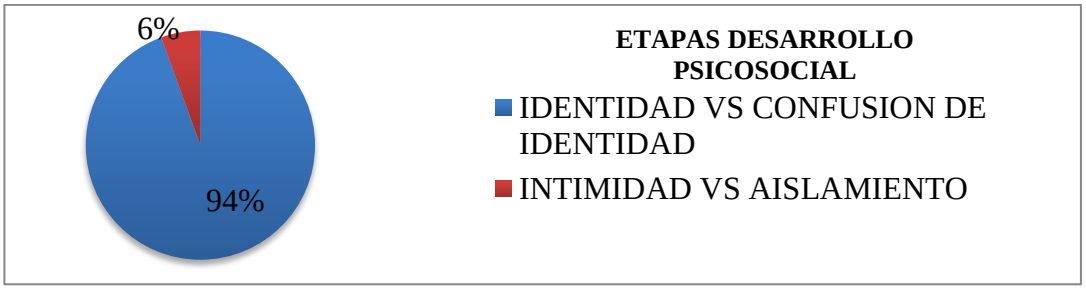


Gráfico N° 73: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador. Desarrollo Psicosocial

ANÁLISIS: Después de la aplicación de la encuesta se denotan los siguientes porcentajes en las alternativas:El noventa y cuatro por ciento de las mujeres evaluadas refieren que, se encuentran en la etapa de Identidad versus Confusión de Identidad y un seis por ciento manifiestan encontrarse en la etapa de Intimidad versus Aislamiento.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados determinan que, de las 18 mujeres evaluadas, 17 de ellas refieren que se encuentran en la etapa de Identidad versus Confusión de Identidad, lo que representa el 94%, esto quiere decir que, existe una prevalencia en contextos comportamentales en cuanto a la identificación con sí mismas, manteniendo un estancamiento en etapas del desarrollo Psico evolutivo, las cuales no están acordes con la edad cronológica, dificultando así el desarrollo psicosocial.

Verificación de la hipótesis general.

Según la información detallada en los cuadros N° 59 y 59 y gráficos N° 75 y 75 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del test EDI y del cuestionario de desarrollo psicosocial.

ANOREXIA NERVIOSA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Si	18	64
No	10	36
TOTAL	28	100

Cuadro N° 61: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

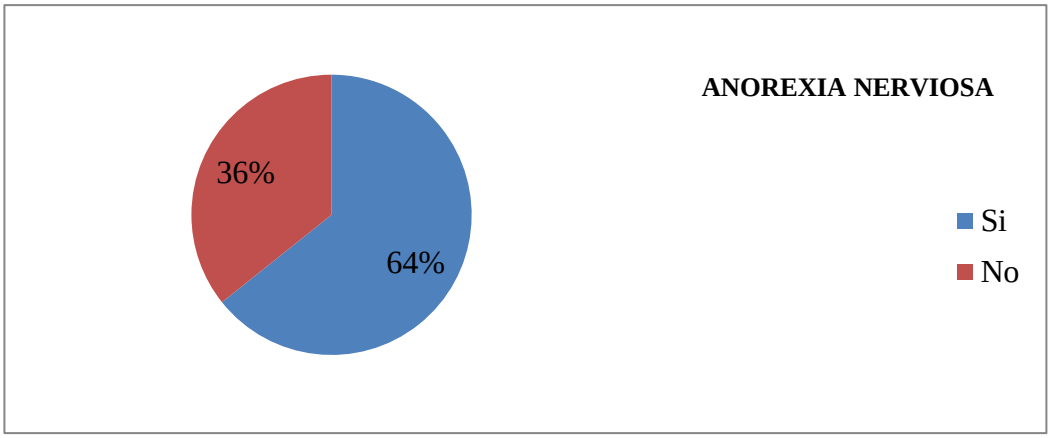


Gráfico N° 61
Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

ALTERACIÓN DESARROLLO PSICOSOCIAL	FRECUENCIA	%MUESTRA
SI	17	94.44
NO	1	5.55
TOTAL	18	100

Cuadro N° 75: Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador, Desarrollo Psicosocial.

Gráfico N° 75
Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.
Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador. Desarrollo Psicosocial

Se puede comprobar la hipótesis alterna de esta investigación. La Anorexia Nerviosa es un factor que incide en el desarrollo psicosocial de las mujeres estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica durante el periodo Marzo 2011 – Julio 2011, debido a la prevaleciente incidencia de la presencia de la Anorexia Nerviosa en la población evaluada, presentándose en un 64%, y en un 94% alteración del desarrollo psicosocial, lo cual demuestra que la interacción de la anorexia nerviosa y el desarrollo psicosocial está estrechamente ligado, debido a que sus componentes comportamentales se encuentran complementados de forma tal que altera el desarrollo psicoevolutivo de la persona que lo padece, siendo este un factor que desencadena una alteración a nivel psicosocial, por ende una obstrucción en este proceso.

Verificación de la hipótesis de la variable independiente.

Acorde a la información detallada en el cuadro N° 62 y Gráfico N° 62 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del test EDI.

CARACTERISTICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA	FRECUENCIA	%MUESTRA
Impulso a la delgadez	0	0
Insatisfacción corporal	0	0
Inefectividad y baja autoestima	5	27
Perfeccionismo	0	0
Desconfianza interpersonal	0	0
Conciencia interoceptiva	13	73
Miedo madurar	0	0
TOTAL	**18**	**100**

Cuadro N° 62

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

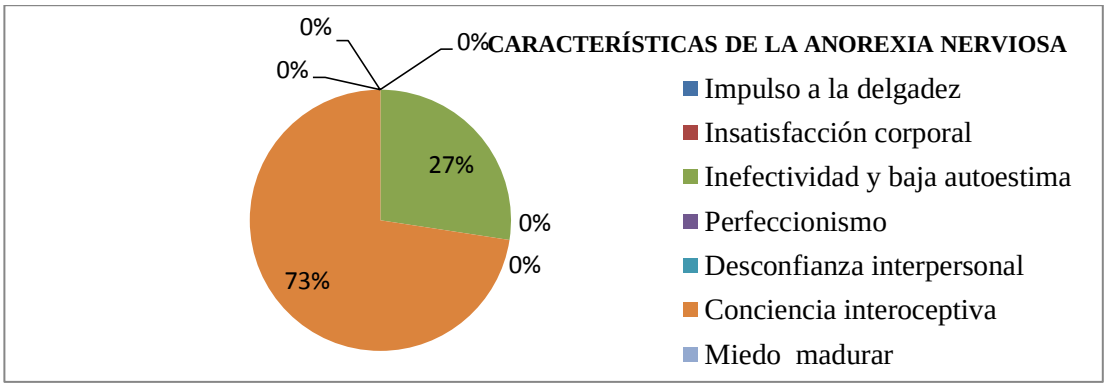


Gráfico N° 62: **Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.**
Fuente: Datos generales de Inventario de trastornos de alimentación (EDI)

Se puede comprobar la primera hipótesis específica, la misma que menciona que la característica del trastorno de anorexia nerviosa que predomina en la población estudiada es la Conciencia Interoceptiva., en donde se puede apreciar ciertos factores tales como una confusión en cuanto a la percepción de sí mismo y del entorno, así como dificultad para llegar a una identificación de emociones propias, complementada con un carente autocontrol y la presencia de una constante ambivalencia afectiva.

Verificación de la hipótesis de la variable dependiente.

Acorde a la información detallada en el cuadro N° 76 y gráfico N° 76 correspondiente al cuestionario de desarrollo psicosocial.

DESARROLLO PSICOSOCIAL	FRECUENCIA	%MUESTRA
IDENTIDAD VS CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	17	94.44
INTIMIDAD VS AISLAMIENTO	1	5.55
TOTAL	**18**	**100**

Cuadro N° 76

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador, Desarrollo Psicosocial.

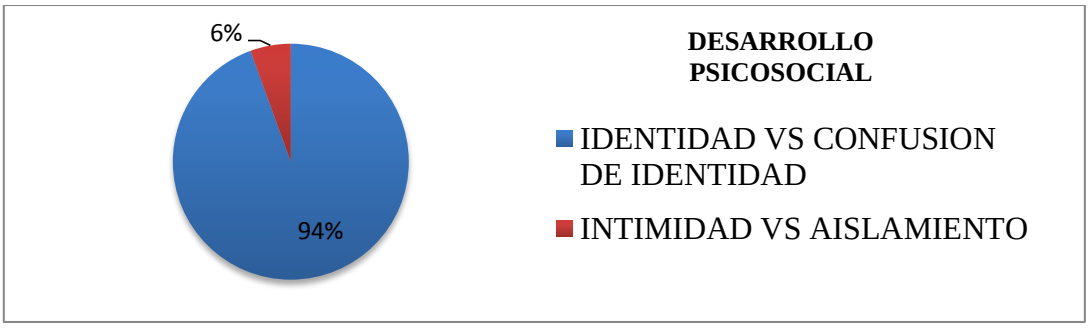


Gráfico N° 76

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fuente: Datos generales del cuestionario del investigador. Desarrollo Psicosocial

Se puede comprobar la segunda hipótesis alterna de esta investigación, la cual menciona que la etapa del desarrollo psicosocial de mayor prevalencia en la población estudiada es la de Identidad vs Confusión de Identidad. Lo cual significa que existe una persistente crisis ante la búsqueda de identidad, ya que desde la perspectiva cronológica debería estar sustentada y bajo un cierto control establecido, por ende la necesidad de dar una proyección de seguridad hacia los demás es prevalente, así como profundizar en las relaciones significativas hacia grupos y encajar en un rol para mantener una aceptación.

Autor: Jairo Fabián Aguirre Cobo
Fuente: resultados de:
Inventario de trastornos de alimentación (EDI)
Cuestionario desarrollo psicosocial

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

El trastorno de anorexia nerviosa es un factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

4.2.1. Variable Independiente

La Anorexia Nerviosa

4.2.2. Variable Dependiente

Desarrollo Psicosocial

4.2.3. Planteamiento de la Hipótesis

H1: El trastorno de anorexia nerviosa es un factor que incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

H0: El trastorno de anorexia nerviosa es un factor que NO incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

4.2.4. Selección del nivel de significación

Para la verificación hipotética se utilizará el nivel de α=0,01

4.2.5. Descripción de la Población

Se trabajará con 28 mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Técnica de Ambato, a quienes se les aplicó un test y un cuestionario.

4.2.6. Especificación del estadístico

Se trata de un cuadro de 12 filas por 6 columnas con la aplicación de la siguiente fórmula estadística.

$$X^2 obt = \sum \frac{(0-E)^2}{E}$$

Donde **O** es la frecuencia observada y que son las frecuencias obtenidas en las encuestas.

E es la frecuencia esperada en cada celda

$$\mathbf{E} = \frac{(\textit{Sub total columna})\ (\textit{Sub total fila})}{\textit{Total}}$$

Especificación de las regiones de aceptación y rechazo

EN EL TEST EDI Y EL CUESTIONARIO

Para decidir sobre estas regiones primeramente determinamos los grados de libertad conociendo que el cuadrado está formado por 12 filas y 6 columnas.

gl = (filas - 1)(columnas - 1)

gl = (12-1)(6-1)

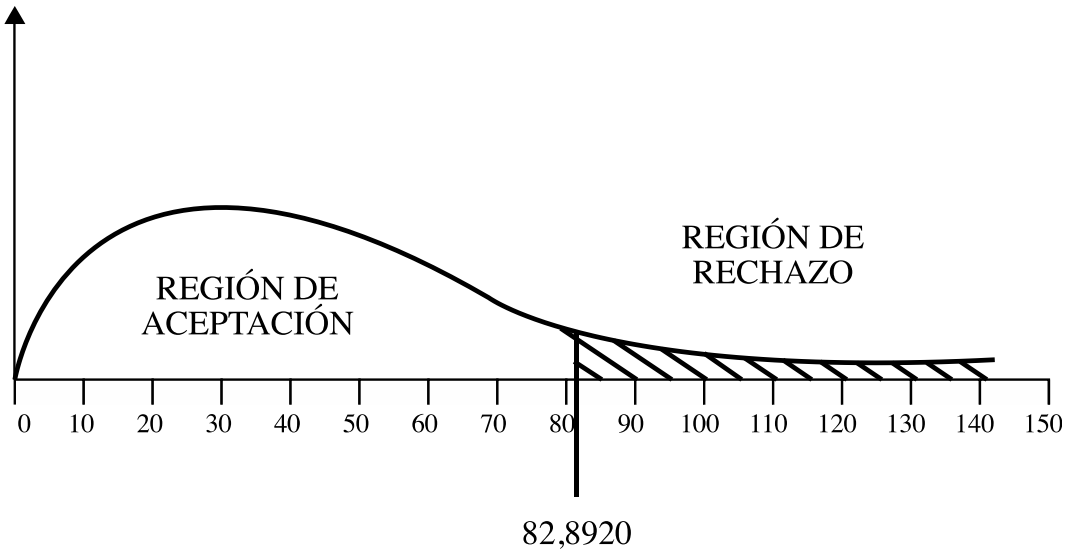
gl = 11*5

gl = 55

Por lo tanto con 231 grados de libertad y un nivel de 0,01 tenemos en la tabla de valores de Ji-cuadrado$X^2_{crit}=82.2920$.

Entonces, si $X^2_{obt} > X^2_{crit}$ se rechaza Ho y se admite H_1

Lo podemos graficar de la siguiente manera:



RECOLECCIÓN DE DATOS Y CÁLCULO DE LOS ESTADÍSTICOS

Análisis de variables

TEST EDI Y CUESTIONARIO

Cuadro No. 01 FRECUENCIAS OBSERVADAS

No.	ALTERNATIVAS	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	AMENUDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE	SUBTOTAL
1	Me asusto cuando mis sensaciones de sentimientos son demasiado intensos 6	1	2	5	4	7	9	28
2	Me siento confundido ante las emociones que siento 19	1	2	2	3	5	15	28
3	Puedo identificar claramente las emociones que siento 24	18	3	3	1	2	1	28
4	No sé lo que está pasando dentro de mi 30	22	2	1	1	1	1	28
5	No me doy cuenta que si tengo hambre o no 36	1	1	2	1	2	21	28
6	Busco aceptación y la aprobación de los demás 1	0	0	1	3	8	6	18
7	Conozco mis fortalezas y debilidades 2	3	4	5	3	1	2	18
8	Hay momentos de mi vida en los que me siento insegura 3	0	0	0	2	9	7	18
9	Me muestro espontanea ante la gente 4	2	2	8	5	0	1	18
10	Cuando me siento insegura se me dificulta la resolución de un conflicto 5	0	0	0	3	10	5	18
11	No tolero que la gente se aleje de mi. 6	2	5	4	4	0	3	18
12	Necesito la presencia de personas a mi alrededor para sentirme segura 7	0	0	0	4	7	7	18

FUENTE: Test EDI Y DEL CUESTIONARIO

ELABORADO POR: Jairo Fabián Aguirre Cobo

ALTERNATIVAS:

No.	ALTERNATIVAS	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	AMENUDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE	SUBTOTAL
1	Me asusto cuando mis sensaciones de sentimientos son demasiado intensos 6	4.6	1.5	1.8	2.1	4.1	13.9	28
2	Me siento confundido ante las emociones que siento 19	4.6	1.5	1.8	2.1	4.1	13.9	28
3	puedo identificar claramente las emociones que siento 24	4.6	1.5	1.8	2.1	4.1	13.9	28
4	No se lo que está pasando dentro de mi 30	4.6	1.5	1.8	2.1	4.1	13.9	28
5	No me doy cuenta que si tengo hambre o no 36	4.6	1.5	1.8	2.1	4.1	13.9	28
6	Busco aceptación y la aprobación de los demás 1	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18
7	Conozco mis fortalezas y debilidades 2	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18
8	Hay momentos de mi vida en los que me siento insegura 3	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18
9	Me muestro espontanea ante la gente 4	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18
10	Cuando me siento insegura se me dificulta la resolución de un conflicto 5	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18
11	No tolero que la gente se aleje de mí. 6	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18
12	Necesito la presencia de personas a mi alrededor para sentirme segura.7	1.25	1.92	2.17	3.67	5.5	3.5	18

FUENTE: Test EDI

ELABORADO POR: Jairo Fabián Aguirre Cobo

DECISIÓN

Con 55 grados de libertad y un nivel de 0,01 tenemos el estadístico $X_{2\ crít}$ = 82.2920. Como $X_{2\ obt}$=182,0083 en el caso del TEST EDI y del CUESTIONARIO y de acuerdo a las regiones planteadas el último valor es mayor que $X_{2\ crít}$ = 82.2920 por tanto en la región de rechazo de Ho (hipótesis alterno), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (H1) que dice:

El trastorno de anorexia nerviosa es un factor que **SI** incide en el desarrollo psicosocial de mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La presencia del trastorno de anorexia nerviosa incide en el desarrollo psicosocial de forma evidente, ya que se identifica la manera como prevalecen comportamientos, percepciones y pensamientos q trascienden parámetros de control, comprobando así una tendencia hacia patrones de conducta atípicos en una edad predeterminada, por lo tanto la incongruencia a nivel psicosocial es preponderante.
- Tomando en cuenta que el trastorno de anorexia nerviosa es un proceso mediante el cual el individuo se ve afectado en varias esferas de desarrollo psicosocial, el carente autocontrol y el inexistente autoconcepto hace que la persona sea vulnerable ante las dinámicas y requerimientos que la interacción social plantea.
- En la investigación realizada se ha determinado que al existir una confusión, el individuo encuentra limitantes al momento de su interacción con el medio, generando así patrones erráticos de comportamiento, los que llegan a mantener una dinámica auto lesiva, debido a que la persona coexisten sentimientos ambivalentes, los cuales ayudan a mantener el cuadro mencionado, por ende una conciencia interoceptiva deteriorada.
- Se evidenció que la etapa de desarrollo psicosocial prevaleciente es la identidad vs confusión de identidad, por ende se mantiene una constante búsqueda de saber quiénes son y quienes ser, prolongando una necesidad de seguridad para poder mantener su autoestima misma que se complementa con la interacción social.

5.2 Recomendaciones

- Establecer parámetros de interrelación saludables en cada una de las participantes, priorizando la salud mental y física, promoviendo un desarrollo óptimo hacia un sistema de patrones conductuales favorables, los cuales generen una congruencia a nivel psicosocial.
- Al evidenciar una tendencia mayoritaria hacia un limitado autocontrol y deteriorado autoconcepto, es imprescindible trabajar sobre el manejo de métodos y técnicas que ayuden a modificar y reestructurar percepciones y cogniciones erróneas.
- Es indispensable que se brinde pautas que sirvan para esclarecer los contextos cuyo objetivo se oriente hacia el cambio de pensamientos y comportamientos de las personas que padecen anorexia nerviosa con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano.
- Fomentar en las pacientes un entorno social saludable a fin de reforzar los reguladores de autocontrol, con el fin de solidificar las bases adquiridas, para que de esta forma puedan mantener los patrones comportamentales adquiridos de forma eficiente y permanente.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Tema:

"PROGRAMA DE TRATAMIENTO MULTIMODAL, CON LA FINALIDAD DE ABORDAR LA ANOREXIA NERVIOSA EN LAS ESTUDIANTES ATENDIDAS EN EL DISPENSARIO MÉDICO EUGENIO ESPEJO DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO".

6.2 Datos informativos:

- INSTITUCIÓN: Universidad Técnica de Ambato.
- POBLACIÓN: Mujeres estudiantes de la carrera de Psicología Clínica
- TIEMPO: 31 sesiones terapéuticas, seguimientos y terapias grupales para las mujeres estudiantes.
- BENEFICIARIOS:
  DIRECTOS: La mujeres estudiantes de la carrera de psicología que hayan sido atendidas en el dispensario médico Eugenio Espejo de la Universidad Técnica de Ambato.
  INDIRECTOS: La Universidad Técnica de Ambato.

6.3 Antecedentes:

Según la información descrita en el capítulo de ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS de esta investigación se cuenta con:

Verificación de la hipótesis general.

Según la información detallada en los cuadros N° 59 y 59 y gráficos N° 75 y 75 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del test EDI y del cuestionario de desarrollo psicosocial. Se puede comprobar la hipótesis general de esta investigación. La Anorexia Nerviosa es un factor que incide en el desarrollo

psicosocial de las mujeres estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica durante el periodo Marzo 2011 – Julio 2011, debido a la prevaleciente incidencia de la presencia de la Anorexia Nerviosa en la población evaluada, presentándose en un 64%, y en un 94% alteración del desarrollo psicosocial, lo cual demuestra que la interacción de la anorexia nerviosa y el desarrollo psicosocial está estrechamente ligado, debido a que sus componentes comportamentales se encuentran complementados de forma tal que altera el desarrollo psicoevolutivo de la persona que lo padece, siendo este un factor que desencadena una alteración a nivel psicosocial, por ende una obstrucción en este proceso.

Verificación de las hipótesis específicas.

Verificación de la hipótesis de la variable independiente.

Acorde a la información detallada en el cuadro N° 62 y Gráfico N° 62 correspondientes a la calificación e interpretación de resultados del test EDI. Se puede comprobar la primera hipótesis específica, la misma que menciona que la característica del trastorno de anorexia nerviosa que predomina en la población estudiada es la Conciencia Interoceptiva., en donde se puede apreciar ciertos factores tales como una confusión en cuanto a la percepción de sí mismo y del entorno, así como dificultad para llegar a una identificación de emociones propias, complementada con un carente autocontrol y la presencia de una constante ambivalencia afectiva.

Verificación de la hipótesis de la variable dependiente.

Acorde a la información detallada en el cuadro N° 76 y gráfico N° 76 correspondiente al cuestionario de desarrollo psicosocial. Se puede comprobar la segunda hipótesis específica de esta investigación, la cual menciona que la etapa del desarrollo psicosocial de mayor prevalencia en la población estudiada es la de Identidad vs Confusión de Identidad. Lo cual significa que existe una persistente crisis ante la búsqueda de identidad, ya que desde la perspectiva cronológica debería estar sustentada y bajo un cierto control establecido, por ende la necesidad de dar una

proyección de seguridad hacia los demás es prevalente, así como profundizar en las relaciones significativas hacia grupos y encajar en un rol para mantener una aceptación.

6.4 Objetivos

- Objetivo general:

- Aplicar el tratamiento multimodal, para la supresión de la anorexia nerviosa en la adecuación del desarrollo psicosocial.

- Objetivos específicos:

- Desarrollar en forma explícita habilidades interpersonales, en la comunicación y resolución de problemas.
- Ayudar a las personas a identificar y desarrollar una nueva relación en torno problema.
- Lograr un alivio sintomático
- Crear redes de apoyo grupal y familiar.

6.5 Justificación

La elaboración de este proyecto es de suma importancia ya que debido a la comprobación de las hipótesis antes mencionadas se debe seguir un proceso sistematizado en la transformación de las variantes de desarrollo psicosocial deterioradas, en el tema en mención que se desenvuelve en el Dispensario Médico Eugenio Espejo de la Universidad Técnica de Ambato durante el periodo Marzo – Julio 2011.

La realización de la manifestada propuesta es factible ya que se cuenta con la aprobación de las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato y el aporte colaborativo del personal de la institución como lo conformada por los docentes y alumnos de la carrera de psicología clínica.

La propuesta tiene una marcada originalidad ya que ha sido realizada con la fundamentación teórico científica referente al tratamiento hacia la supresión de la anorexia nerviosa, haciendo participe a las varias técnicas de intervención marcadas con un enfoque cognitivo y racional emotivo, elegidas de forma directa por la persona

a investigar para ser aplicadas en la problemática y con la población señalada de manera directa y específica, en base al conocimiento teórico técnico y de la problemática.

6.6 Fundamentación técnica

Esta propuesta se basa en la combinación de fundamentos teóricos y técnicos de los modelos psicoterapéuticos, cognitivo, racional emotivo.

A. TEORIA COGNITIVA BECK

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en la teoría de la psicopatología que mantiene 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 y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PER SONALES (Beck, 1979).

Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta 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 (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

B. 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. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

b.1.UN SISTEMA COGNITIVO MADURO- Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.

b.2. UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO - Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

C. 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. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

c.1. 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.

c.2. 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.

c.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.

c.4. MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

c.5. 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.

c.6. 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.

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 (Mckay, 1981):

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
5. Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

a) Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros. b) Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas. c) La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable.

Conducta de otros. Una representación gráfica del modelo podría quedar de la siguiente manera:

(1) FACTORES BIOLÓGICOS (2) HISTORIA DE APRENDIZAJE Y ESTRUCTURA DE SIGNIFICADOS .Sistema Primitivo (Supuestos personales) .Sistema evolucionado o maduro EVENTOS ACTUALES ACTIVADORES DE LA ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO (3) DISTORSIONES COGNITIVAS (4) CÍRCULOS VICIOSOS INTERACTIVOS (5) Pensamiento-Afecto-Conducta (Beck, 1979).

Conceptualización de los problemas

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autor registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

A- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".

B- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.e "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.e. "sobre generalización", "polarización", etc.); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.

C- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contratación empírica.

En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos

de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal, (Beck, 1979)..

Aplicaciones Prácticas

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en distintos aspectos:

A- **LA RELACIÓN TERAPÉUTICA:**

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y Supuestos personales y de otros factores (p.e falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1979).

B- **ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO:**

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

C- TÉCNICAS DE TRATAMIENTO:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. c.1. Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.

c.2. Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la C.T, en principio, es "ecléctica" en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, EL PROCESO que conlleva tal revisión

.A continuación presentamos algunas técnicas empleadas con frecuencia en la C.T.

TÉCNICAS COGNITIVAS:

1- DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2-CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3- BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4- CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5- REATRIBUCIÓN: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6- DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7- DESCATASTROFIZACIÓN: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8- USO DE IMÁGENES: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9- MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES:(1) Uso de preguntas: - Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda. - Preguntar por la evidencia para mantenerla. (2) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción. (3) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS:

Modelo A-B-C, los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrina miento" en exigencias irracionales. La terapia como fin, no solo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

A- METAS Y RACIONALIDAD:

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

a- Supervivencia.

b- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas:

- Aprobación o afecto. - Éxito y Competencia personal en diversos asuntos. - Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

B- COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS:

a- Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.

Pensamiento - Afecto - Conducta

b- Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:

- Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.

- Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.

C- ÉNFASIS HUMANISTA-FILOSÓFICO DEL MODELO:

a- Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

b- Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo:

A: Llamémosle acontecimientos. **C**: Llamémosle consecuencias De modo que podíamos representarlo:

A----------C

(**A**contecimiento) (**C**onsecuencia)

Temporales:

Emocionales

-Actuales (p.e "despido laboral") (p.e "ansiedad", "depresión")

-Pasados o históricos (p.e "niñez sin afecto")

Conductuales

Espaciales (p.e "evitación social", "llanto") -Externos (p.e "rechazo amoroso"). Cognitivos -Interno (p.e "recuerdos negativos") (p.e "obsesiones", "autocríticas")

El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "trastorno emocional" es bien distinto, ya que propone:

A----------B----------C

(**A**contecimiento) ("**B**elief": Creencia sobre A) (**C**onsecuencias)

CREENCIAS

.Temporales: -Racionales

.Pasados/Actuales. -Irracionales

.Emocionales -Cognitivas

.Espaciales

.Distorsiones cognitivas o inferencias situacionales derivadas de las creencias

.Conductuales

Externos/Internos

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" (Campell, 1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas

El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las CREENCIAS IRRACIONALES. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) propone que las tres principales creencias

irracionales (CREENCIAS IRRACIONALES PRIMARIAS) son:

a- Referente a la meta de Aprobación/Afecto:

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mi".

b- Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

c- Referente a la meta de Bienestar:

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen VULNERABLE a las personas a padecer TRASTORNO EMOCIONAL en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (CREENCIAS SECUNDARIAS), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

a- Referente al valor aversivo de la situación: TREMENDISMO. "Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

b- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable:

INSOPORTABILIDAD.

"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

c- Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA.

"Soy/Es/Son...un X negativo (p.e inútil, desgraciado...) porque hago/hacen algo

indebido".

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las DISTORSIONES COGNITIVAS o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales.

EMOCIONES **VERSUS** EMOCIONES

APROPIADASINAPROPIADAS

1. TRISTEZA: Derivada de la Creencia Racional: "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido"

-VERSUS-

1. DEPRESIÓN: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así". Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno", y si la cree fuera de control las condiciones de vida son: "Es terrible"

2. INQUIETUD: Derivada de la Creencia Racional: "Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera"

-VERSUS-

2. ANSIEDAD: Derivada de la Creencia Irracional: "Eso no debería ocurrir, sería horrible si ocurriera"

3. DOLOR: Derivada de la Creencia Racional: "Prefiero no hacer las cosas mal, intentaré hacerlas mejor, si no ocurre ¡mala suerte!"

-VERSUS-

3. CULPA: Derivada de la Creencia Irracional: "No debo hacer las cosas mal y si las hago soy Malvado/a"

4. DISGUSTO: Derivada de la Creencia Racional: "No me gusta lo que ha hecho, y

me gustaría que no hubiese ocurrido, pero otros pueden romper mis normas."-VERSUS-

4. IRA: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber hecho eso. No lo soporto y es un malvado por ello."

Las principales **CREENCIAS RACIONALES PRIMARIAS** serían:

a- Referentes a la Aprobación/Afecto:

"Me gustaría tener el afecto de las personas importantes para mí".

b- Referentes al Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores".

c- Referente al Bienestar:

"Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo".

Las principales **CREENCIAS RACIONALES SECUNDARIAS** serían:

a- Referentes al valor aversivo de la situación: EVALUAR LO NEGATIVO.

"No conseguir lo que quiero es malo, pero no horroroso".

b- Referentes a la capacidad de afrontar la situación desagradable: TOLERANCIA.

"No me gusta lo que sucedió pero puedo soportarlo, o modificarlo si me es posible".

c- Referentes a la valoración de sí mismo y otros en el evento:

ACEPTACIÓN.

"No me gusta este aspecto de mí o de otros, o de la situación, pero acepto como es, y si puedo la cambiaré".

Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales, aunque no

siempre, y al no producirse disminuirían su impacto sobre el sujeto. La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad; es decir el auto doctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

Adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos.

Ellis (1989) diferencia entre la ADQUISICIÓN de las creencias irracionales y el MANTENIMIENTO de las mismas. Con el término **adquisición** hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Estos serían:

a- Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad:

Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores pre corticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

b- Historia de aprendizaje:

Los seres humanos, sobretodo, en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado con el término mantenimiento Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores (Ellis, 1989):

a- Baja tolerancia a la frustración: La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo ("¡Tengo que estar bien ya!") que le hacen no esforzarse por cambiar ("Debería ser más fácil").

b- Mecanismos de defensa psicológicos: Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

c- Síntomas secundarios: Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "ESTAR PERTURBADOS POR LA PERTURBACIÓN" (p.e ansiedad por estar ansioso: "Estoy ansioso y no debería estarlo").

En resumen se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

Teoría del cambio terapéutico:

En la R.E.T se distingue varios focos y niveles de cambio (Ellis, 1981, 1989 y 1990):

En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

a- Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

b- Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autorreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.

c- En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (p.e "Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación")

c.2. Creencias irracionales (p.e. "Necesito tener el afecto de la gente importante para mí... y no soporto que me rechacen").

Serían cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1981, 1989 y 1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo R.E.T. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de creencias irracionales.

Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- INSHIGT No 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.

- INSHIGT No 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autodoctrinación o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.

- INSHIGT No 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias irracionales mediante taras intercesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

La terapia R.E.T. en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

T**écnicas de tratamiento en la R.E.T.**

TÉCNICAS EMOTIVAS:

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propio autoaceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos

y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

6.7 Metodología:

FASE I
ALIANZA DE TRATAMIENTO

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Creación de ambiente adecuado	Llegar a establecer una relación de trabajo terapéutico adecuado con la paciente	Trabajo en el proceso empático	Instalaciones de la institución	Investigador	Primer día
		Escucha empática	Instalaciones de la institución	Investigador	Primer día
		Encuadre terapéutico	Instalaciones de la institución	Investigador	Primer día
	Aclarar las metas del tratamiento	Encuadre terapéutico	Instalaciones de la institución	Investigador	Segundo día
	Reducir la culpa	Trabajo en raportt	Instalaciones de la institución	Investigador	Tercer día
Recolectar información acerca de la problemática	Conocer la dinámica del problema	Entrevista a la paciente de forma estructurada	Instalaciones de la institución Cuaderno de apuntes Modelo de entrevista	Investigador	Tercer día
		Elaboración de Historia clínica	Sala de terapia	Investigador	Tercer día
	Establecer una alianza de trabajo	Trabajo en raportt	Instalaciones de la institución	Investigador	Cuarto día

Cuadro N° 73

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

FASE II
COGNITIVA

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Reorganización de ideas sintomáticas	Búsqueda creencias irracionales	Detección	Sala de terapia	Investigador	Quinto día
	Diferenciar entre las creencias racionales o irracionales	Discriminación	Sala de terapia	Investigador	Quinto día
	Contrastar creencias irracionales	Desbalanceo	Sala de terapia	Investigador	Sexto día
	Fomentar en la paciente lenguaje de manera más racional y correcta	Definición	Sala de terapia	Investigador	Séptimo día
	Fortalecimiento de aspectos positivos de pensamientos y conductas	Técnicas referenciales	Sala de terapia	Investigador	Octavo y noveno día

Cuadro N°74

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

FASE III:
RACIONAL EMOTIVA

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Resolución de conflictos	Crear una autoaceptación en la paciente	Aceptación incondicional con el paciente	Salas de terapia Cuaderno de apuntes	Investigador	Décimo día
	Especificar el (o los) problema(s)	Coparticipación	Salas de terapia Cuaderno de apuntes	Investigador	Décimo primer día
	Esclarecer las soluciones que se han intentado	Autodescubrimiento	Salas de terapia Cuaderno de apuntes	Investigador	Décimo segundo día
	Vincular hacia un modelo autosuperador	Autodescubrimiento	Salas de terapia Cuaderno de apuntes	Investigador	Décimo tercer día

	Asumir un riesgo calculado con relación al problema	Ejercicio de riesgo	Salas de terapia Cuaderno de apuntes Pizarra y marcadores	Investigador	Décimo cuarto – Décimo Octavo día
	Redefinir el o los problemas	Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones	Salas de terapia	Investigador	Décimo noveno día
Racionalización del contenido disparador	Mejorar las habilidades de interacción	Inversión del rol racional	Salas de terapia	Investigador	Vigésimo día
	Reforzar los mecanismos de adaptación	Inversión del rol racional Aprendizaje vicario	Salas de terapia	Investigador	Vigésimo primer – Vigésimo segundo día
	Desarrollar habilidades interpersonales	Modelar las habilidades de autopercepción	Salas de terapia	Investigador	Vigésimo tercer – Vigésimo quinto día

Cuadro N° 75

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

FASE IV
VIVENCIAL

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Grupo de apoyo dirigido para las pacientes	Crear un espacio de trabajo dirigido, en el cual se continúe la elaboración de la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Salas de terapia	Investigador	Vigésimo sexto – Trigésimo día
Seguimiento	Acompañar a las pacientes a mantener las modificaciones logradas	Talleres y citas programas	Salas de terapia	Investigador	Mediante el proceso de adaptación

Cuadro N° 76
Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

PLAN OPERATIVO

Fase I Alianza de tratamiento.

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TÉCNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
1	Llegar a establecer una relación de trabajo terapéutico adecuada con la paciente	Escucha empática Encuadre terapéutico	Investigador	Explicación adecuada de la problemática y del tratamiento planteado	45 m
2	Aclarar las metas del tratamiento	Encuadre terapéutico	Investigador	Terapia explicativa	45 m
3	Reducir la culpa	Trabajo en raportt	Investigador	Terapia explicativa	45 m
	Conocer la dinámica del problema	Entrevista a la paciente de forma estructurada Elaboración de Historia clínica	Investigador	Cuestionario semiestructurado	1 h
4	Establecer una alianza de trabajo	Trabajo en raportt	Investigador	Escucha empática	1 h

Cuadro N° 77

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

Fase II. Cognitiva

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TÉCNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
5	Búsqueda creencias irracionales	Detección	Investigador	Terapia cognitiva	1 h
	Diferenciar entre las creencias racionales o irracionales	Discriminación	Investigador	Terapia cognitiva	1 h
6	Contrastar creencias irracionales	Desbalanceo	Investigador	Terapia cognitiva	1 h
7	Fomentar en la paciente lenguaje de manera más racional y correcta	Definición	Investigador	Terapia cognitiva	1 h
8	Fortalecimiento de aspectos positivos de pensamientos y conductas	Técnicas referenciales	Investigador	Terapia cognitiva	1 h
9	Fortalecimiento de aspectos positivos de pensamientos y conductas	Técnicas referenciales	Investigador	Terapia cognitiva	1 h

Cuadro N° 78

Elaborado por: Jairo Aguirre Cobo

Fase III. Racional emotiva

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TÉCNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
10	Crear una autoaceptación en la paciente	Aceptación incondicional con el paciente	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
11	Especificar el (o los) problema(s)	Coparticipación	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
12	Esclarecer las soluciones que se han intentado	Autodescubrimiento	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
13	Vincular hacia un modelo autosuperador	Autodescubrimiento	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
14	Asumir un riesgo calculado con relación al problema	Ejercicio de riesgo	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
	Establecimiento	Establecimiento de			

15	de límites claros en el sistema familiar	límites familiares	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
16	Asumir un riesgo calculado con relación al problema	Ejercicio de riesgo	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
17	Asumir un riesgo calculado con relación al problema	Ejercicio de riesgo	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
18	Asumir un riesgo calculado con relación al problema	Ejercicio de riesgo	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
19	Redefinir el o los problemas	Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
20	Mejorar las habilidades de interacción	Inversión del rol racional	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
	Reforzar los	Inversión del rol			

21	mecanismos de adaptación	racional Aprendizaje vicario	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
22	Reforzar los mecanismos de adaptación	Inversión del rol racional Aprendizaje vicario	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
23	Desarrollar habilidades interpersonales	Modelar las habilidades de autopercepción	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
24	Desarrollar habilidades interpersonales	Modelar las habilidades de autopercepción	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h
25	Desarrollar habilidades interpersonales	Modelar las habilidades de autopercepción	Investigador	Terapia racional emotiva	1 h

Cuadro N° 79

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo

Fase V. Vivencial

N. DE SESIONES	OBJETIVO	TÉCNICA A UTILIZARSE	RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN
26	Crear un espacio de trabajo dirigido, en el cual se continúe la elaboración de la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Investigador	Dinámica grupal Orientación Psicopedagógica	2 h
27	Crear un espacio de trabajo dirigido, en el cual se continúe la elaboración de la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Investigador	Dinámica grupal Orientación Psicopedagógica	2h
28	Crear un espacio de trabajo dirigido, en el cual se continúe la elaboración de la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Investigador	Dinámica grupal Orientación Psicopedagógica	2h
29	Crear un espacio de trabajo dirigido, en el cual se continúe la elaboración de la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Investigador	Dinámica grupal Orientación Psicopedagógica	2h
30	Crear un espacio de trabajo dirigido, en el cual se continúe la elaboración de la problemática	Talleres dirigidos Sesiones semanales programadas	Investigador	Dinámica grupal Orientación Psicopedagógica	2h
31	Acompañar a las pacientes a mantener las modificaciones logradas	Talleres y citas programadas	Investigador	Dinámica grupal Orientación Psicopedagógica	2 h cada quince días

Cuadro N° 80
Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cob

6.8 Recursos administrativos:

- Recursos físicos:
  - Instalaciones de la institución
  - Salones de terapia

- Recursos humanos:
  - Investigador
  - Equipo técnico de la institución
  - Personal de la institución

-Recursos materiales:
  - Material de oficina
  - Equipos audiovisuales

-Presupuesto:

RUBROS DE GASTOS	VALOR
1.- Personal Técnico	1000
2.- Equipos Audiovisuales	120
3.- Material de oficina	80
4.- Trasporte	50
TOTAL:	1380

Cuadro N° 81

Elaborado por: Jairo Fabián Aguirre Cobo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón R., Mazzotti G., Nicolini H., (2005). Psiquiatría- México: Editorial Manual Moderno.

- Berger K., Thomsom R., (2001). Psicología del desarrollo Adultez y Vejes- España: Editorial E. Médica. Panamericana.

- CIE- 10, (2004). Guía de bolsillo de la calcificación CIE-10-España: Editorial Panamericana.

- DSM-IV-TR, (2005). Breviario Criterios Diagnósticos- España: Editorial Masson.

- Goldman H. (2001). Psiquiatría General- México: Editorial Manual Moderno.

- Herrera L. (2008). Tutoría de la investigación científica- Ecuador: Editorial Demerino.

- Ritvo E., Glick I., (2003). Terapia de pareja y Familias Guía práctica- México: Editorial Manual Moderno.

- Sánchez P. (2008). Psicología Clínica- España: Editorial El Manual Moderno.

- Toro R., Yepes L., (2004). Fundamentos de la medicina psiquiátrica-Colombia: Editorial Corporación para la investigación biológica.

2.- Linkografía:

- Pérez J., (1993), España. El drama del menor en cifras. Disponible en: http://www.pepe-rodriguez.com/Drama_menor/Drama_menor_cifras.htm

3.- Citas Bibliográficas – Bases de datos UTA

- **BVS.** Loaiza C., Ricardo A., Anorexia nerviosa: revisión bibliográfica/ Anorexia nerviosa: bibliographic review . Medicina (Guayaquil): 4(3):245-53, 1998. tab.

- **SPRINGER LINK.,** Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity **:** ISSN: **1124-4909 (Print) 1590-1262 (Online)**

- **BVS.,** Raphaela M., José D, Ribeiro., Rosane P.: **(**Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado / Inpatient treatment for eating disorders: the experience of a specialized servic:| ID: 673326

- **SCIELO**., Pereña G., :Cuerpo y subjetividad: acerca de la anorexia/ Body and Subjectivity: About Anorexia Nervosa Rev. Esp. Salud Publica 81(5): 529542, ND. 2007 Oct.

- **SCIELO**., Quiles C., Leila M., Rosane P. The ocupational roles of women with norexia nervosa/Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa/ Los papeles ocupacionales de mujeres con anorexia nervosa 20(2): 1-2, ILUS. 2012 Apr.

ANEXOS

Anexo1

Cuestionario de desarrollo psicosocial.

1. Busco aceptación y la aprobación de los demás (R.R)

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

2. Conozco mis fortalezas y debilidades

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

3. Hay momentos de mi vida en los que me siento insegura

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

4. Me muestro espontanea ante la gente

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

5.Cuando me siento insegura se me dificulta la resolución de algún conflicto

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

6.No tolero que la gente se aleje de mí

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

7.Necesito la presencia de personas a mi alrededor para sentirme segura

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

8. Necesito la opinión de los demás para saber como soy

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

9. Incurro en actividades que están fuera de mis actividades cotidianas, con la finalidad de pertenecer a un grupo.

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

10. Disfruto estando sola

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

11. Tengo que proyectar seguridad hacia los demás

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

12. Se me dificulta entablar relaciones nuevas

Nunca( ) Raramente( ) Algunas veces( ) A menudo( ) Habitualmente( )Siempre( )

Anexo 2

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)

1

	N	R	AV	AM	H	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	☑	☐	☐	☐	☐	☐
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	☐	☐	☐	☐	☐	☑
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Como cuando estoy disgustado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me atraco de comida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me gustaría ser más joven	☐	☐	☑	☐	☐	☐
7. Pienso en seguir una dieta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	☐	☑	☐	☐	☐	☐
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Me siento ineficaz como persona	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	☐	☐	☑	☐	☐	☐
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	☐	☐	☑	☐	☑	☐
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Me aterroriza ganar peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Confío en los demás	☐	☐	☐	☐	☑	☑
18. Me siento solo/a en el mundo	☐	☑	☐	☐	☐	☐
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	☐	☐	☐	☑	☐	☐
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	☐	☐	☐	☐	☐	☑
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Prefiero ser adulto que niño	☐	☐	☐	☑	☐	☐
23. Me comunico fácilmente con los demás	☐	☐	☐	☑	☐	☐
24. Me gustaría ser otra persona	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Exagero o aumento la importancia del peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	☐	☐	☐	☐	☑	☐
27. Me siento inadaptado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	☑	☐	☐	☐	☐	☐
30. Tengo amistades íntimas	☐	☐	☐	☐	☐	☑
31. Me gusta la forma de mis nalgas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	☐	☑	☑	☐	☐	☐
34. Tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás	☐	☑	☐	☐	☐	☐
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago	☐	☑	☐	☐	☐	☐

	N	R	AV	AM	H	S
37. Me siento seguro/a de mí mismo/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Pienso en atracarme de comida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Tengo una pobre opinión de mí mismo/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. Después de haber comido poco me siento hinchado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. Pienso que soy una persona útil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercárseme o entablar amistad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56. Me siento interiormente vacío/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61. Como o bebo a escondidas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
63. Mis metas son excesivamente altas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
64. Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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