

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**INDICADORES DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ALUMNAS  
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA Y UNA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA DIFERENCIADA DE TRUJILLO**

**AUTORA:**

**BR. VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ ANDREA LETICIA LORENA**

**ASESORA:**

**MG. FERNANDEZ BURGOS MARIA CELESTE**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2019**

**INDICADORES DE TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN ALUMNAS DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA Y  
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
DIFERENCIADA DE TRUJILLO**

## **PRESENTACIÓN**

El trastorno de las conductas alimentarias, hoy en día en nuestro país y en el mundo cobra mayor importancia, ya que su crecimiento cada día es mayor. Los adolescentes cada vez le dan mucho interés a su apariencia física, hasta incluso llegar a realizar actos que atentan contra su vida para llegar a tener “el cuerpo perfecto”.

La presente investigación tuvo como finalidad comparar quien tiene mayores indicadores de trastornos alimenticios, si en las alumnas de una institución educativa mixta o las alumnas de una institución educativa diferenciada. El instrumento que se utilizó fue el EDI- 3, donde se aplicó a 164 alumnas de una institución educativa mixta y 164 alumnas de una institución educativa diferenciada. Donde la edad comprendida de las participantes fue entre 15 y 17 años. Luego de la administración, se inició el proceso de análisis, cuyo resultado fue que hay mayor prevalencia de indicadores de trastornos alimenticios en alumnas de la institución educativa mixta.

## **DEDICATORIA**

Mi tesis lo dedico primeramente a Dios, como gestor de mi vida y por brindarme sabiduría en cada etapa de dicho proceso. A mis padres que siempre me apoyaron y siempre confiaron en mí. Y a mis profesores por su paciencia y por estar presentes en el desarrollo de mi tesis.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la institución educativa Liceo Trujillo y a la institución educativa María Negrón Ugarte, que me abrieron sus puertas para que esta investigación se pueda realizar con eficacia y transparencia.

Así mismo agradezco a la psicóloga Fernández Burgos María Celeste por la confianza, el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y los conocimientos aportados para su ejecución.

# INDICE DE CONTENIDOS

<b>PÁGINAS</b>	
<b>PRELIMINARES</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I</b> .....	12
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	12
1.1.2. Formulación del problema:.....	17
1.1.3. Justificación del estudio:.....	17
1.1.4. Limitaciones: .....	18
<b>1.2. OBJETIVOS:</b> .....	18
1.2.1. Objetivos generales: .....	18
1.2.2. Objetivos específicos:.....	18
<b>1.3. HIPÓTESIS:</b> .....	20
1.3.1. Hipótesis generales:.....	20
1.3.2. Hipótesis específicas:.....	20
<b>1.4. VARIABLE E INDICADORES:</b> .....	22
1.4.1. Variable de estudio:.....	22
1.4.2. Indicadores: .....	22
<b>1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN:</b> .....	22
1.5.1. Tipo de investigación:.....	22
1.5.2. Diseño de investigación:.....	23
<b>1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	23
1.6.1. Población.....	24
1.6.2. Muestra.....	25
1.6.2. Muestreo.....	27
<b>1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	27
<b>1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	30
<b>1.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> .....	30
<b>CAPÍTULO II</b> .....	32
<b>MARCO REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	32
<b>2.1. Antecedentes:</b> .....	32
<b>2.2. Marco teórico:</b> .....	37
2.2.1. Definición de trastornos alimentarios: .....	37
2.2.2 Enfoques teóricos de la variable: .....	38
2.2.4. Características de los trastornos alimentarios:.....	45
2.2.5 Tipos de los trastornos alimentarios:.....	45
<b>2.3. Marco Conceptual:</b> .....	58

<b>CAPITULO III</b> .....	59
RESULTADOS .....	59
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	72
ANALISIS DE RESULTADOS .....	61
<b>CAPITULO V</b> .....	71
5.1 CONCLUSIONES.....	71
5.2 RECOMENDACIONES.....	74
<b>CAPITULO VI</b>	
6.1. Referencias: .....	88
6.2. Anexos: .....	96

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1 Distribución de la población de estudiantes .....	47
TABLA 2 Distribución de la muestra de estudiantes .....	48
TABLA 3 Distribución según Trastornos de la conducta alimentaria predominante en estudiantes de I.E. Mixta y I.E. Diferenciada de Trujillo .....	49
TABLA 4 Resultados sobre la comparación de trastornos alimenticios en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada.....	50
TABLA 5 Resultados en la comparación en la escala Bulimia en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	51
TABLA 6 Resultados en la comparación de la escala Insatisfacción corporal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	52
TABLA 7 Resultados en la comparación de la escala Baja autoestima en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	53
TABLA 8 Resultados en la comparación de la escala Alienación personal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	54
TABLA 9 Resultados en la comparación de la escala Inseguridad interpersonal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	55
TABLA 10 Resultados en la comparación de la escala Desconfianza interpersonal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	56
TABLA 11 Resultados en la comparación de la escala Déficit introceptivos en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	57

TABLA 12 Resultados en la comparación de la escala Desajuste emocional en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	58
TABLA 13 Resultados en la comparación de la escala Perfeccionismo en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	59
TABLA 14 Resultados en la comparación de la escala Ascetismo en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	60
TABLA 15 Resultados en la comparación de la escala Miedo a la madurez en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo.....	61

## RESUMEN

La presente investigación denominada Indicadores de Trastornos Alimentarios en Alumnas de una Institución Educativa Mixta y una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo tiene por objetivo establecer las diferencias de los Indicadores de Trastornos Alimentarios en Alumnas de una Institución Educativa Mixta y una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, para lo cual se trabajó con una población de 793 adolescentes, obteniendo mediante muestreo aleatorio simple una muestra de 328 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de una Institución Educativa Mixta y una Institución Educativa Diferenciada, a quienes se aplicó el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3). Encontrándose que no existe evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal baja autoestima alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficit introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta y la Institución Educativa Diferenciada. Sin embargo, respecto a la escala miedo a la madurez se encontró diferencias altamente significativas ( $p < .01$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (184.5) y la Institución Educativa Diferenciada (144.5).

## ABSTRACT

The present investigation denominated Indicators of Alimentary Disorders in Students of a Mixed Educational Institution and a Differentiated Institution of Education of Trujillo has for objective to establish the differences of the Indicators of Alimentary Disorders in Students of a Mixed Educational Institution and a Differentiated Educational Institution of Trujillo, for which was worked with a population of 793 adolescents, obtaining by simple random sampling a sample of 328 fourth and fifth secondary students of a Mixed Educational Institution and a Differentiated Educational Institution, to whom the Inventory of Eating Disorders was applied (EDI-3). Finding that there is no evidence of significant difference ( $p > .05$ ) in the scales of obsession due to thinness, bulimia, low self-esteem, personal dissatisfaction, interpersonal insecurity, interpersonal mistrust, introceptive deficits, emotional imbalance, perfectionism and asceticism among students. Of the Mixed Educational Institution and the Differentiated Educational Institution. However, regarding the scare to maturity scale, highly significant differences were found ( $p < .01$ ) between the students of the Mixed Educational Institution (184.5) and the Differentiated Educational Institution (144.5).

# CAPÍTULO I

## MARCO METODOLÓGICO

### 1.1. EL PROBLEMA

#### 1.1.1. Delimitación del problema:

Ser delgado para los adolescentes se ha convertido en la belleza ideal y el éxito seguro para muchos medios masivos, por ello es que los jóvenes dedican horas enteras en ir al gimnasio y hacer excesivo ejercicio para sentirse bien con ellos mismos, incluso dejan de compartir con su medio social para ir a dicho lugar. Así mismo hacen dietas rigurosas difíciles de cumplir, ya que muchas de ellas solo son a base de agua, productos light, algunas verduras, omitiendo los carbohidratos.

Los adolescentes que presenten algún tipo de trastornos alimenticios, algunas de sus características que más resaltan son el tener miedo a subir de peso, ya que si pasa este hecho se sienten feos, inseguros, se odian a sí mismos y tenían sentimientos de fracaso al no lograr su objetivo de reducir su peso, por eso para ellos es esencial sentirse en forma y si están más delgados se sienten aún más satisfechos. Este problema comienza mayormente en adolescentes entre los 14 y 17 años (Rome ES, Ammerman S, Rosen DS- 2003), es en esta etapa donde los jóvenes sienten que deben hacer cualquier cosa para llamar la atención de los demás y que sientan admiración por ellos. Al hacer dietas estrictas tiene como consecuencia una inadecuada nutrición, llegando incluso a la anorexia y la bulimia, e incluso a morir por inanición.

A nivel internacional, Benjet, Méndez, Borges y Medina (2012), en su investigación realizada en México, donde fueron evaluados adolescentes, se concluyó que los menores de entre 12 a 17 años son más expuestos a padecer bulimia y anorexia, además que la cuarta parte de ellos no suele tener un tratamiento adecuado.

La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) en el 2015 publico estudios internacionales en donde se da como resultado que tanto en los países de Argentina y Japón el trastorno de la anorexia es muy frecuente en su población, siendo así que las mujeres de 1 cada 100 son afectadas por este trastorno. Así también en Italia, el 29% de sus habitantes padece de alguna patología alimentaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), refiere que, de 10 personas, 9 son mujeres que sufren anorexia y en el caso de la bulimia de cada 10 personas 6 son varones, así también menciona que 5 de cada 100 personas son adolescentes que sufren de algún trastorno alimentario.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2017) México, los resultados que se evidencio fue que las mujeres han dejado de comer por más de 12 horas por miedo a subir de peso, siendo así que el 25 por ciento de mujeres entre 15 y 18 años son las más propensas a presentar algún tipo de trastorno alimentario.

A nivel nacional, según estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – HideyoNoguchi (2014)” la cifra de problemas alimentarios ha ido en aumento, puesto que en el 2011 solo se presentó 248 registrados y en el 2013 se realizó 578 atenciones.

Canción (2013) refiere que han ido en aumento los trastornos alimentarios en el 2011 se atendía de 5 a 6 casos al día; sin embargo, en los últimos años el rango de atenciones es de 10 a 12 casos diarios.

Por su parte Cutipé (2014), según estudios realizados por el área de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA), refiere que los trastornos alimentarios son más propensos en personas de 12 a 17 años de edad, así también de cada diez pacientes atendidos nueve de ellos son mujeres, afirmando que el 80 % de probabilidades que puedan volver a recaer sin no se da un tratamiento adecuado.

Puchol (2019), refiere que algunos de los efectos físicos de los trastornos alimenticios son la enfermedad de la osteoporosis por la pérdida de minerales que requieren los huesos del cuerpo, problemas de infertilidad, amenorrea, problemas cardiacos, anemia al no recibir el organismo los nutrientes que necesita, deshidratación perdida del cabello, crisis epilépticas, problemas gastrointestinales entre otras consecuencias que surgen por presentar un trastorno alimenticio.

En tanto en las consecuencias psicológicas se puede presentar el trastorno de evitación, ansiedad, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, fobia social miedo a las personas que le rodean y a las críticas que viene con ello prefiriendo estar sola en muchas ocasiones, depresión y sentimientos de culpabilidad. Puchol (2019).

Según las investigaciones en adolescentes sobre los trastornos alimenticios realizadas por la universidad de Oxford, la Universidad College de Londres, la Universidad de Bristol y el Instituto Karolinska de Estocolmo (2016), la incidencia de los entornos educativos representa gran importancia en dicho problema, ya que las niñas que concurren a colegios con una alta tasa de estudiantes femeninas y que además tienen padres con niveles educativos universitarios, son más propensas a desarrollar problemas alimentarios.

A si mismo Bandura (como se citó en Sánchez, 2017), en su teoría de aprendizaje social, menciona que se presenta un aprendizaje en la relación del aprendiz y el entorno social, ya que la mayoría de las conductas del ser humano han llegado a ser influenciadas por personas de su entorno; refiere que cuando aprendemos alguna conducta se estaría ligando el refuerzo negativo o positivo y los procesos de condicionamiento, es decir que constantemente imitamos conductas de nuestro entorno ya se conductas adecuadas como también inadecuadas.

La Cunza (2015), refiere que existen diferencias significativas respecto al tipo de gestión educativa en lo que se refiere a conductas alimentarias, dado que dichas poblaciones tienen diferentes entornos de convivencia.

Debido a que los trastornos alimentarios es un asunto de inquietud no solo en otros países sino también en nuestro país Perú, se da la motivación para realizar este estudio, ya que los adolescentes de hoy en día no toman la debida importancia con la que se debería tomar a los trastornos alimenticios, ya que algunos piensan que tener el deseo excesivo de bajar de peso y de verse como modelos es algo normal, ya que solo quieren verse bien para así llamar la atención y tener más cantidad de círculo social; no dándose cuenta que ello les puede ocasionar perder la vida.

En la población del presente estudio se tiene conocimiento a través de los reportes del departamento de tutoría de ambas instituciones que existen adolescentes que muestran preocupación por su imagen corporal, así como por la percepción que tienen los demás sobre la misma, denotando además interés por sentirse parte del grupo de pares, lo cual no es ajeno a la etapa de la adolescencia, sin embargo, debe prestarse atención ya que a su vez puede repercutir en el estado emocional de dichas estudiantes.

Por lo antes mencionado se evidencia la importancia de realizar este estudio, dado que se cree que es importante conocer si existen diferencias entre los indicadores de trastornos alimenticios en una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada, dado que se busca conocer si el

entorno de ambas poblaciones podría dar cuenta de diferencias respecto a los trastornos alimenticios.

**1.1.2. Formulación del problema:**

¿Cuál es la diferencia de los indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo?

**1.1.3. Justificación del estudio:**

- La presente investigación cuenta con aporte teórico, puesto que permitirá ampliar la información respecto a la variable de estudio y sus posibles diferencias de acuerdo al tipo de gestión educativa de la población, aspecto sumamente importante en el que hacer de la psicología ya que permitirá conocer si la convivencia mixta o diferenciada de las adolescentes es un factor protector o de riesgo respecto a las conductas alimentarias.
- La presente investigación es conveniente, ya que los resultados permitirán que las instituciones educativas estudiadas conozcan y presten atención a los indicadores principales de los trastornos alimenticios y a partir de ello puedan tomar las medidas necesarias.
- El presente trabajo cuenta con implicancias prácticas pues a partir de los resultados, si es que se encontrarán diferencias respecto al tipo de institución (mixta o diferenciada) se podrán elaborar charlas, talleres y programas preventivos y de intervención de los trastornos alimentarios acorde a las características diferenciales de dichos adolescentes.

- El presente trabajo cuenta con relevancia social puesto que se preocupa por informar y abordar la variable de estudio al ser un problema real en el contexto social, permitiendo además la toma de conciencia respecto a su importancia.
- La presente investigación denota utilidad metodológica ya que servirá como antecedente para investigaciones futuras.

#### **1.1.4. Limitaciones:**

- Los resultados de la presente investigación podrán ser generalizadas solo a la población investigada y como referencia a poblaciones similares a ellas.
- Escasez de antecedentes donde se haya realizado comparación de la variable en población similar a la del presente estudio.

### **1.2. OBJETIVOS:**

#### **1.2.1. Objetivos generales:**

Determinar la diferencia de los indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

#### **1.2.2. Objetivos específicos:**

- Identificar los trastornos alimentarios predominantes de las alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo
- Establecer las diferencias del indicador Obsesión por la delgadez de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

- Establecer las diferencias del indicador insatisfacción corporal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.
- Establecer las diferencias del indicador baja autoestima de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.
- Establecer las diferencias del indicador alineación personal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.
- Establecer las diferencias del indicador inseguridad interpersonal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo
- Establecer las diferencias del indicador desconfianza interpersonal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo
- Establecer las diferencias del indicador déficits introceptivos de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo
- Establecer las diferencias del indicador desajuste emocional de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo
- Establecer las diferencias del indicador perfeccionismo de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

- Establecer las diferencias del indicador ascetismo de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo
- Establecer las diferencias del indicador miedo a la madurez de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

### **1.3. HIPÓTESIS:**

#### **1.3.1. Hipótesis general:**

H<sub>A</sub>: Existen diferencias en los indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

#### **1.3.2. Hipótesis específicas:**

H<sub>1</sub>: Existen diferencias en el indicador Obsesión por la delgadez de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

H<sub>2</sub>: Existen diferencias en el indicador bulimia de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

H<sub>3</sub>: Existen diferencias en el indicador insatisfacción corporal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

H<sub>4</sub>: Existen diferencias en el indicador baja autoestima de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

H<sub>5</sub>: Existen diferencias en el indicador alineación personal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo.

H<sub>6</sub>: Existen diferencias en el indicador inseguridad interpersonal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

H<sub>7</sub>: Existen diferencias en el indicador desconfianza interpersonal de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

H<sub>8</sub>: Existen diferencias en el indicador déficits introceptivos de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

H<sub>9</sub>: Existen diferencias en el indicador desajuste emocional de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

H<sub>10</sub>: Existen diferencias en el indicador perfeccionismo de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

H<sub>11</sub>: Existen diferencias en el indicador ascetismo de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

H<sub>12</sub>: Existen diferencias en el indicador miedo a la madurez de los trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo

#### **1.4. VARIABLE E INDICADORES:**

##### **1.4.1. Variable de estudio:**

La variable de estudio es trastornos alimentarios, la misma que será evaluada a través del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 3).

##### **1.4.2. Indicadores:**

- Obsesión por la delgadez
- Bulimia
- Insatisfacción corporal
- Baja autoestima
- Alineación personal
- Inseguridad interpersonal
- Desconfianza interpersonal
- Déficits introceptivos
- Desajuste emocional
- Perfeccionismo
- Ascetismo
- Miedo a la madurez

#### **1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN:**

##### **1.5.1. Tipo de investigación:**

La siguiente investigación, es un estudio de tipo descriptivo en la medida que se busque especificar y describir las características de las conductas alimentarias de una muestra de adolescentes escolares, y de tipo no experimental de corte transversal, por lo que no busca manipular las variables, sino que intenta

describir y especificar determinadas características en un momento determinado del tiempo. Hernández (2006)

### 1.5.2. Diseño de investigación:

La siguiente investigación de acuerdo a Hernández (2006), presenta el diseño descriptivo comparativo, ya que este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos.

		~
		~
M1	01	$01 = 02$
M2	02	$\neq$

**Donde:**

**M1:** Estudiantes de una Institución Educativa Mixta

**M2:** Estudiantes de una Institución Educativa Diferenciada

**01:** Indicadores de trastornos alimenticios

**02:** Indicadores de trastornos alimenticios

## 1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 1.6.1. Población

La población es estudio estuvo conformada por un total de 793 alumnas de cuarto y quinto de secundaria de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, matriculados en el año escolar 2017, y cuya distribución se observa en la tabla 1.

**Tabla 1** Distribución de la población de alumnas de dos Instituciones Educativas, mixta y diferenciada de Trujillo, matriculados en el año escolar 2017

Grado de estudios	Institución Educativa			
	Mixta		Diferenciada	
	N	%	N	%
Cuarto	157	50,2	242	50,4
Quinto	156	49,8	238	49,6
Total	313	100,0	480	100,0

### 1.6.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 328 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de una Institución Educativa Mixta y una Institución Educativa Diferenciada, cuya distribución se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2** Distribución de la muestra de alumnas de dos Instituciones Educativas, mixta y diferenciada de Trujillo, matriculados en el año escolar 2017

<b>Institución Educativa</b>		
<b>Grado de estudios</b>	<b>Mixta</b>	<b>Diferenciada</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>
Cuarto	<b>82</b>	<b>83</b>
Quinto	<b>82</b>	<b>81</b>
Total	<b>164</b>	<b>164</b>

Para determinar el tamaño de muestra, se hizo uso de la fórmula que proporciona el muestreo aleatorio simple, cuando el interés es comparar grupos de estudio para variable cualitativa (Dawson y Trapp, 2002, p.144).

$$n = \frac{\left( Z_{\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- $\alpha$  : Probabilidad de cometer error tipo I
- $\beta$  : Probabilidad de cometer error tipo II
- Z : Coeficiente de la distribución normal estándar
- $p_1$  : Proporción estimada de alumnas con nivel alto de trastornos de alimenticios, de la Institución Educativa mixta de Trujillo, matriculados en el año escolar 2017
- $p_2$  : Proporción estimada de alumnas con nivel alto de trastornos de alimenticios, de la Institución Educativa diferenciada de Trujillo, matriculados en el año escolar 2017

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Asumiendo las exigencias del 95% de confianza ( $1-\alpha=0,95$ ;  $Z=1,96$ ), una potencia de la prueba del 80% ( $\beta=0,20$ ;  $Z=0,842$ ), una proporción estimada de alumnos de la I.E. mixta con nivel alto de trastornos de alimenticios (población I), del 36.0% ( $p_1=0,36$ ;  $q_1=0,64$ ), y una proporción estimada de alumnos de la I.E. diferenciada con nivel alto de trastornos de alimenticios (población II), del 22.0% ( $p_2=0,22$  y  $q_2=0,78$ ), se obtiene:

$$p = \frac{0,22 + 0,36}{2} = .29$$

$$n = \frac{\left(1,96\sqrt{2 * .29 * .71} + .842\sqrt{.36 * .64 + .22 * .78}\right)^2}{(.36 - .22)^2}$$

$$n = 164$$

### **Criterio de Inclusión**

- Alumnas matriculadas formalmente en cuarto y quinto de secundaria en el año 2017.
- Alumnas cuyas edades oscilen entre 14 y 17 años de edad.
- Alumnas que deseen participar voluntariamente del presente estudio.

### **Criterios de Exclusión**

- Alumnas que no hayan completado a la totalidad del inventario de trastornos alimentarios.
- Alumnas que no hayan entregado el consentimiento informado, antes de la aplicación del inventario de trastornos alimentarios.
- Alumnas que tienen un diagnóstico de trastornos alimentarios

### **1.6.2. Muestreo**

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, cuando el interés es comparar grupos de estudio para variable cualitativa (Dawson y Trapp, 2002, p.144).

## **1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- **Técnicas:**

La técnica utilizada en la presente investigación es la psicométrica, la misma que es la forma de evaluación que se ocupa de la medida indirecta de los fenómenos psicológicos con el objetivo de hacer descripciones, clasificaciones, diagnósticos,

explicaciones o predicciones que permitan orientar una acción o tomar decisiones sobre el comportamiento de las personas en el ejercicio profesional de la psicología (Meneses-2013)

- **Instrumentos:**

El instrumento utilizado en la investigación, su nombre original es Eating Disorder Inventory (EDI-3), que traducido al español es el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3), fue creado originalmente por David M. Garner en el año 2004, para evaluar los comportamientos relacionados a los trastornos alimenticios; posteriormente fue adaptado en España por Paula Elosua, Alicia López y Fernando Sánchez (2010), esta adaptación tiene validez de contenido por criterio de jueces.

Dirigido a personas cuyas edades oscilan entre 12 años en adelante en muestras clínicas y a partir de los 10 años en muestras no clínicas, su aplicación puede ser individual o colectiva y su duración es de aproximadamente 20 minutos. Así también la prueba consta de 91 ítems cuyo formato que se presenta es tipo Likert conformada por 6 opciones (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre). Este instrumento cuenta con validez de constructo cuyo índice es mayor al .20 o muy significativos ( $p < .01$ ) expresando así valores satisfactorios para lo que se pretende medir.

Respecto a la confiabilidad de la prueba Eating Disorder Inventory (EDI-3), se trabajó por consistencia interna con el método Alfa de Cronbach en cada uno de los indicadores de la prueba en la adaptación española, donde la escala Obsesión por la delgadez (.86); confiabilidad respetable en las escalas: Bulimia (.76), Insatisfacción corporal (.76), Baja autoestima (.79), Alienación personal

(.78), e Inseguridad interpersonal (.76) y Déficit introceptivos (.79); En tanto que en las escalas: Desconfianza interpersonal (.60), Desajuste emocional (.68), Perfeccionismo (.61), Ascetismo (.62) y Miedo a la madurez (.61), la confiabilidad fue calificada como aceptable.

En tanto en la versión peruana fue adaptado por Guerrero Canale Diego en el 2008, en Lima metropolitana. La población que participó oscilaba entre los 16 a 20 años de edad. Para demostrar su validez se realizó un análisis factorial de las escalas para poder así hallar el número de factores que conforman, con ello se consiguió la validez de constructo. Respecto a la confiabilidad se realizó el análisis psicométrico de acuerdo a las escalas elaboradas por Garner (1983) de los ítems que estaban agrupados. Para evaluar la consistencia interna de las escalas se obtuvo el Alpha de Cronbach, se obtuvo valores entre 0.81 y 0.86, proponen que un alpha menor a 0.5 es malo, de 0.51 a 0.59 es cuestionable, de 0.6 a 0.69 es aceptable, de 0.7 a 0.79 es bueno y mayor a 0.8 es excelente.

Para el presente estudio, se obtuvo un índice de validez de altamente significativa ( $p < .01$ ), o significativamente ( $p < .05$ ) de la distribución normal, tanto en I.E. Mixta como en I.E. Diferenciada. Así mismo, respecto a la confiabilidad por consistencia interna del Dependencia emocional a través del método Alfa de Cronbach en una de estudiantes en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo (Tabla 18), muestra una confiabilidad muy buena en la escala Obsesión por la delgadez (.86); confiabilidad respetable en las escalas: Bulimia (.76), Insatisfacción corporal (.76), Baja autoestima (.79), Alienación personal (.78), e Inseguridad

interpersonal (.76) y Déficit introceptivos (.79); En tanto que en las escalas: Desconfianza interpersonal (.60), Desajuste emocional (.68), Perfeccionismo (.61), Ascetismo (.62) y Miedo a la madurez (.61), la confiabilidad fue calificada como aceptable.

## **1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para realizar dicho procedimiento, primero se coordinó con los directores de ambas instituciones (la Institución Educativa mixta y la Institución Educativa diferenciada), para obtener el permiso para la aplicación del Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3)". Luego de ello se informó a los docentes de cuarto y quinto año lo que se realizaría, se coordinó los horarios en los que aplicaría la prueba a las adolescentes. Para el recojo de la información se informó previamente a las adolescentes el motivo de la aplicación, así mismo se detalló que la participación es voluntaria, para lo cual se hizo entrega del consentimiento informado, el mismo que las adolescentes devolvieron firmado por su padre de familia o tutor. A partir de ello, en el horario respectivo se realizó la aplicación del inventario de forma colectiva. Luego de finalizar la aplicación a la población, se realizó el análisis estadístico para obtener los resultados, procediendo en realizar la limpieza de datos, eliminando las pruebas que no cumplen con los criterios de inclusión.

## **1.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Después de realizado el acopio de los datos a través de la Escala de Trastornos de la conducta alimentaria-3, en alumnas de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, se procedió al procesamiento y análisis de los datos aplicando técnicas de la estadística descriptiva y de la estadística inferencial, como: el índice correlación

ítem-test corregido en la evaluación de la validez de constructo; el coeficiente Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad del instrumento; La prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, para evaluar si la distribución de las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, difieren o no de la distribución normal. Finalmente, para la comparación de las conductas alimentarias de riesgo entre en alumnas de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, se aplicó la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney de comparación de promedios en grupos independientes; la misma que fue aplicada debido a que la distribución de las puntuaciones en las escalas de trastornos alimenticios, presentaban diferencia significativa con la distribución normal. En lo que respecta en el procesamiento de los datos se usó como soporte el paquete estadístico SPSS 23.0 y los resultados se presentaron en tablas de frecuencia simple en el análisis descriptivo y en tablas de doble entrada para el análisis correlacional; las mismas que fueron elaboradas según lo establecen las normas APA.

## CAPÍTULO II

### MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes:

##### **Internacionales:**

Fernández, Gonzales, Contreras y Cuevas (2014), en España realizaron una investigación denominada “Relación entre imagen corporal y auto concepto físico en mujeres adolescentes”, el objetivo fue obtener las diferencias entre los distintos subdominios del autoconcepto físico en función a la insatisfacción corporal y el índice de masa corporal. Las participantes fueron 447 mujeres adolescentes entre 12 y 17 años, donde los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), el instrumento Body Shape Questionnaire (BSQ) y la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gargner, además se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados indican que una mayor insatisfacción corporal se relaciona significativamente con peores percepciones físicas.

Santofimio (2016), en España realizó una investigación denominada “Alimentación y trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 1º y 4º de ESO (11 a 17 años de edad) en un instituto público y uno privado en la ciudad de Mataró”, se realiza con el objetivo de mejorar la salud de los adolescentes mediante acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y atención a determinados problemas de salud. Se evaluaron a 283 adolescentes, utilizando el instrumento Test de actitudes hacia la alimentación abreviada y el cuestionario del índice de calidad de dieta mediterránea. Se concluyó que tienen mejor alimentación los adolescentes varones que las mujeres y se encuentra mayor prevalencia de los TCA en la población conjunta de los dos institutos

es del 10,6% siendo más frecuente en el instituto público (11%) que en el instituto privado con un 10,5%.

Olivia P., et al. (2016), realizó una investigación “Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán”. En el estudio participaron 84 alumnos con edades de 10 y 17 años, la finalidad de la investigación es determinar la concordancia entre el índice de masa corporal y percepción de imagen corporal en adolescentes. El instrumento que se utilizó fue el pictograma de Stunkard, para registrar la percepción de la imagen corporal, para calcular el índice de masa corporal (IMC) se registraron medidas antropométricas de peso y talla, usando una báscula digital marca Tanita, modelo TBC 310 y un estadímetro marca SECA de 2 metros de longitud. De esta manera, se encontró que los cambios de la pubertad (la menstruación y el inicio de las relaciones entre pares) se relacionaron con las dietas y los desórdenes alimenticios cuando las niñas todavía se estaban ajustando a sus nuevas condiciones físicas y psicológicas; sin embargo, ninguno de estos dos cambios tuvo implicaciones largo plazo. Los hallazgos, respecto a la percepción de la imagen corporal, mostraron una concordancia insignificante ( $k= 0.067$ ,  $p< 0.5$ ); en mujeres es baja, con un valor de  $k= .223$ ; se perciben normales aun cuando presentan bajo peso, mientras que, las que presentan obesidad, subestiman su estado. En cuanto a los hombres, en los casos de obesidad, la imagen y el IMC son coincidentes, aunque, al mismo tiempo, subestiman la percepción corporal en bajo peso.

Lema y Jara (2018), en Cuenca- Ecuador se realizó una investigación sobre “Factores asociados a desórdenes alimenticios en estudiantes de la Unidad Educativa Santa María de la Esperanza, Chordeleg 2017”, se realizó con el objetivo de identificar los factores

asociados a desórdenes alimenticios en estudiantes de la Institución evaluada, se evaluaron a 160 adolescentes. El instrumento utilizado fue Indicador Graffar; Body Shape Questionnaire; escala de Rosenberg; APGAR familiar, test de Scoff; EAT 26. Al finalizar concluyeron que la mayoría de estudiantes con el 64,4% y 81,2%, no presentan ni poseen riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria

### **Nacionales:**

Arena y Guardamino (2014), en Huancayo, Perú realizaron la investigación “Nivel de conocimiento y práctica de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario-2013”. Se realizó con el objetivo de determinar la relación entre nivel de conocimiento y prácticas de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario-2013. La muestra estuvo formada por 370 estudiantes, a quienes se aplicó el cuestionario de escala modificada tipo Likert diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores que se desea investigar y el cuestionario para conocimientos sobre anorexia nerviosa. En la investigación se concluyó que existe una relación significativa inversa entre el nivel de conocimientos y práctica de conductas riesgosas sobre anorexia nerviosa de las estudiantes de la institución educativa evaluada.

Fernández (2016) en Lima - Perú realizó la investigación “Relación entre la percepción de la imagen corporal y los signos y síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario en las alumnas del 3er al 5to año de la Institución Educativa Mixta Telésforo Catacora en Santa Clara. Ate-Vitarte, 2016”, cuyo objetivo fue obtener la relación entre la percepción de la imagen corporal y los signos y síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas del tercero a quinto año de la institución evaluada,

las alumnas participantes fueron 100. Se aplicó el cuestionario Body Shape Questionnaire (B.S.Q) y el Test Eating Attitudes Test – 26 (EAT- 26). Se concluyó que existe relación entre la percepción de la imagen corporal, síntomas y preocupaciones características de los trastornos de la conducta alimentaria en muestras no clínicas.

Borjas (2017), realizó una investigación sobre “Riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P José Olaya Balandra Callao, 2017”, se evaluó a 90 adolescentes mujeres, con la finalidad de determinar si las estudiantes de la institución educativa evaluada cuentan con algún riesgo de presentar algún tipo de trastorno alimenticio, la investigación fue de tipo trasversal descriptivo. El instrumento que se utilizó fue Escala de actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación (EAT-26), al finalizar se pudo concluir que el 37 % de las adolescentes evaluadas presentaba un riesgo de trastorno de conducta alimentaria, lo cual el principal riesgo es que no presentan dietas adecuadas, se restringen alimentos con tal de presentar el peso deseado por las adolescentes.

Vilca (2018), en Puno - Perú se realizó una investigación cuyo nombre fue “Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes del centro pre universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno-2018”, cuyo objetivo fue identificar los trastornos de la conducta alimentaria, prevalencia y características clínicas en los adolescentes, siendo el estudio de tipo descriptivo con diseño simple. Se evaluaron a 2000 adolescentes, el instrumento que se utilizó fue una ficha clínica y un cuestionario. Los resultados que se obtuvieron en esta investigación fue que la mayoría de los adolescentes presenta conductas de riesgo de evitación hacia los alimentos y control oral seguido de la preocupación por los alimentos.

### **Regionales:**

La Cunza (2015), en Trujillo- Perú se realizó la investigación cuyo nombre fue “Indicadores de riesgo de los trastornos alimenticios entre alumnas de quinto de secundaria de una institución educativa pública y privada de la ciudad de Trujillo”, tuvo como objetivo determinar si existen diferencias entre los factores riesgo de ambas poblaciones; se evaluó a 45 alumnas de la Institución Educativa pública y 63 alumnas de la Institución educativa privada. El instrumento que se utilizó fue el inventario sobre trastornos alimentario. Los resultados concluyeron que existen diferencias significativas entre ambas instituciones, en donde el mayor riesgo prevalece sobre las alumnas de la institución educativa privada, ya que todos los factores se inclinan en esta institución.

Flores y Echegaray (2015), en Trujillo - Perú se realizó una investigación la cual se tituló “Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes de una institución educativa - 2015”, se elaboró con el objetivo de establecer la relación que existe entre la autopercepción de la imagen corporal y los hábitos alimentarios en adolescentes, se efectuó con 120 adolescentes. Para la recolección de datos se utilizó la Escala para valorar la percepción de la Imagen Corporal y el Cuestionario para evaluar Hábitos Alimentarios elaborados por las autoras. Cuyos resultados fueron que el 43 por ciento de adolescentes tuvieron una percepción de su imagen corporal no alterada, seguido de un 47 por ciento con una percepción de imagen corporal en riesgo y el 10 por ciento con una percepción alterada de su imagen corporal. En relación con los hábitos alimentarios el 61 por ciento presenta adecuados hábitos alimentarios y el 39 por ciento inadecuados. Se encontró que existe relación estadísticamente altamente significativa entre las variables.

Quiñones (2016), Trujillo, se realizó la investigación “Autoconcepto físico y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario-Trujillo”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el autoconcepto físico, los indicadores de riesgo y psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria en los evaluados, participaron 300 estudiantes de 16 a 18 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3). Los resultados fue que la mayoría de los estudiantes se ubican en un rango clínico típico en las escalas: Insatisfacción corporal, Miedo a la madurez y Ascetismo, mientras que en las demás variables predomina el rango clínico bajo.

## **2.2. Marco teórico:**

### **2.2.1. Trastornos alimentarios:**

#### **2.2.1.1. Definición:**

Para Gardner (1996), se da cuando existen pensamientos sobreestimados o imaginativos de imperfecciones sobre el aspecto físico de sí mismo. Se presentan en dos tipos de alteraciones de la imagen corporal, las cuales son *distorsión perceptiva* (la persona sobrevalora unas partes de su cuerpo) y la *alteración cognitivo afectiva* (disgusto y preocupación por la figura corporal que presenta mostrando o destacando de manera exagerada algún defecto de su cuerpo).

García, Rivera y Botella (2004), refieren que los trastornos alimentarios son comportamientos alterados en relación a la ingesta de alimentos, donde se presentan consecuencias desfavorables para el cuerpo por las constantes dietas y la negación a

comer aun teniendo hambre, con ello pretenden controlar la forma de su cuerpo y su peso. Siendo los trastornos alimentarios más comunes la bulimia nerviosa y la anorexia.

Weissberg y Quesnel (2004), refiere que un trastorno alimentario es un grupo de síntomas, en donde se presenta distintos signos, conductas de riesgo, entre otros. Esto se da según el trastorno que tenga el paciente, así como también su nivel de severidad es diferente.

Así mismo Sánchez (2013), refiere que un trastorno alimentario son enfermedades que se producen por pensamientos excesivos al temor de un aumento de peso, presentando una modificación en la ingesta de alimentos ocasionándole problemas de salud, y si la persona no es tratada a tiempo puede llegar a poner en peligro su vida llegando incluso a la muerte.

Por lo anteriormente mencionado se puede decir que los trastornos alimentarios son alteraciones en la alimentación, donde la percepción de la persona sobre sí misma es errónea, ya que se empieza a sentir gordo(a), feo(a) cuando no lo es. Por ello empiezan a realizar dietas estrictas o en algunos casos dejar de comer, hacer excesivo ejercicio, tomar mucha agua entre otras cosas.

#### **2.2.1.2. Enfoques teóricos de los trastornos de la conducta alimentaria:**

##### **A. Enfoque del Eating Disorder Inventory (EDI-3):**

Según Garner (2004), el objetivo de este enfoque no es brindar un tipo de diagnóstico de los trastornos alimentarios, sino una medida de algunos aspectos psicológicos que se puedan presentar y de las preocupaciones de síntomas más relevantes que se muestra en el desarrollo de los trastornos. El perfil psicológico

ofrecido por el EDI-3 es un instrumento útil donde nos puede dar información, confirmar hipótesis e impresiones clínicas que van más allá del simple diagnóstico.

Los distintos subgrupos de TCA, se basan en el peso corporal y en las características conductuales que presenta, alguna de ellas son inducir el vómito o darse atracones. El objetivo del EDI-3 es advertir que el individuo pueda estar presentando algún trastorno alimentario, por ello nos brinda indicadores psicológicos o síntomas relevantes que nos permitirán darnos cuenta del problema alimentario que pueda estar atravesando. (Garner, 2004)

Además, que se presenta 3 grupos de factores de riesgo que tienen un mismo desenlace que son los TCA, los cuales son el factor de riesgo cultural que se refiere a la sociedad o en el entorno en donde el individuo se desarrolló, en el factor individual en donde se basa en la parte psicológica, biológica o del desarrollo y en el último factor se encuentra el factor familiar; si estos factores están expuestos pueden conducir a desarrollar un problema alimentario en la persona. (Garner, 2004)

## **B. Enfoque familiar sistémico:**

Cano (2018). En el enfoque sistémico, se ha comprobado la utilidad que presenta el tratamiento para los que padecen de algún tipo de trastornos alimentarios, en estos casos la terapia familiar es de gran ayuda, ya que no solo se trabajara con la persona que presenta el problema, sino también con las personas que le rodean.

En la terapia sistémica se le da interés al entorno donde el sujeto tuvo sus vivencias y en donde fue desarrollándose en la mayor parte de su vida, esto llega hacer un dato importante de analizar para el tratamiento que se le brindara a la persona que

padece un trastorno alimentario. El contexto ya sea sociocultural, la familia, el grupo y el individuo son interdependientes, es decir, ello hace que las personas se influyan uno con otros según el mayor tiempo que pasen juntos y de las propias vivencias que tendrá el sujeto en el transcurrir de su vida ya sean estas negativas o positivas, dando como resultado el desarrollo de una personalidad adaptativa en su medio o no. El individuo, con su personalidad ya establecida, se relacionará con las personas de su entorno e influirá y será influido por éste en una relación circular, no lineal como ocurre en otros enfoques. (Cano, 2018)

En la terapia mencionada anteriormente los trastornos son considerados fenómenos psicológicos que van vinculados con normas de relación y de comunicación que se da de formas deficientes o alteradas que pudiera presentar el sujeto. Se da que el paciente que presenta algún tipo de trastorno alimentario, resulta teniendo síntomas propios de haber convivido con una familia disfuncional. (Cano, 2018)

Con ello en este enfoque se descarta la idea de inculpa a las familias

Desde este enfoque se desecha la idea de culpar a los familiares, son simples particularidades de la interacción con su entorno, y estas son aptas de ser modificadas para un mejor funcionamiento, cambiando ciertos aspectos en el vínculo entre los miembros del grupo. (Cano, 2018)

A partir de los fundamentos anteriores sobre los trastornos alimentarios podemos decir, que se debería analizar por un lado la conducta del sujeto y por otro la de la familia. A nivel particular es fundamental el grado de individualización alcanzado por la persona, lo cual es relacionado al desarrollo de su propia identidad. (Cano, 2018)

Si no se da una adecuada y armoniosa relación familiar, los hijos estarán expuestos a la opinión de su entorno, en lo cual se verá influido en su propia autoestima. A su vez cargado de la presión social, hará que su apariencia física sea de gran importancia para el sujeto, ya que de esta manera pensara que será aceptado. (Cano, 2018)

### **C. Enfoque gestáltico:**

Según Rubisntein (2002), en este enfoque gestáltico se considera como un todo holístico al ser humano. En el tratamiento de los sujetos que padecen de algún tipo de trastorno alimentario, se da manera integral y multidisciplinar, es decir que se trabaja con las diferentes áreas de la persona, ya sea sus sentimientos, conductas, pensamientos, lo familiar lo social, lo biológico, entre otras áreas. Y ello permitirá extraer distintas aportaciones del paciente, para poder trabajar en el tratamiento.

En el enfoque nos indica que todas las personas son únicas, aunque los síntomas que presenten sean parecidos uno de otros, el significado que tiene para cada sujeto es insustituible y particular. Cada paciente tuvo motivos diferentes por el cual presentaron ciertas conductas que les provocó algún trastorno alimentario, tenemos que tener en cuenta que no se presenta anorexia sino sujetos anoréxicos, no hay bulimia sino sujetos con bulimia y no hay obesidad sino pacientes obesos. Por ello se puede mencionar rasgos, situaciones en común y elementos que presenten mayormente los pacientes que tienen algún trastorno alimentario, pero no se debe preponer la realidad de cada persona con los conocimientos teóricos. Debemos tener en cuenta que en nuestras manos se encuentra una persona, por ello es importante ir más allá de un diagnóstico ya sea este de anorexia o bulimia, lo fundamental es poder llegar al paciente, relacionándonos con la persona para que

ella nos pueda tener confianza y mediante ello poder ayudarla en su sanación.  
(Rubisntein, 2002)

En el enfoque Gestalt en los tratamientos para trastornos alimenticios, tiene la ventaja de poder trabajar sus necesidades mediante la teoría y ayudándonos con ejercicios educativos y vivenciales. (Rubisntein, 2002)

### **2.2.1.3. Indicadores de los trastornos alimenticios:**

Garner (2004) elabora el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3), cuyos indicadores son:

#### **A. Obsesión por la delgadez:**

Presentan un deseo extremo de estar delgadas, preocupación por la alimentación, preocupación por el peso y un intenso temor a ganar peso.

#### **B. Bulimia:**

Presenta ataques de ingesta de alimentos (atracones) y la naturalidad de llevarlo a cabo de manera constante. La existencia de atracones es una de las principales características del trastorno de la bulimia y ello permite saber la diferencia entre la anorexia sub tipo purgativo y la anorexia tipo restrictivo.

La aparición de atracones es común en personas que no cumplen todas las características para el establecimiento de un diagnóstico. Así mismo, en los casos más comunes la presencia de atracones graves está ligadas con aspectos psicológicos.

### **C. Baja autoestima:**

Se da cuando el individuo piensa que es incapaz de lograr alcanzar alguna meta planeada. En diferentes teorías consideran que la baja autoestima es perjudicial para el desarrollo de la persona.

### **D. Alineación personal:**

Frecuentemente se presenta una sensación de vacío emocional, sentimientos de incompreensión de uno mismo y soledad. Así mismo, se siente aislado de los demás, cualquier reconocimiento de las personas no lo toma importancia no goza de ello y se siente perdido.

### **E. Inseguridad interpersonal:**

El sujeto siente fastidio e incomodidad al lidiar con situaciones sociales, al sentirse presionado por su entorno, presentando cierta desconfianza a partir de ello. Así también, le resulta complicado expresar lo que siente y piensa a las demás personas.

### **F. Desconfianza interpersonal**

El sujeto tiene la sensación de sentirse aferrado en las relaciones, así también siente la falta de comprensión y cariño por las personas que le rodean.

### **G. Déficits introceptivos**

Presenta dificultad al reconocer y responder a sus diferentes estados de ánimo, ya que suelen ser muy cambiantes. Donde se puede dividir en dos grupos siendo el primero el grupo denominado miedo a las emociones, al ser muy intensas o incluso

a llegar a sentir que están fuera de control refleja un malestar en el individuo y el otro grupo es el conjunto que indica que el individuo siente cierta dificultad para reconocer los estados emocionales que atraviesa.

#### **H. Desajuste emocional**

Propenso a la inestabilidad emocional, colérico, impulsivo y autodestructivo.

#### **I. Perfeccionismo**

Donde se basa en dos aspectos el perfeccionismo social donde las personas de su contexto la exigen presentar determinadas características para ser aceptada. Y por el otro lado el perfeccionismo autoimpuesto donde el mismo individuo tiene un excesivo deseo de verse perfecta y por ello se autoexige para un mejor rendimiento personal.

#### **J. Ascetismo**

Preferencia a encontrar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales algunos de ellos son la renuncia, el autosacrificio, la restricción, el control de las necesidades corporales y la autodisciplina.

#### **K. Miedo a la madurez**

Evade los problemas, la confusión y la perspectiva que tiene asociada al desarrollo de la etapa de la adultez.

#### **L. Insatisfacción corporal**

El rechazo del aspecto de su figura corporal y con el tamaño que presenta algunas partes específicas de su cuerpo (nalgas, muslos, caderas, estomago).

#### **2.2.1.4. Características de los trastornos alimentarios:**

Según Raich (2002), refiere que en los trastornos alimenticios se evidencia muchas características, pero las principales son:

- Baja autoestima
- Ansiedad
- Exagerada importancia a la forma de su silueta
- Escases en las relaciones sociales
- Problemas familiares
- Preocupación por las comidas, las dietas y el comer.
- Obsesividad.
- Un auto concepto totalmente influenciado por factores del exterior
- Se rehúsa a tener el volumen corporal, que este acorde con su talla y edad, buscando tener un peso menor a lo que debería tener.
- Miedo excesivo a subir de peso y sentirse gordo(a)
- Distorsión en su percepción de su forma de su cuerpo, peso corporal y tamaño.

#### **2.2.1.5. Tipos de los trastornos alimentarios:**

Según Raich (2002), en la actualidad ha incrementado los tipos de trastornos alimenticios, pero los más resaltantes son:

##### **A. Anorexia nerviosa:**

Es un trastorno alimentario, la persona que presenta ello su peso llega hacer menor a lo que debería tener según su edad, talla y sexo. La pérdida de peso del paciente es por su causa propia, ya que al sentirse gorda o subida de peso, empieza

a disminuir los alimentos que consume, tiene ayunos frecuentes, provocación de vómito entre otras conductas que le llevan a perder peso. La mortalidad de este trastorno provoca una de las mayores causas por trastornos psicopatológicos, llegando hacer más común que las mujeres padezcan de este trastorno que los hombres con una proporción de 9 a 1.

### **A.1. Causas de la anorexia nerviosa:**

La anorexia nerviosa no presenta causas precisas. Ya que pueden ser algunas causas de origen psicológico, biológico o social, además de incorporarse al desarrollo del trastorno los factores desencadenantes. Se presentan muchas teorías que intentan demostrar el porqué de su aparición, la mayoría de estas indican que los aspectos psicológicos son la causa principal para llegar a iniciar este trastorno. (Mayo Clinic, 2018)

#### **- Causas biológicas de la anorexia nerviosa:**

No se tiene tan claro que genes están implicados, se podría decir que en ocasiones se da los cambios genéticos y esto provoca que las personas estén más propensas de padecer anorexia. Al igual que en algunos casos se de una tendencia genética a la sensibilidad, perseverancia y sobre todo al perfeccionismo, siendo estas las características que presenta una persona con anorexia. (Mayo Clinic, 2018)

#### **- Causas sociales de la anorexia nerviosa:**

Según Mayo Clinic (2018), en la actualidad en muchas culturas del mundo se resalta a las personas delgadas, dando importancia a las medidas de su

cuerpo. El deseo de estar delgado muchas veces se da por causa de su entorno, principalmente en las mujeres adolescentes y jóvenes, ya que están en busca de verse bellas físicamente para sentirse “populares”, llamar la atención y ser alagadas por los demás. A si también se dan otros factores que influyen como es el caso de un pariente del paciente, que este presentando o presento un problema de trastorno alimentario. Otro motivo que puede llegar hacer la causa de tener un problema alimenticio es desarrollarse en un ambiente familiar donde no existe buena comunicación y dificultad para poder expresar sentimientos o emociones, siendo la anorexia una “comunicación sin palabras”, es como una protesta al sentir soledad o incomprensión, buscando de esta manera llamar la atención de las personas de su entorno. También se da en otros casos que el problema es por causa de una autoestima inestable, relacionada con opiniones negativas y repetitivas de su entorno social, ya sean estos familiares, amigos o la pareja.

#### - **Causas psicológicas de la anorexia nerviosa**

Se confirmó que frecuentemente se da casos donde el paciente suele presentar algunas características antes de iniciar el trastorno, alguno de ellos es el perfeccionismo ya que constantemente piensa que esta gorda que su cuerpo no es lo suficientemente delgado, baja autoestima no valorándose tal y como es indicando a cada parte de su cuerpo un defecto y personalidad obsesiva compulsiva que le permite privarse de comer aun teniendo hambre y también sigue dietas estrictas para alcanzar su objetivo .(Mayo Clinic, 2018)

## **A.2. Incidencia de la anorexia nerviosa:**

Según Martin (2016), las mujeres son las más propensas a presentar anorexia nerviosa que los varones. Teniendo una incidencia entre el 0,4 y el 1,5 %, entre los 14 y 35 años de edad, aunque se ve más frecuente en mujeres cada vez esta llendo en aumento la cifra de afectados a los adolescentes y jóvenes adultos. Este trastorno se suele desarrollar en los inicios de la pubertad teniendo más incidencia en las jóvenes de 14 años. Así también se da a menudo en ciertos grupos específicos, alguno de ellos son las bailarinas de ballet o las modelos, ya que en estas profesiones le dan importancia al peso de su cuerpo y la forma de este, siguiendo estrictas dietas para no perder su figura “perfecta” y sentirse bellas.

## **A.3. Características de la anorexia nerviosa:**

Según Martin (2016), nos presenta las siguientes características que presentan las personas con anorexia:

- **Trastorno dismórfico corporal:** Uno de los síntomas más frecuentes de la anorexia nerviosa abarcan el llamado trastorno dismórfico corporal: los individuos que presentan anorexia tienen una percepción distorsionada de su propio cuerpo. A pesar de haber perdido varios kilos a lo largo de su enfermedad, se siguen sintiendo con un peso excesivo y buscan un defecto a cada parte de su cuerpo. Esto no quiere decir que la percepción real este alterada, sino que la persona anoréxica no acepta un peso que no esté muy por debajo al peso que debería tener. (Martin, 2016)

- **Cambio en los hábitos alimentarios:** En la anorexia nerviosa se muestran algunos cambios específicos en la conducta. Al tener la persona anoréxica una imagen distorsionada de su cuerpo, desarrollan un plan alimenticio que les ayude a reducir el supuesto sobrepeso que presentan, evitando comidas que tengan grasas, carbohidratos y cualquier alimento que les haga engordar. E incluso hay casos que no llegan a ingerir ningún tipo de alimento durante largos periodos. (Martin, 2016)
- **Pérdida de peso y la malnutrición:** Ello es perjudicial para el organismo de la persona conllevando a diversos cambios desfavorables en su cuerpo. (Martin, 2016)
- Disminución de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y de la temperatura corporal.
- Problemas dérmicos (aparición de lanugo en la espalda)
- Debilidad muscular
- Caída del cabello

#### **A.4. Consecuencias de la anorexia nerviosa:**

Martin (2016), refiere que tener problemas de anorexia se van presentando una serie de consecuencias, las principales que se pueden considerar son:

- **Daños cerebrales:** Según Martin (2016), se presentan problemas neurológicos, hormigueos, bajo nivel de leptina que ayuda a regular el apetito y calambres en algunas ocasiones.
- **Problemas gastro-intestinales:** se presenta principalmente la reducción estomacal, estreñimiento, flatulencias y dificultades en el vaciamiento gástrico. (Martin, 2016)

- **Daños en los huesos:** la masa ósea empieza a tener una disminución a causa de la pérdida de minerales, de la menstruación y de un alto porcentaje de hormonas tiroideas en sangre. Cuando la anorexia se presenta en una etapa temprana impide un crecimiento adecuado, deteniendo su desarrollo. (Martin, 2016)
- **Daños visibles:** se presenta amenorrea, aparición de vellos finos y largos en diferentes partes del cuerpo como espalda, muslos, antebrazos, mejillas y cuello. Además, se produce una sensación de frío de manera frecuentemente en las manos y empieza a aparecer un color amarillento en la planta de los pies, problemas dentales, se cae mechones de cabello y las uñas se quiebran fácilmente. (Martin, 2016)

## **B. Bulimia nerviosa:**

Es un trastorno alimentario que en la actualidad es muy común en los jóvenes, para tratar de verse delgados. Según Rusell (como se citó en Raich Rosa, 2002), es un trastorno alimentario severo en donde muchas personas, especialmente mujeres, presentan diversos síntomas que se dan en esta enfermedad, alguna de ellas son provocación de vómitos cada día, toma de diuréticos o laxantes para prevenir el aumento de peso, ya que tienen miedo enfermizo por engordar.

### **B.1. Causas de la bulimia nerviosa:**

Según Candela (2013), cada cosa tiene un principio, incluso el trastorno de la bulimia, ya que se presentan causas que lo desencadena y que lo convierte con el pasar del tiempo en una conducta habitual. Cuando mencionamos las causas,

tenemos que tomar en cuenta que la bulimia no solo tiene una sola causa, sino que se puede presentar entre una o varias más, en diferentes formas.

- **Causas biológicas de la bulimia nerviosa:** Según Candela (2013), es más frecuente que en la adolescencia existan alteraciones hormonales, y ello lleve como consecuencia el presentar bulimia, predisposición genética, hacer dietas rigurosas por el miedo a engordar y las personas con sobrepeso que para bajar de peso buscan cualquier alternativa.
- **Causas psicológicas de la bulimia nerviosa:** Candela (2013), indica que entre las causas por el cual se da este trastorno es por el desprecio de las personas que lo rodean o de ellas mismas, tienen la necesidad de sentirse bellas y alagada por los demás. Esto se da mayormente en la etapa de la adolescencia, ya que en esta etapa las personas presentan un desequilibrio emocional, no se sienten seguros de ellos mismos por ello tienen angustia y necesidad de aceptación de parte de los adultos y de sus pares. Tienen una percepción equivocada de su cuerpo, se sienten feas y excesivamente gordas, se suelen comparar con otras personas queriendo ser como ellas ya sea en la forma de su cuerpo, cabello, peso, etc. Y también se da por falta de afecto de parte de sus familiares, es decir solo ven cosas negativas en ella y no le expresan su amor y comprensión.

**Causas sociales de la bulimia nerviosa:** Candela (2013), refiere como causas sociales a la necesidad de sentirse amadas y elogiadas por su entorno, de ser aceptadas en un grupo social. Las personas que padecen de este trastorno piensan que el éxito y la perfección de su cuerpo al verse delgadas tienen asociación., por ello le dan gran importancia a sus modelos a seguir y muchas

veces lo ven en publicidades de los medios de comunicación, en las cuales ven su triunfo que están teniendo.

### **B.2. Incidencias de la bulimia nerviosa:**

Según Gemma (2016), es más común que las mujeres padezcan bulimia que los hombres, aunque en la actualidad ha ido en aumento el número de hombres que tiene este trastorno. Muchas de las personas que presentan bulimia pertenecen a la clase media y alta. La incidencia en España, se da más en mujeres entre 12 y 24 años de edad siendo el 1%, en la mitad de los casos que se presentan se le conoce como anorexia en primer lugar o bulimia.

El 80% de los sujetos que padecen del trastorno de la bulimia son menores de 22 años de edad. Así mismo el 6% de los adolescentes reconocen que constantemente ingieren laxantes y vomitan para bajar de peso. (Gemma, 2016)

### **B.3. Características de la bulimia nerviosa:**

Según Gemma (2016), las características de la bulimia nerviosa son:

- Peso corporal normal
- Alimentación con períodos de ayuno, vómito
- Miedo excesivo a engordar
- Menstruación irregular
- Toma de purgantes y vómitos frecuentes
- Mayor concienciación de sus estados internos, emociones y sentimientos
- No suele controlar sus propios impulsos.

- A veces, tienen trastornos de conducta asociados, como abuso de drogas y alcohol
- Suele ser una persona sexualmente activa.
- Aceptación con más facilidad de la gravedad y seriedad del trastorno, teniendo conciencia de que algo anormal les ocurre y pueden pedir ayuda espontáneamente.
- Aspecto saludable e incluso presentación de sobrepeso, por lo que es más difícil de detectar desde fuera.
- Extraversión y una vida social activa.

#### **B.4. Consecuencias de la bulimia nerviosa:**

Según Gemma (2016), teniendo en cuenta el nivel de gravedad de la bulimia que padece el sujeto, pueden variar las consecuencias, por ello es importante tener en cuenta la gravedad del asunto y si no es tratado a tiempo puede dañar su salud e incluso llegar a atentar contra su vida.

#### **2.2.2. Adolescencia:**

##### **2.2.2.1. Definición**

Según Papalia y Mortorell (2015), mencionan que la adolescencia es la etapa que se encuentra entre la niñez y la adultez, en donde en esta transición se van hacer notorios muchos cambios, ya sean estos físicos, emocionales, cognoscitivos, sociales. Y ello llevara a que cada adolescente se adapte a los cambios de diferentes maneras de acuerdo al aspecto económico y el contexto social donde más vivencias paso.

Según Nuño (2003), la adolescencia es una etapa del ser humano, en donde surge una transición, en donde esta al medio de la niñez por un lado y la adultez por el otro. En esta etapa se da cambios fisiológicos muy notorios en la persona, cada cambio no tiene una fecha exacta, ya que cada adolescente se va desarrollando en diferente tiempo.

#### **2.2.2.2. Características del adolescente:**

##### **A. Físicos:**

Papalia y Mortorell (2015), refieren que los adolescentes están en constantes cambios, algunos de esos cambios son:

- a) Se hace más notorio el crecimiento del vello púbico, al principio será lacio y sedoso, y con el tiempo se volverá grueso, oscuro y rizado
- b) Los senos empiezan a crecer, al principio los pezones empiezan a sobresalir, adquiriendo una forma cónica y conforme van creciendo los senos van adquiriendo una forma redondeada
- c) La voz se vuelve más profunda en especial en los varones, dado a la producción de hormonas masculinas
- d) La piel se vuelve más gruesa y grasosa, se va generando más glándulas sebáceas produciendo los conocidos puntos negros y espinillas
- e) Se da el llamado "el estirón del crecimiento adolescente", en donde se da un crecimiento de forma rápida no solo de estatura, sino también del aumento muscular y óseo, en las niñas se da en aproximadamente entre los 9 y 14 años y medio

- f) Se da los signos de madurez sexual, la maduración de los órganos reproductivos genera el inicio de la menstruación en las adolescentes, llamándose la primera menstruación menarquia, desde ese momento cada vez se dará el desprendimiento del tejido del revestimiento del útero. El inicio de ello es variado, pero aproximadamente se da entre los 10 a 16 años de edad
- g) Riesgo a presentar algún tipo de trastorno alimentario

## **B. Psicológicas:**

Según Martínez y Pérez (2015), los adolescentes en esta etapa se enfocan en querer alcanzar un estatus en la sociedad, quieren de cualquier manera llegar a ser aceptados por las personas que lo rodean. Al localizarse entre la etapa de la infancia y la adultez, los vínculos relacionales se enfocan en dos sentidos:

Por un lado, al relacionarse con gente adulta, que presentan responsabilidad social, independencia, reconocimiento, destrezas, entre otras características. El menor quisiera ingresar a la sociedad como un adulto, pero al mismo tiempo da opiniones negativas sobre la sociedad de adultos, dándose una situación confusa que intenta disminuir con algunos mecanismos los cuales son: proyección, negativismo, el egocentrismo, formación reactiva, identificación, evasión, racionalización y agresiones.

Por otra parte, al relacionarse con gente de su edad, es decir otros adolescentes, en ellos busca: independencia, seguridad, autonomía, comprensión y adquirir un lugar en la sociedad.

### **C. Sociales:**

Según Uriarte (2017), algunas de las características sociales que presenta los adolescentes son:

- El adolescente es más vulnerable hacer influenciado por su entorno, ya que de esta manera pretende ser aceptado por sus familiares, compañeros de colegio y otros grupos sociales que pertenezca, siendo ello la manera de relacionarse con su entorno y consigo mismo.
- En estos tiempos los medios de comunicación tienen mucha importancia en la vida de los adolescentes, ya que mediante ello están en contacto con su entorno.
- En esta etapa que están afrontando muchas veces por la falta de madurez y experiencia necesaria, tienen problemas para sobrellevar las expectativas que tienen los demás para con él y además de las presiones que suelen presentar.
- Los adolescentes en esta etapa suelen tener problemas de anorexia, ya que piensan que para ser aceptados tienen que seguir los estándares estéticos que impone la sociedad.

#### **2.2.3. Educación diferenciada:**

Según Chadwell (2010) citado por Cihuelo (2013), la educación diferenciada es un modelo pedagógico en donde la enseñanza es brindada de forma separada por un lado el sexo femenino y por otro el masculino. Basándose en que ambos sexos tienen diferencias muy notorias por ello se debe brindar una educación de forma separada, para así alcanzar una educación de calidad adecuándolas a las características que presentan.

Desde el planteamiento diferenciado se investigan soluciones de calidad para la educación sin detenerse ante clichés, estereotipos o etiquetas que han sido acuñados a lo largo del tiempo, pero que en la mayoría de los casos carecen de una base sólida y experimentada que los refute. La complejidad de la sociedad actual hace difícil que el modelo mixto pueda mantenerse como única opción, ya que los altos índices de fracaso escolar, son suficientemente importantes, como para plantearse que este modelo no está siendo capaz de dar una respuesta al contexto en el que nos encontramos en la sociedad actual. (Chadwell 2010) citado por Cihuelo 2013).

La educación diferenciada se fundamenta a partir de la idea de que chicos y chicas son diferentes, a que podemos ver que en tanto en lo estructural y funcionalmente hablando, sus cerebros son diferentes, la forma de enfrentarse a los aprendizajes también es distinta y sus procesos de maduración física, hormonal y evolutiva, presentando su desarrollo totalmente distinto. (Chadwell 2010) citado por Cihuelo 2013).

#### **2.2.4. Educación mixta:**

Según Oliveros (2017), refiere que la educación mixta es un modelo de educación donde se brinda una enseñanza integral de hombres y mujeres en la misma institución, que parte del principio de la igualdad entre sexos y la no discriminación por razón de sexo.

Tiene por modelo a la familia; donde facilita la integración y maduración de las emociones del niño y generar un mayor ambiente competitivo. La mujer adquiriría una mayor facilidad en el juicio y en la expresión, mientras que los hombres aprenderían de las chicas a estudiar con diligencia y constancia. La presencia de las

chicas mejoraría las relaciones sociales. Se desarrollaría con más naturalidad la amistad. Sin embargo, actualmente hay abierto un debate sobre la educación mixta y separada sencillamente porque no se han logrado los objetivos propugnados por este sistema. (Oliveros 2017)

En muchos centros no puede hablarse de coeducación, aunque incluyan chicos y chicas porque no se tiene en cuenta su diversidad ni se respetan sus exigencias personales. Además, los ritmos de maduración psicológica son distintos. Es sabido que entre los diez y los trece años las chicas se desarrollan más deprisa y que entre los catorce y los diecisiete su evolución es mucho más lenta mientras que en los chicos es más rápida. (Oliveros 2017)

### **2.3. Marco Conceptual:**

- Trastorno alimenticio:

Garner (2004), indica que la imagen corporal se comprende en la percepción, donde da gran importancia al tamaño de una parte específica del cuerpo, la apariencia que presenta y actitudes que ve en su cuerpo. Ello no solo incluye aspectos perceptivos que tienen el individuo sino también la parte afectiva y cognitiva. Así mismo presenta una actitud exagerada por algún defecto imaginario de su cuerpo o al contrario llega a sobrevalorar su apariencia física. Siendo una preocupación constante la opinión de su entorno sobre su aspecto físico.

## CAPITULO III

### RESULTADOS

#### 3.1 Distribución según Trastornos de la conducta alimentaria predominante en estudiantes de I.E. Mixta y I.E. Diferenciada de Trujillo

**Tabla 3**

*Distribución según escala de Trastorno de conducta alimentaria predominante en estudiantes de una I.E. Mixta y I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo*

Nivel	Grupo de estudio			
	I.E. Mixta		I.E. Diferenciada	
	N	%	N	%
Obsesión por la delgadez	11	6,7	16	9,8
Bulimia	20	12,2	11	6,7
Insatisfacción Corporal	12	7,3	13	7,9
Baja Autoestima	10	6,1	14	8,5
Alienación personal	5	3,0	5	3,0
Inseguridad Personal	15	9,1	25	15,2
Desconfianza Interpersonal	11	6,7	11	6,7
Déficit introceptivos	4	2,4	10	6,1
Desajuste emocional	12	7,3	13	7,9
Perfeccionismo	24	14,6	18	11,0
Ascetismo	10	6,1	15	9,1
Miedo a la Madurez	30	18,3	13	7,9
Total	164	100	164	100

En la tabla 3, se aprecia que en los estudiantes de la I.E. Mixta predomina el trastorno alimenticio Miedo a la madurez con 18.3% de estudiantes con mayor incidencia de este trastorno; Luego el trastorno Perfeccionismo con el 14.6% de estudiantes y la Bulimia con el 12.2%, siendo el menos predominante el trastorno Déficit introceptivos; En los estudiantes de la I. E. Diferenciada de la I.E. Mixta predomina el trastorno alimenticio Inseguridad personal con 15.2% de estudiantes con mayor incidencia de este trastorno; Luego el trastorno Perfeccionismo con el 11.0% de estudiantes, siendo el menos predominante el trastorno Alienación personal.

### 3.2 Resultados sobre la comparación de trastornos alimenticios en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada

**Tabla 4**

Resultados en la comparación de la escala Obsesión por la delgadez en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	158,8	170,2	U= 12516,50
Suma de rangos	26046,5	27909,5	Z= -1,09
N	164	164	p= ,277

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

En la tabla 4, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación de promedios de la Obsesión por la delgadez en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en Obsesión por la delgadez en los estudiantes de la I.E. Mixta (158.8) y de la I.E. Diferenciada (170.2).

**Tabla 5**

Resultados en la comparación en la escala Bulimia en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	167,2	161,8	U= 13010,00
Suma de rangos	27416,0	26540,0	Z= -0,51
N	164	164	p= ,609

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

En la tabla 5, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación de promedios en la escala Bulimia de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que encontró evidencias de diferencia muy significativa ( $p > .05$ ) en la puntuación promedio en la escala Bulimia en los estudiantes de la I.E. Mixta (167.2) y de la I.E. Diferenciada (161.8); presentando los estudiantes de la institución educativa mixta mayor puntuación promedio que los estudiantes de la institución educativa diferenciada.

**Tabla 6**

Resultados en la comparación de la escala Insatisfacción corporal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	167,1	161,9	U= 13024,00
Suma de rangos	27402,0	26554,0	Z= -0,49
N	164	164	p= ,621

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

En la tabla 6, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación de promedios en la escala Insatisfacción corporal de 159 estudiantes de una I.E. Mixta y 64 de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Insatisfacción corporal en los estudiantes de la I.E. Mixta (167.1) y de la I.E. Diferenciada (161.9).

**Tabla 7**

Resultados en la comparación de la escala Baja autoestima en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	162,8	166,2	U= 13163,50
Suma de rangos	26693,5	27262,5	Z= -0,34
N	164	164	p= ,735

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

En la tabla 7, se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación de promedios en la escala Baja autoestima de 159 estudiantes de una I.E. Mixta y 64 de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Baja autoestima en los estudiantes de la I.E. Mixta (162.8) y de la I.E. Diferenciada (166.2).

**Tabla 8**

Resultados en la comparación de la escala Alienación personal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	167,2	161,8	U= 13010,00
Suma de rangos	27416,0	26540,0	Z= -0,51
N	164	164	p= ,609

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Alienación personal, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Alienación personal en los estudiantes de la I.E. Mixta (167.2) y de la I.E. Diferenciada (161.8).

**Tabla 9**

Resultados en la comparación de la escala Inseguridad interpersonal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	163,3	165,7	U= 13249,00
Suma de rangos	26779,0	27177,0	Z= -0,23
N	164	164	p= ,816

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Inseguridad interpersonal, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Inseguridad interpersonal en los estudiantes de la I.E. Mixta (163.3) y de la I.E. Diferenciada (165.7).

**Tabla 10**

Resultados en la comparación de la escala Desconfianza interpersonal en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	168,6	160,4	U= 12780,50
Suma de rangos	27645,5	26310,5	Z= -0,78
N	164	164	p= ,436

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Desconfianza interpersonal, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Desconfianza interpersonal en los estudiantes de la I.E. Mixta (168.6) y de la I.E. Diferenciada (160.4).

**Tabla 11**

Resultados en la comparación de la escala Déficit introceptivos en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	168,7	160,3	U= 12761,50
Suma de rangos	27664,5	26291,5	Z= -0,80
N	164	164	p= ,424

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Déficit introceptivos, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencian de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Déficit introceptivos en los estudiantes de la I.E. Mixta (168.7) y de la I.E. Diferenciada (160.3).

**Tabla 12**

Resultados en la comparación de la escala Desajuste emocional en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	170,2	158,8	U= 12513,50
Suma de rangos	27912,5	26043,5	Z= -1,09
N	164	164	p= ,276

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Desajuste emocional, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencian de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Desajuste emocional en los estudiantes de la I.E. Mixta (170.2) y de la I.E. Diferenciada (158.8).

**Tabla 13**

Resultados en la comparación de la escala Perfeccionismo en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	173,4	155,6	U= 11991,50
Suma de rangos	28434,5	25521,5	Z= -1,70
N	164	164	p= ,089

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Perfeccionismo, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencian de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Perfeccionismo en los estudiantes de la I.E. Mixta (173.4) y de la I.E. Diferenciada (155.6).

**Tabla 14**

Resultados en la comparación de la escala Ascetismo en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	165,3	163,7	U= 13316,00
Suma de rangos	27110,0	26846,0	Z= -0,15
N	164	164	p= ,877

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

p>.05

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Ascetismo, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, revelan que no se encontró evidencian de diferencia significativa ( $p>.05$ ) en la puntuación promedio en la escala Ascetismo en los estudiantes de la I.E. Mixta (165.3) y de la I.E. Diferenciada (163.7).

**Tabla 15**

Resultados en la comparación de la escala Miedo a la madurez en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo

	Grupo de estudio		Prueba de Mann-Whitney
	I.E. Mixta	I.E. Diferenciada	
Promedio	184,5	144,5	U= 10172,00
Suma de rangos	30254,0	23702,0	Z= -3,82
N	164	164	**p= ,000

Nota:

U: Valor de la U de Mann Whitney

Z: Valor Z de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza

TE: Tamaño de efecto

\*\*p<.01

Los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, en la comparación de promedios en la escala Miedo a la madurez, en una muestra de estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo, establecen la existencia de diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) en la puntuación promedio en la escala Miedo a la madurez en los estudiantes de la I.E. Mixta (184.5) y de la I.E. Diferenciada (144.5); presentando mayor puntuación promedio en esta escala los estudiantes de la institución educativa mixta.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

El trastorno de las conductas alimentarias, en la actualidad va en aumento, ya que cada día más adolescentes se preocupan de manera exagerada por su aspecto físico y ello hace que se muestren pendientes incluso de lo que los demás piensen de ellas y su aspecto corporal. Esta problemática al no ser intervenida puede llevar a la adolescente no sólo a presentar dificultades en su autoestima y relaciones interpersonales sino además desencadenar los denominados trastornos de conductas alimentarias.

Ante ello surge el interés por determinar la diferencia de los indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo. Por lo cual, se realizará el análisis de cada tabla de resultados obtenidas en la presente investigación.

En la tabla 3 se observa los resultados de distribución según escala de trastorno de conducta alimentaria predominante en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se puede percibir que en los estudiantes de la Institución Educativa Mixta predomina el trastorno alimenticio miedo a la madurez con 18.3%, esto quiere decir que dichas adolescente presentan temor a crecer, evadiendo la confusión, conflictos y expectativas de desarrollo asociadas a la adultez, ello puede deberse a que dichas adolescente como parte de su etapa de desarrollo, no se sienten preparadas para asumir las responsabilidades propias de un adulto, prefiriendo mantenerse en su etapa actual para evitar equivocaciones al adquirir nuevas obligaciones. Esto es corroborado por Vega (2016), quien refiere que los adolescentes tienen temor a llegar a la adultez ya que tienen miedo a fallar en las nuevas responsabilidades que tendrían, como hacerse cargo de sus necesidades, cumplir con horarios establecidos, realizar tareas

domésticas, irse de casa, como conseguirán empleo entre otras angustias que se les presenta por la mente.

En la misma tabla respecto a los estudiantes de la Institución Educativa Diferenciada predomina la inseguridad interpersonal con 15.2%; ello quiere decir que al predominar la inseguridad personal, a dichas alumnas se les hace complicado expresar lo que sienten y piensan, ya que sienten miedo de expresarse y ser sometidas a burlas o no ser tomadas en serio, por ello se sienten en ocasiones incómodas al interactuar con las personas; ello puede deberse a la que la población de estudio se encuentra en una etapa de desarrollo donde lo que piensen los demás es realmente importante para ellas, en especial las opiniones de su grupo de pares. Esto es corroborado por Cipriano (2017), quien refiere que la mayoría de los adolescentes presenta inseguridad personal, y que las principales características de un adolescente es no tener confianza en sí mismo, tener miedo de decidir algo y que le salga mal, necesita ser aceptado y aprobado por las personas que lo rodean para que se sienta bien, por ello muchas veces espera los comentarios de terceros para tomar decisiones en cuanto a su vida.

Habiendo descrito los resultados en cuanto a trastorno predominante, se procederá a analizar las tablas de comparación de cada uno de los indicadores de trastornos de conducta alimentaria en la población de estudio.

Es así que en la tabla 4 se observa los resultados en la comparación de la escala Obsesión por la delgadez en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, evidenciado que la aplicación de la prueba U de Mann Whitney no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); puesto que la Institución Educativa mixta obtiene un rango promedio de 158.8 frente a la Institución Educativa diferenciada quien presenta un rango promedio de 170.2; ello indica que las estudiantes de

ambas instituciones presentan la necesidad de permanecer delgadas, ya que piensan que estar delgada es sinónimo de verse más atractiva para su entorno, denotando temor a engordar, lo cual evidencia que la obsesión por la delgadez no depende del contacto educativo con el que se desenvuelve sino que es una preocupación manifestada propia de la adolescente y que además se ve influida por la presión social. Esto es corroborado por Contreras, Morán, Frez, Lagos, Marín, Pinto y Suzarte (2015); quienes refieren que las adolescentes le dan gran importancia al peso que presentan, se preocupan por hacer dietas sin supervisión profesional, presentando conductas riesgosas de control de peso. Así también Benavente y Rodríguez (2009), refiere que se evidencia que en nuestra sociedad existe una presión social hacia el sexo femenino, considerando que deben estar delgadas para verse bellas, dando como resultado que la mayoría de las adolescentes tienen temor a engordar.

En la tabla 5 se observa los resultados en la comparación de la escala Bulimia en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > 0.05$ ) donde la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 167.2 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 161.8; ello indica que las estudiantes de ambas instituciones presentan indicadores de bulimia, los cuales pueden manifestarse con atracones, dietas rigurosas, provocarse vómitos e incluso tomar en excesos laxantes para el eliminar la comida que anteriormente consumió, denotando que dicha conducta se puede dar en los adolescentes independientemente de su contacto educativo y que puede deberse a factores tales como sus propios rasgos de personalidad. Esto es corroborado por Juli (2012) quien concluye que la bulimia en las adolescentes, tanto en su sintomatología y en la presentación del trastorno se da a causa de la personalidad de la menor y no del contexto en el que se encuentra.

En la tabla 6 se observa los resultados en la comparación de la escala insatisfacción corporal en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 167.1 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 161.9, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); ello indica que las estudiantes de ambas instituciones presentan indicadores de insatisfacción corporal, los cuales pueden manifestarse mediante el rechazo del aspecto que tiene su cuerpo y las dimensiones de partes específicas del mismo (nalgas, muslos, caderas, estomago), siendo así que el rechazo a su cuerpo en las adolescentes se deba a problemas psicosociales en su entorno o ser una característica propia de su etapa de desarrollo y no necesariamente debido al tipo de institución educativa (sea esta diferenciada o mixta). Esto es corroborado por Johnson y Wardle (2005), quienes concluyen que la insatisfacción corporal en la adolescencia se da a causa de problemas psicosociales que esto puede llevar a que la adolescente presente un desajuste psicológico, y se puede manifestar mediante un rechazo a su mismo cuerpo. Así también Sanchez, I. y Rossano, B. (2012), refiere que la insatisfacción corporal, se da cuando el adolescente mismo construye en su mente el cuerpo perfecto, propio de la misma etapa en la que está atravesando, ya que quiere seguir los mismos estándares de belleza sociales.

En la tabla 7 se observa los resultados en la comparación de la escala baja autoestima en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de de Trujillo, donde los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demuestran que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 162.8 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 166.2, lo cual revela que no se

encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); ello indica que las estudiantes de ambas instituciones presentan indicadores de baja autoestima; es decir dichas estudiantes se perciben así mismas como incapaces de alcanzar metas personales y suelen buscar la aprobación de las personas de su entorno por ello no expresan lo que verdaderamente sienten o piensan, ello puede deberse a que están transitando por la etapa de la adolescencia donde presentan cambios físicos y con la mínima situación de burla por parte de su entorno hacia una determinada parte de su cuerpo se sienten afectadas e incluso llegar a pensar que no son atractivas, siendo ello producto de su etapa de desarrollo y no propio del tipo de institución educativa sea esta diferenciada o mixta. Esto es corroborado por Dolors (2016), quien concluye que la autoestima en la mayoría de los adolescentes no suele ser alta, ya que están pasando por un periodo crítico para ellos debido a los cambios que están presentando, suelen afectarles y sentirse menos atractivos cuando no son aceptados por su entorno social. Así también Nuño (2003), refiere que los adolescentes en general tienden a poseer autoestima inestable propios de su edad, ya que su cuerpo está en constante cambio ya sea en su desarrollo físico como también en la parte sexual, por ello surgen las interrogantes sobre el mismo, en ocasiones sintiéndose inseguros sobre el aspecto que está adquiriendo su cuerpo.

En la tabla 8 se observa los resultados en la comparación de la escala alienación personal en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 167.2 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 161.8, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); ello muestra que las adolescentes de las instituciones evaluadas presentan algunos indicadores de alienación personal, los cuales se presentan como sensación de vacío, soledad y sentimientos de

incomprensión de uno mismo, conllevándolos a apartarse de su entorno y no presentar reacciones emocionales acordes a sus logros propios, ya que en esta etapa de desarrollo los adolescentes se cuestionan sobre el propósito de su vida o el para que existen; ello respondería a las características de la etapa que están pasando y no al tipo de institución educativa en donde se encuentran ya sea mixta o diferenciada. Esto es corroborado por Mejía (2016), quien menciona que, en la adolescencia, las personas se preguntan cuál es el propósito de su vida sintiéndose incapaces de alcanzar metas propuestas, llegando a frustrarse frecuentemente y no tener ánimos de realizar actividades producto de la falta de cariño percibida y de un entorno inadecuado, prefiriendo evitar relacionarse con su entorno.

En la tabla 9 se observa los resultados en la comparación de la escala inseguridad interpersonal en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 163.3 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 165.7, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > 0.05$ ); ello indica que las estudiantes de ambas instituciones presentan algunos indicadores de inseguridad personal, ello quiere decir que podrían presentar sensación de incomodidad y presión cuando se encuentra en situaciones sociales, ya que intenta quedar bien con los demás y reprime sus verdaderos sentimientos, pudiendo ello ser característica psicológica y social propia de la etapa adolescente. Esto es corroborado por Milan (2018), refiere que todas las personas durante diversas etapas del desarrollo cuando pertenecen a un grupo social en ocasiones podemos sentirnos presionados a realizar o tomar decisiones que son diferentes a lo que nosotros quisiéramos hacer, sin embargo, ello se da mucho más en la adolescencia, pues es una etapa donde la persona es más vulnerable y busca ser aprobada por el entorno

en donde se encuentra. Así también Martínez y Pérez (2015), indican que los adolescentes en esta etapa se enfocan en querer alcanzar un estatus en la sociedad, quieren de cualquier manera llegar hacer aceptados por las personas que lo rodean.

En la tabla 10 se observa los resultados en la comparación de la escala desconfianza interpersonal en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 168.6 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 160.4, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); ello indica que las estudiantes de ambas instituciones independiente de si esta es mixta o diferenciada, presentan algunos indicadores de desconfianza interpersonal; es decir tienen la sensación de sentirse atrapadas en las relaciones, tiene la necesidad de sentir aprecio y comprensión de las personas de su entorno, ya que para ellas es satisfactorio percibir la aceptación de su entorno social. Esto es corroborado por Rius (2012), quien refiere que los adolescentes al pasar por cambios, presentan miedos sobre su propia identidad, por ello buscan grupos para sentirse identificados hasta que puedan aprender a tener su propia autonomía, lo que más le gusta es sentirse valorado y sentir la aprobación del grupo en donde se encuentra, para él es su principal recompensa. De igual manera Martínez y Pérez (2015), mencionan que el menor desearía integrarse a la sociedad como un adulto, pero a la vez juzga el comportamiento de los adultos, dándose una contradicción interna en el adolescente, para disminuir ello utiliza algunos mecanismos los cuales son, proyección , negativismo, agresiones, egocentrismo, formación reactiva y racionalización.

En la tabla 11 se observa los resultados en la comparación de la escala déficit introceptivo en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 168.7 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 160.3, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); ello indica que las estudiantes de ambas instituciones evidencian ser cambiantes en su estado en ánimo así como dificultad para reconocer sus estados emocionales, en ocasiones no controlan sus impulsos y reaccionan sin medir las consecuencias de sus actos, además sienten miedo a algunas emociones que se le puedan presentar en diferentes situaciones que atraviesa, ello se da por los cambios hormonales y psicológicos que presentan en la adolescencia, que conllevan a que las misma pueda tornarse impulsivas en sus reacciones oscilando entre la cólera, la tristeza y la alegría con rapidez, pudiendo ello ser parte de su desarrollo y no del tipo de institución educativa en la que se encuentran ya sea mixta o diferenciada. Esto corroborado por Moguilevsky (2017), quien refiere que los adolescentes son impulsivos y no regulan sus emociones, dado que en esta etapa hay una explosión de neurotransmisores y neuroreguladores, siendo estas las sustancias que regulan las emociones y las hormonas.

En la tabla 12 se observa los resultados en la comparación de la escala desajuste emocional en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 170.2 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 158.8, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ); ello indica que las adolescentes presenta inestabilidad emocional, ataques de ira, miedos, inseguridades y

en ocasiones críticas autodestructivas, dado a los cambios que se dan por su etapa de desarrollo, pero ello se ira estabilizándose con la mejora de las estructuras cerebrales, siendo indicadores que no se relacionan con el tipo de institución educativa en que se encuentran ya sea esta mixta o diferenciada. Esto es corroborado por Goldberg (2001), nos refiere que en esta etapa se producen cambios, seda la inestabilidad emocional dado que hay sustancias que se desbordan y conforme vayan avanzando en su desarrollo mejorará distintas estructuras del sistema límbico como el hipocampo, la amígdala y el núcleo caudado, dado a ello se reduce las conductas y emociones impulsivas durante los años finales de la adolescencia.

En la tabla 13 se observa los resultados en la comparación de la escala perfeccionismo en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 173.4 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 155.6, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ), ello indica que las adolescentes presentan conductas como sentir que tienen que hacer todo lo posible para no fallar, perfeccionismo sobre uno mismo y su aspecto corporal, este perfeccionismo es impuesto también por la sociedad que le rodea y que le exige ser perfecto para ser aceptado, siendo entonces algo propio del entorno social y no por la institución educativa en la que se encuentra ya sea mixta o diferenciada. Esto es corroborado por Oros (2003), refiere que el perfeccionismo no solo se ve en la etapa adulta sino también en la adolescencia donde se desarrolla otro tipo de pensamientos de autocrítica, donde la adolescente busca realizar conductas ideales o imposibles de poder alcanzar. De igual manera Uriarte (2017), indica que el adolescente es más vulnerable a ser influenciado por su entorno, ya que de esta manera

pretende ser aceptado por su familia, compañeros de colegio entre otros grupos sociales, de los cuales aprende comportamientos de como relacionarse con su entorno y con el mismo, así también los medios de comunicación tienen mucha importancia en la vida del menor, imponiendo no solo expectativas sobre el sino incluso poniendo reglas específicas de la belleza promulgado desde los antepasados.

En la tabla 14 se observa los resultados en la comparación de la escala Ascetismo en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 165.3 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 163.7, lo cual revela que no encontró evidencias de diferencia significativa ( $p.>05$ ), lo cual refiere que las adolescentes de ambas instituciones educativas denotan inclinación a buscar la virtud mediante el ejercicio en base a ideales, algunas de ellas son la renuncia, autodisciplina, auto sacrificio, la restricción y el control de necesidades corporales, tales como el de comer para no engordar, estos malos hábitos alimenticios muchas veces son influencia de los padres y de la misma sociedad, que impone expectativas sobre como debiera ser y comportarse el adolescente. Esto es corroborado por Ávila (2012), quien menciona que, en la adolescencia, el hogar es el principal influente en la seguridad alimenticia y nutricional, ya que en este lugar se deberían promover los hábitos nutricionales correctos para una buena alimentación. De igual manera, Uriarte (2017), indica que el adolescente es más vulnerable a ser influenciado por su entorno, y que los medios de comunicación tienen mucha importancia en la vida de los adolescentes, al imponer aspectos específicos que deberían tener las personas para ser denominados bellos, siendo promulgado desde nuestros antepasados.

Por otro lado, en la tabla 15 se observa los resultados en la comparación de la escala miedo a la madurez en estudiantes de una Institución Educativa Mixta y de una Institución Educativa Diferenciada de la ciudad de Trujillo, donde se presentan los resultados de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney demostrando que la Institución Educativa Mixta obtiene un rango promedio de 184.5 y la Institución Educativa Diferenciada un rango promedio de 144.5 lo cual revela que se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p < .01$ ) presentando mayor puntuación promedio las estudiantes de la institución educativa mixta, esto indica que las adolescentes del colegio mixto presentan en mayor medida confusiones o conflictos respecto a la etapa adulta ya que dichas estudiantes presentan una expectativa errónea sobre dicha etapa, sintiendo temor de la misma así como miedo a no poder lograr las responsabilidades que su entorno les exige según vayan cumpliendo más edad. En contraparte las adolescentes de la institución diferenciada no muestran temor a madurar, ello puede deberse a que en las instituciones diferenciadas dichas adolescente están influidas por la madurez de sus compañeras mujeres, conllevando a que no experimenten temor a asumir responsabilidades propias de su desarrollo evolutivo, esto se presume al tener en cuenta que las mujeres tienden a madurar emocionalmente antes y más rápido que los varones. Esto es corroborado por Corbin (2018), quien refiere que las personas estamos constantemente cambiando ya sea a nivel biológico como también psicológico y social, algunas personas tienen miedo a la adultez ya que el entorno nos exige que nuestros comportamientos sean de una determinada forma y asumamos mayores responsabilidades según vayamos teniendo más edad. Así también Castellero (2017), refiere que la mujer madura más rápido que el hombre, ya que sus capacidades cognitivas y emocionales llegan a desarrollarse antes, esto se da mayormente en la adolescencia y en la adultez joven. Ello también está influido por el entorno social donde se percibe al hombre como una persona individualista y competitiva; por otro lado, se educa a la mujer para que se interese por los

cuidados de los que le rodean, la preservación y la autogestión, conllevando entonces a que ambos géneros posean diferente forma de pensar antes de realizar una determinada acción, conduciendo a diferentes grados de madurez.

De manera general se ha podido evidenciar que los estudiantes de la institución educativa mixta y los estudiantes de la institución educativa diferenciada tienen características comportamentales y emocionales similares en varios de los indicadores de trastornos de conducta alimentaria; sin embargo, respecto al indicador miedo a la madurez son los estudiantes de la institución educativa mixta los que expresan mayores puntuaciones, ello indica que el abordaje psicológico respecto a confusiones y percepción de lo que representa la etapa adulta así como la confianza para asumir responsabilidades debe trabajarse diferenciadamente, considerando las características propias de cada población.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones:

Después de realizar el análisis a dicha investigación se concluyó que:

- En la distribución según escala de Trastorno de conducta alimentaria predominante en los estudiantes de la Institución Educativa Mixta predomina el trastorno alimenticio Miedo a la madurez con 18.3%, y en la Institución Educativa Diferenciada predomina el trastorno alimenticio Inseguridad personal con el 15.2% de estudiantes.
- En los resultados de comparación de la escala Obsesión por la delgadez no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (158.8) y de la Institución Educativa Diferenciada (170.2).
- En los resultados de comparación de la escala Bulimia no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) en la puntuación promedio entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (183.5) y de la Institución Educativa Diferenciada (145.5).
- En los resultados de comparación de la escala Insatisfacción corporal no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (167.1) y la Institución Educativa Diferenciada (161.9).
- En los resultados de comparación de la escala Baja autoestima no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta Mixta (162.8) y la Institución Educativa Diferenciada (166.2).
- En los resultados de comparación de la escala Alienación personal no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la de la

Institución Educativa Mixta (167.2) y de la de la Institución Educativa Diferenciada (161.8).

- En los resultados de comparación de la escala Inseguridad interpersonal no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (163.3) y la Institución Educativa Diferenciada (165.7).
- En los resultados de comparación de la escala Desconfianza interpersonal no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (168.6) y la Institución Educativa Diferenciada (160.4).
- En los resultados de comparación de la escala Déficit introceptivos no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (168.7) y la Institución Educativa Diferenciada (160.3).
- En los resultados de la comparación de la escala Desajuste emocional no se encontró evidencian de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (170.2) y la Institución Educativa Diferenciada (158.8).
- En los resultados de la comparación de la escala Perfeccionismo no se encontró evidencian de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (173.4) y la Institución Educativa Diferenciada (155.6).
- En los resultados de la comparación de la escala Ascetismo no se encontró evidencias de diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre los estudiantes de la Institución Educativa Mixta (165.3) y la Institución Educativa Diferenciada (163.7).
- Y finalmente en los resultados de la comparación de la escala Miedo a la madurez se encontró existencia de diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) entre los

estudiantes de la Institución Educativa Mixta (184.5) y la Institución Educativa Diferenciada (144.5).

## **5.2. Recomendaciones:**

Se recomienda al director de la Institución Educativa Mixta gestionar la realización de talleres de empoderamiento personal, manejo de problemas de la vida cotidiana, que permitan a las estudiantes fortalecer su autoconfianza para hacer frente a las responsabilidades propias de su edad.

De igual manera se recomienda al director de la Institución Educativa Diferenciada gestionar la realización de talleres de empoderamiento personal, autoconocimiento, relaciones interpersonales que permitan hacer frente a la inseguridad personal de las estudiantes.

Se recomienda que en el curso de tutoría de ambos centros educativos se brinde información sobre las conductas alimentarias de riesgo, con el objetivo de sensibilizar a las adolescentes respecto a la gravedad de las mismas y la necesidad de solicitar ayuda si es que experimentan algunos de los indicadores tales como obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, baja autoestima y ascetismo.

Así también es recomendable que los directores de ambas instituciones educativas gestionen talleres de manejo de emociones para hacer frente a los déficits introspectivos, alienación personal y desajuste emocional de las estudiantes.

De igual manera es recomendable que los directores de ambas instituciones educativas favorezcan la realización de talleres de asertividad, manejo de conflictos para abordar los indicadores de inseguridad y desconfianza interpersonal de las

adolescentes, toda vez que se busca que las mismas cuenten con una red de apoyo de sus pares.

Por otro lado, se recomienda al director de la *institución educativa mixta* gestionar la realización de programas de intervención del miedo a la madurez de sus adolescentes, toda vez que debe prepararse a las mismas para afrontar adecuadamente su etapa y las responsabilidades que esta conlleva.

De igual manera es recomendable que el departamento de tutoría realice escuela para padres, donde se les pueda brindar recomendaciones acerca de cómo supervisar la alimentación de las adolescentes, así como información sobre los indicadores de trastornos de conductas alimentarias que servirán para identificar este tipo de conducta en sus menores hijas, y poder buscar la ayuda psicológica pertinente.

Es recomendable que los directores de ambas instituciones educativas gestionen la presencia de un psicólogo permanente que brinde el soporte emocional a los estudiantes.

## CAPITULO VI

### REFERENCIAS Y ANEXOS

#### 7.1. Referencias:

Arena y Guardamino (2014). *Nivel de conocimiento y práctica de conductas riesgosas de anorexia nerviosa en estudiantes del colegio Nuestra Señora del Rosario-2013*(Tesis doctorado). Universidad Nacional del Centro del Perú.

Asociación de lucha contra la bulimia y la anorexia (2011). Los trastornos alimentarios y sus riesgos en el adolescente. *Sentir y pensar TV*. Recuperado de: <http://www.halitus.com/home/nota.php?idMenuOn=5&idNoticia=2049>

Ávila, J. (2012). El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. Lima Perú.

Benavente y Rodríguez (2009). *La culpa como significante de la dominación androcéntrica* (tesis pregrado). Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina, M. (2012). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes*. México. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600005)

Borjas, D. (2017). *Riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P José Olaya Balandra Callao, 2017* (Tesis pregrado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima.

Canción, N. (18 de setiembre del 2013). En el Perú se atienden de 10 a 12 casos de anorexia y bulimia al día. *Universidad Continental*. Recuperado de:

<https://ucontinental.edu.pe/noticias/en-el-peru-se-atienden-de-10-a-12-casos-de-anorexia-y-bulimia-al-dia/>

Candela M. (2013). Causas de la Bulimia. *A perder peso.com*. Recuperado de: <https://www.aperderpeso.com/ana-y-mia/causas-de-la-bulimia.html>

Cano, L. (2018). Los trastornos de la conducta alimentaria desde la perspectiva sistémica. Recuperado de: <http://psicorockgia.com/los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-desde-la-perspectiva-sistemica>

Castillero, O. (2017). ¿Por qué maduran antes las chicas que los chicos?. *Psicología y mente*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/personalidad/porque-maduran-antes-chicas-que-chicos>.

Cihuelo, A. (2013). *Educación diferenciada, un modelo educativo desconocido* (tesis de pregrado). Universidad Internacional de La Rioja.

Cipriano, K. (2017). *Valores interpersonales y adaptación de conducta en adolescentes secundarios de una IEE de la ciudad de Trujillo* (tesis de pregrado). Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo.

Contreras, L., Morán, J., Frez, S., Lagos, C., Marín, M., Pinto y Suzarte (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista chilena de pediatría*, 86(2). Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062015000200006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000200006)

Corbin, J. (2018). Miedo a crecer (en niños y adultos):¿Por qué ocurre y cuáles son sus síntomas?. *Revista psicología y mente*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/miedo-crecer>

Cutipé, Y. (11 de agosto de 2014). Preocupante: hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú. *Peru21*. Recuperado de: <https://peru21.pe/lima/preocupante-hay-500-casos-bulimia-anorexia-peru-179481>

Dawson, B., Trapp, R. (2005). *Bioestadística Médica*. (4a. Ed.). México: Manual Moderno.

Dolors, M. (18 de agosto de 2016). Baja autoestima en la adolescencia. Causas y consecuencias. *Siquia*. Recuperado de <http://www.siquia.com/2016/08/baja-autoestima-en-la-adolescencia-causas-y-consecuencias/>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2017). Casos de anorexia y bulimia aumentan 300 por ciento en 20 años. *Por tu Salud*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/11/29/1204415>

Fernández Dávila, C. (2016). *Relación entre la percepción de la imagen corporal y los signos y síntomas de los trastornos del comportamiento alimentario en las alumnas del 3er al 5to año de la Institución Educativa Nacional Mixta Telésforo Catacora en Santa Clara. Ate – Vitarte, 2016* (tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Lima.

Fernández, Gonzales, Contreras y Cuevas (2014, 11 de agosto). Relación entre imagen corporal y auto concepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Recuperado de: <https://www.Elsevier.es/rlp>

Flores y Echegaray (2015). *Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes de una institución educativa – 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.

García, Rivero y Botella (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, 91-109.

Garner, D. (2004). *EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.

Gemma, M. (2016). Bulimia (bulimia nerviosa): Definición. *Onmeda.es*. Recuperado de: <https://www.onmeda.es/enfermedades/bulimia-definicion-1526-2.html>

Goldberg E. (2001). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. Nueva York: Oxford University Press

Hernández, F. (2006). Metodología de la investigación, cuarta edición. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-HideyoNoguchi (20 de enero de 2014). La obsesión por estar muy delgado es un problema de salud mental generado por baja autoestima y sentimiento de inferioridad. *El Perú Primero*. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/002.html>

Johnson, F. y Wardle, J. (2005). *Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis*. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 119-125.

Juli, M. R. (2012). *Analysis of multi instrumental assessment of eating disorders: comparison between anorexia and bulimia*. *Psychiatria Danubina*, 24, 119-124.

La Cunza, M. (2015). *Indicadores de riesgo de los trastornos alimenticios entre alumnas de quinto de secundaria de una institución educativa pública y privada de la ciudad de Trujillo* (Tesis de pregrado). Universidad Privada del Norte, Trujillo.

Lema y Jara (2018). *Factores asociados a desórdenes alimenticios en estudiantes de la Unidad Educativa Santa María de la Esperanza, Chordeleg 2017* (Tesis pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Martin, C. (19 de marzo de 2016). Anorexia Nerviosa Definición. *Onmeda.es*. Recuperado de: [https://www.onmeda.es/enfermedades/anorexia\\_nerviosa-definicion-1535-2.html](https://www.onmeda.es/enfermedades/anorexia_nerviosa-definicion-1535-2.html)

Martínez y Pérez (2015). *Desarrollo biológico y psicológico de los adolescentes: Implicaciones en la enseñanza y el aprendizaje*. Recuperado de: [http://www.quadernsdigital.net/datos\\_web/hemeroteca/r\\_37/nr\\_390/a\\_5261/5261.html](http://www.quadernsdigital.net/datos_web/hemeroteca/r_37/nr_390/a_5261/5261.html)

Mayo Clinic (3 de junio de 2018). Anorexia Nerviosa. *Mayo Clinic*. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nerviosa/symptoms-causes/syc-20353591>

Mejía, R. (14 de mayo 2016). Vacío existencial, un mal contemporáneo. *Marueta*. Recuperado de: <http://murueta.mx/index.php/textos/64-vacio-existencial-un-mal-contemporaneo>

Meneses, J. (2013). Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría. España: Universitat Oberta de Catalunya.

Milán, A. (2018). *Adolescentes hiperconectados y felices*. España: Teconte.

Moguilevsky, J. (2017). *Reportaje al Prof. Dr. Jaime Moguilevsky. Impulsor fundamental de la PINE en Argentina y Latinoamérica*. Recuperado de <https://www.amepine.com.ar/reportaje-al-prof-dr-jaime-moguilevsky-impulsor-fundamental-de-la-pine-en-argentina-y-latinoamerica/>

Nuño, R. (2003). La autoestima del adolescente. *Academia*. Recuperado de: [https://www.academia.edu/10922936/LA\\_AUTOESTIMA\\_DEL\\_ADOLESCENTE](https://www.academia.edu/10922936/LA_AUTOESTIMA_DEL_ADOLESCENTE)

Oliveros, M. (2017). ¿Educación mixta o separada?. *Aciprensa*. Recuperado de: <https://www.aciprensa.com/recursos/educacion-mixta-o-separada-416>

Olivia P., et al. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Biomedica*. Recuperado de: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/24>

Organización Mundial de la Salud (2016). Trastornos alimenticios, la tercera causa de muerte en adolescentes: OMS. *Efeko.10*. Recuperado de: <http://efeko10.com/trastornos-alimenticios-la-tercera-causa-de-muerte-en-adolescentes-oms/>

Oros, L.M. (2003). *Medición del perfeccionismo infantil: desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 16 (2) (2003), pp. 99-112

Papalia y Mortorell (2015). *Desarrollo humano*. México D.F, México. McGraw-hill

Puchol, D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Anorexia, bulimia. *Trastorno Limite.com*. Recuperado de: <https://www.trastornolimite.com/trastornos/anorexia-bulimia-e-ingesta-compulsiva>

Quiñones, S. (2016). *Autoconcepto físico y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario-Trujillo* (Tesis de pregrado). Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo.

Raich, R. (2002). *Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid, España: Pirámide.

Rome ES, Ammerman S, Rosen DS. (2003). Children and adolescents with eating disorders: The estate of the art. *Pediatrics*.

Rubinstein A. (2002). *Perspectiva gestáltica de los trastornos alimentarios: Un taller vivencial*. Recuperado de: <https://docplayer.es/12006657-Adriana-rubinstein-aguin-psicologa-especialista-en-trastornos-de-la-alimentacion-y-obesidad.html>

Sánchez, B. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013* (Tesis de pregrado). Universidad Tecnológica Intercontinental.

Sánchez, I. y Rossano, B. (2012). *Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural* (Tesis pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México.

Santofimio, A. (2016). *Alimentación y trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 1º y 4º de ESO (11 a 17 años de edad) en un instituto público y uno privado en la ciudad de Mataro* (Tesis doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona.

Uriarte, J. (27 de setiembre del 2017). Adolescencia. *Características*. Recuperado de: <https://www.caracteristicas.co/adolescencia/>.

Vega, L. (27 de julio de 2016). ¿Cuándo se logra la madurez?. *Vanguardia*. Recuperado de: <http://www.vanguardia.com/entretenimiento/jovenes/367288-cuando-se-logra-la-madurez>

Vilca, D. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes del centro pre universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno-2018* (Tesis pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno.

Weissberg y Quesnel (2004). *Guía de trastornos alimenticios*. D.F, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

## 7.2. Anexos:

### 7.2.1. Prueba de normalidad:

**Tabla A - 1**

*Prueba de normalidad de las puntuaciones de las escalas del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria-3, en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo*

	Grupo de estudio	K-S	N	Sig.(p)
Obsesión por la delgadez	I.E. Mixta	,167	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,155	164	,000 **
Bulimia	I.E. Mixta	,129	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,198	164	,000 **
Insatisfacción corporal	I.E. Mixta	,103	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,085	164	,006 **
Baja autoestima	I.E. Mixta	,221	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,197	164	,000 **
Alienación personal	I.E. Mixta	,144	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,131	164	,000 **
Inseguridad interpersonal	I.E. Mixta	,062	164	,200
	I.E. Diferenciada	,076	164	,022 *
Desconfianza interpersonal	I.E. Mixta	,101	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,118	164	,000 **
Déficit introceptivos	I.E. Mixta	,071	164	,045 *
	I.E. Diferenciada	,112	164	,000 **
Desajuste emocional	I.E. Mixta	,094	164	,001 **
	I.E. Diferenciada	,107	164	,000 **
Perfeccionismo	I.E. Mixta	,093	164	,001 **
	I.E. Diferenciada	,050	164	,200
Ascetismo	I.E. Mixta	,110	164	,000 **
	I.E. Diferenciada	,119	164	,000 **
Miedo a la madurez	I.E. Mixta	,077	164	,019 *
	I.E. Diferenciada	,080	164	,012 *

Nota:

n: Tamaño de muestra; K-S: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov

\*\*p>.05

En la tabla A - 1, se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los mismos que señalan que la distribución a de las escalas Trastornos de la conducta alimentaria difieren de manera altamente significativa ( $p < .01$ ), o significativamente ( $p < .05$ ) de la distribución normal, tanto en I.E. Mixta como en I.E. Diferenciada Por lo que la prueba estadística que debe usarse para efectos del proceso estadístico de comparación de promedios es la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

## 7.2.2. Confiabilidad

**Tabla A - 2**

*Coefficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria-3, en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo*

---

	N° Ítems	$\alpha$
Obsesión por la delgadez	7	.86
Bulimia	8	.76
Insatisfacción corporal	10	.76
Baja autoestima	6	.79
Alienación personal	7	.78
Inseguridad interpersonal	7	.76
Desconfianza interpersonal	7	.60
Déficit introceptivos	9	.79
Desajuste emocional	8	.68
Perfeccionismo	6	.61
Ascetismo	7	.62
Miedo a la madurez	8	.61

---

Nota:

$\alpha$ : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach

La confiabilidad por consistencia interna del Dependencia emocional a través del método Alfa de Cronbach en una de estudiantes en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo (Tabla A - 2), muestra una confiabilidad muy buena en la escala Obsesión por la delgadez (.86); confiabilidad respetable en las escalas: Bulimia (.76), Insatisfacción corporal (.76), Baja autoestima (.79), Alienación personal (.78), e Inseguridad interpersonal (.76) y Déficit introceptivos (.79); En tanto que en las escalas: Desconfianza interpersonal (.60), Desajuste emocional (.68), Perfeccionismo (.61), Ascetismo (.62) y Miedo a la madurez (.61), la confiabilidad fue calificada como aceptable.

**Tabla A-3**

*Índices de correlación ítem-test corregidos de los ítems del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria-3, en estudiantes de una I.E. Mixta y de una I.E. Diferenciada de la ciudad de Trujillo*

Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc
Ítem 1	,112 <sup>a</sup>	Ítem 18	,548	Ítem 67	,395
Ítem 7	,722	Ítem 20	,250	Ítem 70	,434
Ítem 11	,684	Ítem 24	,537	Ítem 72	,183*
Ítem 16	,716	Ítem 56	,561	Ítem 79	,537
Ítem 25	,729	Ítem 80	,405	Ítem 81	,231
Ítem 32	,699	Ítem 84	,636	Ítem 83	,532
Ítem 49	,737	Ítem 91	,602	Ítem 85	,590
Ítem 4	,457	Ítem 15	,555	Ítem 90	,215
Ítem 5	,124 <sup>a</sup>	Ítem 23	,538	Ítem 13	,408
Ítem 28	,612	Ítem 34	,412	Ítem 29	,375
Ítem 38	,660	Ítem 57	,532	Ítem 36	,344
Ítem 46	,444	Ítem 69	,354	Ítem 43	,337
Ítem 53	,346	Ítem 73	,630	Ítem 52	,402
Ítem 61	,501	Ítem 87	,387	Ítem 63	,200
Ítem 64	,535	Ítem 17	,222	Ítem 66	,424
Ítem 2	,333	Ítem 30	,204	Ítem 68	,290
Ítem 9	,534	Ítem 54	,327	Ítem 75	,219
Ítem 12	,465	Ítem 65	,298	Ítem 78	,362
Ítem 19	,597	Ítem 74	,342	Ítem 82	,279
Ítem 31	,358	Ítem 76	,403	Ítem 86	,456
Ítem 45	,462	Ítem 89	,501	Ítem 88	,343
Ítem 47	,389	Ítem 08	,511	Ítem 3	,361
Ítem 55	,422	Ítem 21	,631	Ítem 6	,204
Ítem 59	,161*	Ítem 26	,160*	Ítem 14	,337
Ítem 62	,481	Ítem 33	,519	Ítem 22	,225
Ítem 10	,330	Ítem 40	,335	Ítem 35	,274
Ítem 27	,650	Ítem 44	,551	Ítem 39	,394
Ítem 37	,494	Ítem 51	,491	Ítem 48	,412
Ítem 41	,611	Ítem 60	,617	Ítem 58	,233
Ítem 42	,488	Ítem 77	,427		
Ítem 50	,695				

La tabla A-3, se presentan los índices de homogeneidad de los ítems del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria-3, en alumnas del nivel de educación secundaria de la ciudad de Trujillo, donde se puede observar que ochenta y cinco de los referidos índices muestran valores que oscilan en el rango de .200 y .737, mayores a .20, sugerido como valor mínimo aceptable, tres de los índices presentan valores inferiores a .20, sin embargo son significativos y solamente dos ítems presentan valores inferiores a .20 y no significativos, pero en caso de eliminarlos la confiabilidad disminuye en vez de aumentar.

**Año del Buen Servicio Al Ciudadano**



Trujillo, 24 octubre de 2017

Sr. José Luis de la Cruz Torre

Director del centro educativo "Liceo Trujillo"

Pte.-

Yo, María Celeste Fernández Burgos, docente del curso de Tesis I de la Escuela de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego, tengo a bien presentar a la alumna Andrea Leticia Lorena Velásquez Rodríguez para que se le otorguen las facilidades del caso y en ese sentido, se le autorice la aplicación de una prueba psicológica a las estudiantes del tercer y cuarto grado de secundaria en el desarrollo de su trabajo de investigación titulado "Indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo" Por tanto, la información que se obtenga será utilizada exclusivamente para fines específicos de la Investigación con la debida discreción y confidencialidad.

Agradeciendo por anticipado la atención a la presente, me despido de usted,

Atentamente,



  
Mg. María Celeste Fernández Burgos  
Docente del curso

## Año del Buen Servicio Al Ciudadano

Trujillo, 24 octubre de 2017

Sra. Directora del centro educativo "María Negrón Ugarte"

Pte.-

Yo, María Celeste Fernández Burgos, docente del curso de Tesls I de la Escuela de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego, tengo a bien presentar a la alumna Andrea Leticia Lorena Velásquez Rodríguez para que se le otorguen las facilidades del caso y en ese sentido, se le autorice la aplicación de una prueba psicológica a las estudiantes del tercer y cuarto grado de secundaria en el desarrollo de su trabajo de investigación titulado "Indicadores de trastornos alimentarios en alumnas de una institución educativa mixta y una institución educativa diferenciada de Trujillo" Por tanto, la información que se obtenga será utilizada exclusivamente para fines específicos de la investigación con la debida discreción y confidencialidad.

Agradeciendo por anticipado la atención a la presente, me despido de usted,

Atentamente,



  
Mg. María Celeste Fernández Burgos  
Docente del curso

I.E. MARÍA NEGRÓN UGARTE	
TRUJILLO	
Nº Registro	7344
Folios	
Fecha	24 OCT 2017
FIRMA	

## 7.2.5 CUADERNILLO DEL INSTRUMENTO:

### EDI-3. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

# EDI-3

## INSTRUCCIONES

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Rodea, en la **hoja de respuesta**, el número de la opción que consideres más adecuada en tu caso. Por ejemplo, si en una afirmación consideras que se describe es algo que te ocurre a ti **casi siempre** deberías rodear el número.

Debes contestar a **todas** las cuestiones. Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla **NO BORRES**. Para cambiar tu respuesta dibuja una X encima de la respuesta quieres cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta.

**NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO ANOTA TUS**

**CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS**

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme
2	Creo que mi estómago es demasiado grande
3	Me gustaría volver hacer niño para sentirme seguro
4	Suelo comer cuando estoy disgustado
5	Suelo hartarme de comida
6	Me gustaría ser más joven
7	Pienso en ponerme a dieta
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos
10	Me considero una persona poco eficaz
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13	En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes
14	La infancia es la época más feliz de la vida
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos
16	Me aterroriza la idea de engordar

17	Confió en los demás
18	Me siento solo en el mundo
19	Me siento satisfecho con mi figura
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida
21	Suelo estar confuso sobre mis emociones
22	Preferiría ser adulto a ser niño
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás
24	Me gustaría ser otra persona
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso
26	Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento
27	Me siento incapaz
28	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores
30	Tengo amigos íntimos
31	Me gusta la forma de mi trasero
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás

35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas
36	Me fastidia no ser el mejor en todo
37	Me siento seguro de mí mismo
38	Suelo pensar en darme un atracón
39	Me alegra haber dejado de ser un niño
40	No sé muy bien cuándo tengo hambre o no
41	Tengo mala opinión de mi
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes
44	Temo no poder controlar mis sentimientos
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas
46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón e van
47	Me siento hinchado después de una comida normal
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso
50	Me considero una persona valiosa
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas

53	Pienso en vomitar para perder peso
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incomodo si alguien se acerca demasiado
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior
57	Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas hacer adulto
59	Creo que mi trasero es demasiado grande
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo
61	Como o bebo a escondidas
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos
64	Cuando estoy disgustando, temo empezar a comer
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas
67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable
68	Me gustaría poder tener un control total sobre mis emociones corporales
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo

70	Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento
71	Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado
75	La abnegación hace sentir más fuerte espiritualmente
76	La gente comprende mis verdaderos problemas
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza
78	Comer por placer es signo de debilidad moral
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira
80	Creo que la gente confía en mi tanto como merezco
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal
85	Tengo cambios de humor brusco
86	Me siento incomodo por las necesidades de mi cuerpo
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás

88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor
89	Sé que la gente me aprecia
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo
91	Creo que realmente sé quien soy

### 7.2.3. Protocolos de respuesta



#### Hoja de respuestas

Peso	Estatura
(en kilos)	(en metros)

Anota tu nombre y la fecha en los espacios correspondientes que aparecen más abajo. Después anota tu peso (en kilos) y estatura (en metros) actuales en el recuadro que aparece en la parte superior. Si no conoces con exactitud tu peso o tu estatura actuales anota los valores aproximados. Por último, lee con atención las instrucciones que aparecen en la portada del cuadernillo que se te ha entregado y contesta a todas las preguntas. Recuerda que todas las respuestas las tienes que anotar en esta hoja. No debes escribir nada en el cuadernillo, solo debes escribir en esta hoja. Fíjate bien en el número de pregunta que estás respondiendo para asegurarte de que anotas tu respuesta en el lugar adecuado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

1	0 1 2 3 4 5	32	0 1 2 3 4 5	37	0 1 2 3 4 5	55	0 1 2 3 4 5	73	0 1 2 3 4 5
2	0 1 2 3 4 5	20	0 1 2 3 4 5	38	0 1 2 3 4 5	56	0 1 2 3 4 5	74	0 1 2 3 4 5
3	0 1 2 3 4 5	21	0 1 2 3 4 5	39	0 1 2 3 4 5	57	0 1 2 3 4 5	75	0 1 2 3 4 5
4	0 1 2 3 4 5	22	0 1 2 3 4 5	40	0 1 2 3 4 5	58	0 1 2 3 4 5	76	0 1 2 3 4 5
5	0 1 2 3 4 5	23	0 1 2 3 4 5	41	0 1 2 3 4 5	59	0 1 2 3 4 5	77	0 1 2 3 4 5
6	0 1 2 3 4 5	24	0 1 2 3 4 5	42	0 1 2 3 4 5	60	0 1 2 3 4 5	78	0 1 2 3 4 5
7	0 1 2 3 4 5	25	0 1 2 3 4 5	43	0 1 2 3 4 5	61	0 1 2 3 4 5	79	0 1 2 3 4 5
8	0 1 2 3 4 5	26	0 1 2 3 4 5	44	0 1 2 3 4 5	62	0 1 2 3 4 5	80	0 1 2 3 4 5
9	0 1 2 3 4 5	27	0 1 2 3 4 5	45	0 1 2 3 4 5	63	0 1 2 3 4 5	81	0 1 2 3 4 5
10	0 1 2 3 4 5	28	0 1 2 3 4 5	46	0 1 2 3 4 5	64	0 1 2 3 4 5	82	0 1 2 3 4 5
11	0 1 2 3 4 5	29	0 1 2 3 4 5	47	0 1 2 3 4 5	65	0 1 2 3 4 5	83	0 1 2 3 4 5
12	0 1 2 3 4 5	30	0 1 2 3 4 5	48	0 1 2 3 4 5	66	0 1 2 3 4 5	84	0 1 2 3 4 5
13	0 1 2 3 4 5	31	0 1 2 3 4 5	49	0 1 2 3 4 5	67	0 1 2 3 4 5	85	0 1 2 3 4 5
14	0 1 2 3 4 5	32	0 1 2 3 4 5	50	0 1 2 3 4 5	68	0 1 2 3 4 5	86	0 1 2 3 4 5
15	0 1 2 3 4 5	33	0 1 2 3 4 5	51	0 1 2 3 4 5	69	0 1 2 3 4 5	87	0 1 2 3 4 5
16	0 1 2 3 4 5	34	0 1 2 3 4 5	52	0 1 2 3 4 5	70	0 1 2 3 4 5	88	0 1 2 3 4 5
17	0 1 2 3 4 5	35	0 1 2 3 4 5	53	0 1 2 3 4 5	71	0 1 2 3 4 5	89	0 1 2 3 4 5
18	0 1 2 3 4 5	36	0 1 2 3 4 5	54	0 1 2 3 4 5	72	0 1 2 3 4 5	90	0 1 2 3 4 5
								91	0 1 2 3 4 5



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.  
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in