

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



UPAO

**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD
EN ALUMNAS DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE
TRUJILLO**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Licenciada en Psicología

Autora:

Bach. Blanca Stephanie Paredes Núñez

Asesora:

Mg. María Celeste Fernández Burgos

TRUJILLO – PERÚ

2018

**TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD
EN ALUMNAS DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE
TRUJILLO**

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado Calificador:

En cumplimiento a las normas establecidas del reglamento de Grados de Título de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Psicología, se pone a consideración la tesis titulada: “Trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo”.

El presente trabajo se elaboró con materiales bibliográficos vinculados al tema, un concienzudo análisis de estos y la verificación de la hipótesis mediante la recopilación y posterior contrastación de los indicios.

Con la convicción de que se otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, les agradezco por anticipado las apreciaciones que se brindan a la investigación.

Bach. Blanca Stephanie Paredes Núñez

DEDICATORIA

Para mis padres por su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mis padres, por su gran esfuerzo y dedicación, apoyándome siempre desde el inicio de mi carrera.

Además, quiero agradecerle a la persona que me ayudó y apoyó durante todo este largo proceso, a mi asesora, Miss Celeste.

INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
INDICE DE CONTENIDO	vi
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPITULO I	12
MARCO METODOLOGICO	12
1.1.EL PROBLEMA	12
1.1.1. Delimitación del problema	12
1.1.2. Formulación del problema	20
1.1.3. Justificación del estudio	20
1.1.4. Limitaciones	21
1.2.OBJETIVOS	22
1.2.1. Objetivos generales	22
1.2.2. Objetivos específicos	22
1.3.HIPÓTESIS	23
1.3.1. Hipótesis generales	23
1.3.2. Hipótesis específicas	23
1.4.VARIABLES E INDICADORES	24
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN	25
1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA	26

1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	32
1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
CAPÍTULO II	33
MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	33
2.1. ANTECEDENTES	33
2.2. MARCO TEORICO	43
2.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria	43
2.2.2. Rasgos de personalidad	80
2.2.3. Adolescencia	107
2.3. MARCO CONCEPTUAL	115
CAPÍTULO III RESULTADOS	116
CAPITULO IV ANALISIS DE RESULTADOS	123
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
5.1. CONCLUSIONES	136
5.2. RECOMENDACIONES	139
CAPÍTULO VI REFERENCIAS Y ANEXOS	141
6.1.REFERENCIAS	141
6.2.ANEXOS	153
6.2.1. Anexo 01: Carta de consentimiento informado	153
6.2.2. Anexo 02: Inventario de Trastorno de Conductas Alimentarias EDI – 3	154
6.2.3. Protocolo de respuestas EDI – 3	159
6.2.4. Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck – Forma B	160
6.2.5. Protocolo de respuestas Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck	163

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de estudiantes de cuarto y quinto de secundaria.....	26
Tabla 2: Distribución muestral de estudiantes de cuarto y quinto de secundaria	27
Tabla 3: Distribución según frecuencias según nivel de trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	116
Tabla 4: Distribución según frecuencias según nivel de trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	117
Tabla 5: Distribución según frecuencias según nivel de rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	119
Tabla 6: Correlación entre los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	120
Tabla 7: Correlación entre los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo de personalidad Estabilidad – Inestabilidad emocional en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	122
Tabla C1: Confiabilidad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	164
Tabla C2: Confiabilidad del Inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	165
Tabla C3: Confiabilidad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	166
Tabla C4: Índices de validez del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo	167

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo, la muestra estuvo comprendida por 156 alumnas. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) y el Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck.

La investigación refleja que la prueba estadística de correlación de Spearman encuentra correlación positiva altamente significativa ($p < .01$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión. De igual manera, la prueba estadística de correlación de Spearman señala que los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria denotan correlación muy significativamente ($p < 0.01$), inversa y en grado medio con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad. Por otro lado, no se evidencia correlación significativa ($p > .05$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ascetismo y Miedo a la madurez) con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad.

Concluyendo, que la directriz de correlación entre ambas variables dependerá de las particularidades de indicadores de los trastornos de conducta alimentaria y de los rasgos de personalidad con los que se realice la correlación.

Palabras claves: Trastornos de conducta alimentaria, rasgos de personalidad, indicadores.

ABSTRACT

The purpose of the current research was to determine the relation between eating disorders and personality traits in high school students from a educational institution in Trujillo; the sample was conformed by a total of 156 students. The instruments used were the Eating Disorder Inventory and Eysenck's Personality Inventory. The investigation reflects that Spearman's statistical correlation test finds a highly significant positive correlation ($p < .01$) between the indicators of eating behavior disorders and the personality trait Introversion-Extraversion. Likewise, Spearman's statistical correlation test indicates that the indicators of eating behavior disorders show a very significant correlation ($p < 0.01$), inverse and to a medium degree with the personality trait Stability-Instability. On the other hand, there is no significant correlation ($p > .05$) between the indicators of eating behavior disorders (Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction, Asceticism and Maturity Fears) with the personality trait Stability-Instability.

Concluding, that the correlation guideline between both variables will depend on the particularities of indicators of eating behavior disorders and the personality traits with which the correlation is made.

Key words: eating disorders, personality traits, indicators.

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1. EL PROBLEMA

1.1.1. Delimitación del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema importante de salud pública, debido al aumento de la incidencia de estos trastornos en los últimos años, así como a los elevados costes en la salud que éstos ocasionan.

En la actualidad, encontramos una mayor presencia de trastornos alimentarios, sobretodo en adolescentes escolares (Zusman, 1999). Resulta importante mencionar que, quienes se encuentran en mayor riesgo son las mujeres.

La adolescencia, por las razones mencionadas a continuación, demuestra una incidencia a presentar trastornos alimenticios; debido a que, el adolescente no posee una personalidad totalmente estructurada, es por ello que en este grupo sólo se hace referencia a “rasgos de personalidad” y no a tipos de personalidad, lo cual puede ser un factor de riesgo.

Por muchos motivos, la adolescencia es un factor de vulnerabilidad para los trastornos alimentarios. En este período, que es de transición, el individuo viaja por un terreno desconocido y constantemente debe establecer nuevas definiciones; a pesar de esto, es una etapa muy clara dentro del ciclo vital personal, con características propias y marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes. En las últimas décadas se ha producido un cambio en el modelo estético que precisa cómo deben verse las personas para ser socialmente aceptadas, dando una clara supremacía a la delgadez, tanto en hombres como en mujeres, aunque posiblemente su forma de presentación sea diferente. Siendo su público más susceptible, los adolescentes; la adolescencia es una etapa de la vida durante la cual suceden grandes e importantes cambios a nivel físico, psicológico y social. Estos no solo responden a una interacción compleja entre diferentes hormonas, sino que también tienen que ver con el impacto del medio ambiente. Los medios de comunicación y el significado que la sociedad actual le da a la “belleza”, han hecho que algunas personas desde la adolescencia o inclusive antes, cambien sus hábitos y sus costumbres alimentarias buscando obtener una “imagen y un cuerpo perfecto”.

López, C., y Treasure, J. (2011) mencionan el hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican.

Krauskopf (1995) plantea que existen tres fases en la adolescencia; la fase temprana se da entre los 10 y 13 años y tiene como característica principal la preocupación por lo físico y lo emocional. Durante esta fase, las adolescentes atraviesan una etapa de duelo por el cuerpo y por la pérdida de la relación infantil con los padres. Además, se da una reestructuración del esquema y de la imagen corporal; y las adolescentes deben ajustarse a los cambios sexuales y físicos que se van dando en ellos. Por otro lado, las relaciones grupales se sostienen, básicamente, con personas del mismo sexo. Es aquí

donde se dan movimientos de regresión y avance en la exploración y el abandono de la dependencia. La fase mediana comprende los 14 – 16 años y plantea como idea central la preocupación por la afirmación personal social, que involucra la exploración de capacidades personales, capacidad de situarse frente al mundo y a sí mismo, cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas, preocupación por lo social, la pareja como extensión del yo y la búsqueda de autonomía. Por último, la fase final incluye las edades 17 – 19 años, con tema primordial la preocupación por lo social, que abarca la búsqueda de afirmación del proyecto personal-social, reestructuración de las relaciones familiares, locus de control interno, desarrollo de instrumentos para la adultez, exploración de opciones sociales y avance en la elaboración de la identidad.

El adolescente siente gran presión social, recurrentemente piensa constantemente en la opinión de los demás y las críticas negativas acerca su persona, lo que indica un aumento de ansiedad en el ámbito social. En el aspecto académico el desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor autoexigencia y preocupación. El proceso de inicio de independencia, propio de la adolescencia, se convierte en una situación conflictiva donde las adolescentes enfrentan tensiones y diferencias interpersonales con los padres. (Weissberg, 2010)

En torno a los trastornos de conducta alimentaria, éstos son una enfermedad que compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico propio de esta edad, como son la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves pero la salud física del adolescente. (Marín, 2002)

En síntesis, se considera que las adolescentes son el segmento de la población con mayor riesgo debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado. (Correa M., 2006)

Corroborando con lo planteado, estudios realizados a nivel internacional en España, Rojo, L. y Rodríguez, T. (2003 – 2005) encontraron que, en la población adolescentes de 12 a 18 años, se obtiene una prevalencia del 0,14% - 0,69% para la anorexia nerviosa, del 0,41% - 1,38% para la bulimia nerviosa y del 2,76% - 4,86% en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. En total estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de trastornos alimentarios del 4,1 % - 6,41%.

Así también en Estados Unidos, Wijbrand, H., y Van Hoeken, D. (2003) encontraron una prevalencia promedio para anorexia nerviosa de 0.3% encontrada en mujeres jóvenes. La prevalencia para bulimia nerviosa de 1% y 0.1% para mujeres jóvenes y hombres jóvenes, respectivamente. La incidencia de anorexia nerviosa es 8 casos por cada 100,000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 000 en el grupo de edades de 15 a 19 años, mientras que la incidencia de bulimia nerviosa es de 13 casos por cada 100, 000 habitantes. La incidencia de anorexia nerviosa aumentó desde el siglo pasado.

La mitad de los TCA son Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE). La prevalencia de anorexia nerviosa (AN) entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que en la bulimia nerviosa (BN) alcanza 3%; la distribución por sexo es de

10:1, donde las mujeres adolescentes son la población más vulnerable (Gonzáles, 2003). Mientras que, en nuestro panorama nacional, el Estudio Epidemiológico en Salud Mental (2002) realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima, encontró que cerca al 60% de la población adolescente no se encontraba satisfecha con su aspecto físico y un porcentaje del 8,3% mantenía una tendencia a problemas alimentarios.

En las mujeres los trastornos alimenticios se presentan particularmente en la pubertad y se asocian con lo que ésta representa para ellas, uno de los factores influyentes es la difícil aceptación a los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación.

En el sur del Perú, se ha observado situaciones similares, de acuerdo a estadísticas del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, en 2013, se conocieron dos casos de anorexia nerviosa en mujeres de 15 a 19 años. El psiquiatra del nosocomio refiere que, en los últimos años, se han visto pacientes cada vez más jóvenes incluso de 9 años de edad. “La mayoría son mujeres, pero últimamente el índice masculino ha aumentado en Arequipa. Antes por cada 10 mujeres con anorexia había un varón, ahora por cada 6 mujeres hay un varón con anorexia” (Goycochea, R. 2015)

Se han encontrado cifras alarmantes respecto a los trastornos alimentarios a nivel regional; en el 2015, según estadísticas del Hospital Regional Docente de Trujillo, los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación, y la evolución de la enfermedad indican que después del diagnóstico, un 25% de las

pacientes siguen siendo anoréxicas; un 40 % tiene síntomas depresivos y un 25% obsesivos. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10% pero cuando la enfermedad dura más de 30 años este dato se eleva al 18% (Juárez, 2015).

En las últimas décadas, los Trastornos de Conducta Alimentaria (anorexia y bulimia) han adquirido una gran relevancia social por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico. Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan en su mayoría a niñas y adolescentes.

Para entender la personalidad, Eysenck (1987) la define como una organización más o menos estable y organizada, dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la personalidad es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica.

Así también Allport, G. (1963) define los rasgos de personalidad como cualidades o procesos fundamentales que existen en los individuos. Son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

De Miguel, A. (2000) sostiene que los rasgos de personalidad poseen gran dosis de heredabilidad, son muy estables y por ello el perfil de personalidad se va construyendo a lo largo de los años durante la adolescencia.

Por otro lado, uno de los principales argumentos que se dan para explicar los trastornos alimenticios es indagar y explorar la personalidad, se han descrito analogías entre los trastornos alimentarios y la depresión, el trastorno límite de personalidad y los rasgos obsesivo-compulsivos. Fierro (1990) define la personalidad como un conjunto de procesos psicológicos y sistemas comportamentales estrechamente relacionados entre sí. García, R. (2001) define la personalidad adolescente se caracteriza por ser un periodo de transición de la infancia a la adultez, es un momento de recapitulación del pasado y de preparación para determinados temas vitales como son la identidad personal, el grupo de amigos, los valores, la sexualidad, la experimentación de nuevos roles, etc.

Sin embargo, se sabe que es muy difícil detectar un trastorno puro, pues se confunden sus respectivos cuadros clínicos y, algunas veces, se presentan de manera simultánea. A pesar de ello, se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinadas características del temperamento y el carácter que conforman la personalidad y que, aparentemente, determinan la evolución del trastorno (González, 2003). Los estudios acerca de los rasgos de personalidad de los pacientes con TCA muestran la presencia de un cúmulo de rasgos “neuróticos”, o una alta tasa de neurotismo (inestabilidad), que indica una emotividad muy intensa y tono elevado, son persona generalmente tensas, ansiosas, inseguras, tímidas, con fuertes bloqueos de conducta.

Robb, A. (2001) y Powers, P., Santana, C. (2002) demostraron que los TCA han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años.

Díaz, M., Carrasco, J., y Sáiz, J. (2000) determinaron que los rasgos no impulsivos y tenaces en pacientes con patologías alimentarias se asocian con los cuadros restrictivos (AN). Dally, P. y Gómez, J. (1979) establecieron que la obsesionalidad, generalmente unida a la introversión, acompaña a la AN desde el inicio temprano. Por lo contrario, en pacientes con BN se ha observado la impulsividad, como rasgo de personalidad, se ha demostrado prominente según Behar, R. (2003), de la misma forma poseen una baja tolerancia a la frustración y una gran dificultad para controlar sus sentimientos.

A nivel institucional, se tiene conocimiento que existen alumnas con problemas de conducta alimentaria y que acuden al consultorio psicológico en busca de solución para dichas dificultades, así también se sospecha que muchas de estas adolescentes comparten ciertos rasgos de personalidad lo que hace pensar en una posible relación entre las variables trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad.

Las variables del presente estudio tienen una gran importancia, ya que el padecer trastornos de conducta alimentaria tiene consecuencias no sólo a nivel de salud física sino también de salud mental, que pueden conducir a la persona a tener una vida de sufrimiento, e incluso en casos extremos a la muerte. La adolescencia es una etapa difícil en la que se configura la personalidad, por lo tanto, la presencia de un trastorno alimenticio puede de alguna manera repercutir en la formación de una personalidad inestable y por lo mismo insana.

En el presente trabajo se cree importante, además, la necesidad de conocer mejor los rasgos de personalidad de las adolescentes que padecen estos trastornos, dado que ello puede ayudar a diferenciar y entender las particularidades de las mismas para a partir de ello orientar un tratamiento más personalizado en el que se aborden variables psicológicas que ayuden a las adolescentes a superar su dificultad, teniendo en cuenta las características propias de su personalidad.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo?

1.1.3. Justificación del estudio

- El presente estudio cuenta con aporte teórico toda vez que permitirá profundizar, los conocimientos sobre las variables aquí estudiadas, lo cual será beneficioso para el quehacer de la psicología.
- La investigación será de gran utilidad para la institución investigada, ya que permitirá que a partir de los resultados se puedan elaborar programas de prevención sobre trastornos alimenticios, destacando la importancia de este resultado dentro del desarrollo de la personalidad en adolescentes.
- La presente investigación será trascendente porque proporcionará una diversidad de herramientas y métodos para conocer la relación entre trastornos alimenticios y los rasgos de personalidad en aquellos que tienen la posibilidad de desarrollar estos trastornos alimenticios en nuestro panorama local, específicamente los adolescentes, incentivando a la sociedad a informarse

acerca ello, con el fin de mantener una adecuada salud física y mental, evitando conductas que alteran la calidad de vida de la adolescente.

- La investigación será de beneficio para los profesionales de la salud mental, quienes podrán elaborar investigaciones e instrumentos psicológicos que permitan prevenir dichos trastornos.
- Adicionalmente, la investigación servirá de base para investigaciones futuras, en las cuáles se abarquen las variables expuestas en este trabajo.

1.1.4. Limitaciones

- La escasez de antecedentes a nivel local sobre la relación entre trastornos alimenticios y rasgos de personalidad, afecta la discusión de resultados en base a que aminora la hipótesis establecida. No obstante, se encontró antecedentes que relacionan los trastornos alimenticios conjunto a otros factores; por el contrario, no se focalizan en los rasgos de personalidad de adolescentes.
- Los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones, por ejemplo, población clínica, puesto que la presente investigación es trabajada con población no clínica, considerando que, en su limitación, la autora estima que los datos obtenidos pueden contribuir como referencia para investigaciones similares.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivos generales

- Determinar la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.
- Precisar los rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.
- Establecer la relación de los indicadores (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, miedo a la madurez, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo) de los trastornos de conducta alimentaria y la dimensión introversión – extraversión de los rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.
- Establecer la relación de los indicadores (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, miedo a la madurez, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo) de los trastornos de conducta alimentaria y la dimensión estabilidad – inestabilidad de

los rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis generales

Hi: Existe relación entre los trastornos de conducta alimentaria y rasgos de la personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

1.3.2. Hipótesis específicas

H₁: Existe relación entre los indicadores (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, miedo a la madurez, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo) de los trastornos de conducta alimentaria y la dimensión estabilidad - inestabilidad de los rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

H₂: Existe relación entre los indicadores (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, miedo a la madurez, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo) de los trastornos de conducta alimentaria y la dimensión introversión - extraversión de los rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

1.4. VARIABLES E INDICADORES

– Variable 1: Trastorno de conducta alimentaria

Indicadores:

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

– Variable 2: Rasgos de la personalidad

Dimensiones:

- Introversión – Extraversión
- Estabilidad – Inestabilidad

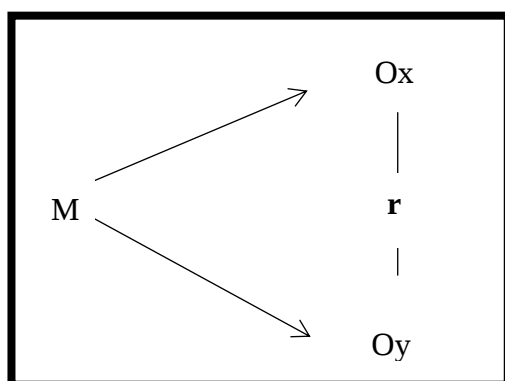
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN

1.5.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva dado que tiene como propósito describir las variables dentro de la realidad problemática. (Hernández, Fernández y Baptista, 2009).

1.5.2. Diseño de investigación

El tipo de diseño de esta investigación es Descriptivo – Correlacional, debido a que tiene como propósito, medir el grado de relación que exista entre dos variables de interés en una muestra de sujetos (Sánchez & Reyes, 2006).



Dónde:

M: Alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Ox: Trastorno de conducta alimentaria

Oy: Rasgos de la personalidad

r: Relación entre las variables

1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.6.1. Población

El universo de estudio estuvo conformado por las estudiantes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo. La población se encuentra constituida por 156 alumnas pertenecientes a los dos últimos grados del nivel secundaria en la institución educativa. De esta cantidad, el 100% son mujeres, por tanto, la población se encuentra conformada por 156 alumnas.

Tabla N° 1: Distribución de estudiantes de cuarto y quinto de secundaria.

Grado	N°	%
Cuarto secundaria	42	26.9%
Quinto secundaria	114	73.0%
Total	156	100%

1.6.2. Muestra

Las participantes de la investigación se obtuvieron a partir de un muestreo no probabilístico, siendo el muestreo de tipo accidental ya que dependió de la participación voluntaria de las personas que cumplieron con las particularidades requeridas. Por tanto, la muestra para la presente investigación quedó compuesta por 111 alumnas que cursan cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa particular.

Tabla N° 2: Distribución muestral de estudiantes de cuarto y quinto de secundaria.

Grado	N°	%
Cuarto secundaria	23	20.7%
Quinto secundaria	88	79.2%
Total	111	100%

Los criterios de selección de la muestra son los siguientes:

1) Criterios de Inclusión:

- Alumnas que tengan entre 16 y 17 años de edad.
- Alumnas de secundaria que están matriculadas de manera formal en la institución educativa particular.

2) Criterios de exclusión:

- Alumnas que no respondan a la totalidad de ambos instrumentos.
- Alumnas que no desean participar de manera voluntaria en el estudio.
- Alumnas que padecen un diagnóstico de anorexia o bulimia y asisten a tratamiento en la fecha de aplicación de ambos instrumentos

1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.7.1. Técnicas

- Evaluación psicológica. Se entiende por ello, “proceso o sucesión de pasos destinado a recabar y valorar la información necesaria para poder llegar a tomar decisiones racionales con respecto al sujeto o grupo que se estudia” (Godoy y Silva, 1992); “aquella disciplina que explora y analiza el comportamiento de un sujeto o grupo con distintos objetivos (descripción, diagnóstico, selección/predicción,

explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de dispositivos (tests y diversas técnicas de medida y/o evaluación), tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos” (Garaigordobil, 1998). Se realizará la evaluación psicológica con el propósito de establecer una relación entre las variables mencionadas en esta investigación, que la desencadenan, mantienen o modulan, y expresar la relación por medio del diseño de un modelo hipotético de funcionamiento.

1.7.2. Instrumentos

- El **Inventario de trastornos de la conducta alimentaria** (EDI – 3), fue creado por David Garner y tiene los medios de aplicación tanto individual y colectiva. De la misma forma, tiene duración de aproximadamente 20 minutos. Está dirigida a aplicarse tanto en muestras clínicas (de 12 años en adelante) y muestras no clínicas (de 10 años en adelante). El EDI-3 está compuesto por 91 ítems, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son altamente relevantes para los TCA, pero no específicas de, los TCA. También proporciona 6 índices: uno específico de los TCA (Riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Incorpora, respecto a las versiones anteriores, tres escalas de validez que permiten al profesional detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa. El EDI – 3 se ha desarrollado para ayudar en la evaluación clínica de los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, también aplica para población no clínica, siendo apta su evaluación en escuelas, centros deportivos u otros

entornos; con el fin de identificar a los sujetos en riesgo o con sintomatología de TCA no diagnosticada. En el caso de aplicaciones en entornos no clínicos se deberá utilizar los baremos correspondientes para población no clínica.

El EDI -3 proporciona baremos para mujeres de 12 a 50 años. Se proporcionan baremos para los siguientes grupos diagnósticos: Anorexia nerviosa subtipo restrictivo, Anorexia nerviosa subtipo purgativo, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Por otro lado, la consistencia interna en muestras clínicas ha sido estimada con el Alfa de Cronbach, éste ofrece un indicador de homogeneidad basado en las relaciones (covarianzas) entre los ítems. Por lo contrario, se observó una disminución de los alfa de las escalas e índices obtenidos en muestras no clínicas.

En el análisis de las escalas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal), el coeficiente de correlación mayor correspondió con él para Insatisfacción corporal y Obsesión por la delgadez. De acuerdo a Garner, D. (2010) se realizó el análisis factorial exploratorio de los ítems de la prueba y se realizaron análisis factoriales confirmatorios de las escalas. El índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,95 y el resultado del test de esfericidad de Barlett obtuvo valores significativos, lo que indica que el conjunto de datos es adecuado para el análisis factoriales exploratorios. Así mismo, en búsqueda de evidencias externas de la validez del EDI-3 se llevaron a cabo estudios. En estos estudios se aplicó el EDI-3 a una muestra no clínica con el objetivo de examinar las diferencias existentes entre distintas muestras; obteniéndose que: se encuentran diferencias entre las medias

aritméticas obtenidas por los varones y mujeres, siendo el de las mujeres sistemáticamente mayor; de la misma forma se observa que la dispersión de datos es mayor en la muestra clínica de mujeres, contrario a la muestra no clínica. Estas diferencias aportan evidencias sobre la capacidad discriminativa del EDI-3. Para la presente investigación se está utilizando la adaptación realizada por Mejía, C. realizada en el año 2017 y quien encontró una validez de contenido por criterio de jueces con el 95.8% de la aprobación total de los ítems. Para la validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio se desarrolló en dos etapas obteniendo la agrupación de los 16 factores en 4 componentes denominados autopercepción, Conciencia Introceptiva, Insatisfacción corporal y Perfeccionismo. Así mismo, una confiabilidad de 0.922 como índice global y dos mitades con un índice global de 0.865 mostrando un nivel alto de consistencia interna.

Para la presente investigación, se obtuvo confiabilidad interna, a través del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach, donde se puede observar que la Escala Obsesión por la delgadez muestra un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .844, calificado como muy bueno; asimismo las escalas: Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Déficit introceptivo y Desajuste emocional muestran una confiabilidad respetable; y las escalas: Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la madurez presentan confiabilidad aceptable.

- **El Inventario de personalidad** fue creado por Eysenck H. y Eysenck S. Tiene como objetivo la evaluación de las dimensiones de la personalidad (introversión-extraversión y estabilidad- inestabilidad). Se administra para sujetos tanto varones como mujeres desde los 16 años y puede aplicarse de forma individual como grupal. Consta de 57 interrogaciones con dos alternativas de respuesta: SÍ o NO. Del total de preguntas, 24 corresponden a la indagación de la dimensión introversión – extraversión, 24 a la dimensión estabilidad – inestabilidad y 9 están destinadas a constatar la actitud de veracidad o de falseamiento de respuestas del examinado (escala de mentiras). La escala L (veracidad) determina la invalidez de la prueba, al sobrepasar el puntaje 4, mientras que en las dimensiones estabilidad – inestabilidad emocional, la puntuación promedio es 10.5 con una desviación estándar de 4.7; en la dimensión extraversión – introversión, la puntuación promedio equivale a 14.1 y su desviación estándar es de 3.9. Es así que el inventario de Personalidad de Eysenck fue adaptado por Domínguez, S., Villegas, G., Yauri, C., Aravena, S. y Ramírez, F., quienes, en el año 2013, examinaron el grado de asociación entre los ítems que conforman la prueba y el test y se retuvieron aquellos que obtuvieron una correlación biserial por puntos mayor de .20 (Likert, 1932). La confiabilidad fue evaluada por medio del KR20, procedimiento para ítems dicotómicos. Los resultados muestran índices de .722 para Extraversión (E), de .839 para Neuroticismo (N), de .527 para Psicoticismo (P) y .641 para Sinceridad (L).

Para la presente investigación se obtuvo confiabilidad interna, encontrándose que según el valor del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach se puede observar que la Escala Estabilidad - Inestabilidad presenta un coeficiente de confiabilidad de .755, que califica a la confiabilidad como respetable, y la escala

Introversión – Extraversión muestra un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .570, calificando a la confiabilidad de esta dimensión como aceptable.

1.7.3. Fuentes e informantes

- Se obtuvo información acerca la población determinada en la investigación por parte de la psicóloga del centro educativo, de la misma forma, mencionó que un pequeño grupo de esta población la constituían alumnas que padecen un trastorno alimenticio y el resto de la población muestran tendencia hacia los mismos.

1.8. PROCEDIMIENTO

Se inicia con una descripción en relación a la selección de variables y la elaboración de los puntos del proyecto de investigación; a partir de la aprobación del proyecto se procedió a su ejecución, revisión del instrumento, recolección de datos con la aplicación de instrumentos, calificación de los mismos, codificación respectiva y tabulación en la base de datos, análisis estadístico respectivo para hacer la descripción de resultados y contrastación de hipótesis, argumentando finalmente la contratación de hipótesis con el marco teórico y antecedentes para arribar las conclusiones y proponer las recomendaciones respectivas.

1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posteriormente a la recolección de datos se dará inicio a la realización de la calificación y tabulación de los resultados obtenidos, con el propósito que conjunto a la base de datos se proceda a la prueba de estadística de normalidad de Kolmogórov – Smirnov, la que determinará el tipo de estadístico más adecuado para el resultado a obtener; por tanto, a partir de ello, será posible contrastar las hipótesis sostenidas en la investigación.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel Internacional

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., Leal, C. (2011) en su investigación titulada “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile” en Chile, en la Revista Chilena de Nutrición. Su estudio tiene por objetivo describir la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años, se consideró una muestra no clínica de tipo intencional estratificada. Dada la posibilidad de encontrar datos perdidos y de considerar un número suficiente de cada uno de los estratos, se encuestó a 1429 participantes. La estratificación se realizó intentando cuidar un porcentaje similar de grupos de sexo, pertenencia a tipo de establecimiento educacional y rango de edad (Grupo 1: 13 a 14 años; Grupo 2: 15 a 16 años y Grupo 3: 17 a 18 años). De los participantes 595 fueron hombres (42%) y 835 mujeres (58%). Durante el año 2008 cursaban entre primero y cuarto medio de enseñanza secundaria en establecimientos educacionales públicos, subvencionados y privados de la ciudad de Antofagasta. El instrumento utilizado fue el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2), se obtuvo como resultados lo siguiente: se encuentran diferencias significativas en las medias de las dimensiones evaluadas entre hombres y mujeres, entre grupos de edad y entre los distintos establecimientos educacionales. A nivel general, el 7,4% de los evaluados se encuentra en la categoría de riesgo, aumentando a un 8,9% en las mujeres. Asimismo, la prevalencia de riesgo de

trastornos alimentarios es mayor en las mujeres, en el grupo de 15 a 18 años y en los participantes de establecimientos educacionales municipalizados.

Galarsi, M., Ledezma, C., De Bortoli, M., Correche, M. (2009) en su investigación denominada “Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias” en Argentina, en la Universidad Nacional de San Luis. El objetivo de la investigación fue el estudio de probables correlaciones entre los rasgos de personalidad Extraversión y Neuroticismo con determinados comportamientos relacionados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Su muestra se encuentra conformada por 93 mujeres (40 de Facultad de Ciencias Humanas y 53 de la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia), con un rango de edad entre 17 y 25 años, estudiantes universitarias que cursaban el primer año de la Universidad Nacional de San Luis; se tomó como instrumento el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ). Entre los resultados se obtuvo lo siguiente: se encontró una alta correlación negativa entre Extraversión y Obsesión por la Delgadez, y una correlación positiva entre Ineficacia y Neuroticismo. Estos resultados sugieren que las jóvenes como las estudiadas que tienden a obsesionarse por la delgadez son más introvertidas, y las que se consideran ineficaces poseen mayores rasgos neuróticos.

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., Marzolo, P. (2008) en su investigación titulada “Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile”, tienen como objetivo establecer relaciones entre síntomas psicológicos asociados a un trastorno alimentario en estudiantes secundarias de la comuna de Concepción y el tipo de funcionamiento

familiar percibido. Se aplicó el EDI-2 y TUSU a una muestra de 296 adolescentes, cuyas edades variaban de 14 a 19 años. Uno de los principales hallazgos de este estudio mostró que la Obsesión por la Delgadez, es decir, la preocupación excesiva por las dietas, la preocupación por el peso y el miedo al aumento del peso muestra relaciones significativas con dos de los cuatro predictores analizados: Comunicación con el Padre y Manejo Inadecuado de Conflictos. Para el caso de Bulimia se tienen relaciones significativas con: Comunicación con la Madre, Comunicación con el Padre, Cohesión y Manejo Inadecuado de Conflictos. En el caso de Insatisfacción Corporal, las correlaciones significativas corresponden a: Comunicación con la Madre, Comunicación con el Padre, Cohesión y Manejo Inadecuado de Conflictos. Cabe destacar que la insatisfacción corporal ha sido conceptualizada como uno de los aspectos de la "distorsión de la imagen corporal" característica de los trastornos alimentarios.

Torres, I. (2004), en su tesis titulada “Comorbilidad de la anorexia y bulimia nerviosas con los trastornos de personalidad” en España, en la Universidad de Sevilla. Su investigación cuenta con el objetivo de estudiar los perfiles de personalidad, así como la comorbilidad con trastornos de personalidad) junto a la sintomatología específica de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, en el que se incluyó un total de 155 mujeres de 18 a 31 años, que cumplían los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa subtipo restrictiva y para bulimia nerviosa subtipo purgativa; todas fueron evaluadas mediante el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ), Inventario Clínico Multiaxial (MCMI – II). En los resultados determinaron que la presencia de diagnósticos múltiples de trastornos de personalidad tuvo lugar con una frecuencia mayor en las mujeres con algún trastorno de conducta alimenticia. Las

mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio presentaron menos diagnósticos múltiples. Estos hallazgos apuntarían a la hipótesis de que los trastornos de conductas alimentarias modifican la personalidad, ya que como se ha destacado ampliamente en la literatura, pequeñas reducciones en el peso corporal, así como la desnutrición, producen cambios llamativos en las características de personalidad (Garner, 1998).

Pando, M., Hurtado, M. (2005) en su investigación titulada “Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los trastornos de la personalidad” en Bolivia, en la Universidad Católica Boliviana. Su estudio comparativo transversal incluye 14 mujeres mayores de 18 años con Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo, Bulimia Nerviosa de tipo purgativo; todas ellas completaron el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2) y el Internacional Personality Disorders Examination (IPDE) módulo DSM-IV, como parte de una batería de evaluación psicométrica y clínica más amplia. En los resultados se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los dos grupos, presentándose mayor frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo en anorexia nerviosa y el trastorno histriónico, límite, esquizotípico y narcisista en el grupo de bulimia nerviosa. Se presentó el trastorno evitativo de la personalidad en ambos trastornos alimenticios.

Baile, J., Raich, R. y Garrido, E. (2003) en su investigación titulada “Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala” realizado en España, publicado por los Anales de Psicología vol. 19, nº 2. El objetivo de este trabajo es averiguar si la forma de administrar una subescala de evaluación de Insatisfacción Corporal (IC), procedente de un cuestionario más amplio,

afecta a la tendencia de respuesta. En la investigación participaron 147 adolescentes estudiantes de secundaria de entre 14 y 17 años y de ambos sexos, los cuales fueron asignados a tres condiciones de investigación. Al primer grupo se le administró sola la subescala de IC del Eating Disorders Inventory (EDI-2), al segundo grupo se le administró la subescala IC del EDI dentro de todo el cuestionario EDI-2, y al tercer grupo se les suministró la misma subescala mezclada con otro cuestionario, el Eating Attitudes Test (EAT-40). Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en IC, en las tres formas diferentes de administración de la misma escala. Las chicas obtienen mayores valores de IC que los chicos.

Del Águila, M., Motos, A., Murcia, M. (2001), en su investigación titulada “Personalidad y Trastornos de conducta alimentaria” en España, publicado por la Revista Psiquiátrica y Psicológica del Niño y Adolescente. En su estudio comparativo con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI – II), se realizó un diseño descriptivo comparativo transversal en el que se incluyó diseño descriptivo, comparativo y transversal, en el que participaron 20 mujeres, que fueron diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria, basándonos en los criterios diagnósticos DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4º Ed.), de las cuales 11 eran pacientes con Anorexia Nerviosa tipo restrictivo y 9 eran pacientes con Bulimia Nerviosa tipo purgativa; todas ellas completaron el MCMI – II, Eating Attitudes Test (EAT – 40), Body Attitudes Test (B.A.T.) y el Body Dimension Index (B.D.I.) como parte de una evaluación psicométrica y clínica más amplia, el cual contiene ocho escalas patológicas básicas (Eje II), tres trastornos graves de personalidad, tres síndromes clínicos leves y tres severos (ambos incluidos en el Eje I). En los resultados se

encontraron con mayor frecuencia los trastornos esquizoide y evitativo en el grupo de anorexia nerviosa restrictiva, mientras que aparece con mayor frecuencia el trastorno histriónico en el grupo bulimia nerviosa purgativa.

A Nivel Nacional

Galindo, S. (2012) en su tesis titulada: “Factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo” en Lima, Perú en la Escuela de enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Realizó un estudio descriptivo comparativo correlacional transversal, donde se tuvo de muestra a 148 adolescentes del colegio estatal Julio C. Tello, se utilizó como técnica una encuesta y como instrumento el cuestionario, basándose en el EAT – 40, EDI – 2, ITA. Dicho instrumento fue sometido a la validez de 10 jueces expertos en el área. Se tuvo como objetivo determinar los factores (biológicos, socioculturales y psicológicos) con el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo. Se tuvieron como resultados que la percepción de la imagen corporal y rasgos de personalidad tienen ligero predominio en el colegio particular que, en el estatal, pudiendo influir en el riesgo de anorexia nerviosa.

Guerrero, D. (2008) en su tesis titulada “Adaptación del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI – 2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana” en Lima, Perú en la Pontificia Universidad Católica del Perú. El objetivo general de esta investigación fue adaptar el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) creado por Garner (1998) y determinar si emergen tres factores subyacentes a las once escalas del instrumento. La investigación corresponde

a un diseño transversal de nivel descriptivo, la muestra empleada estuvo compuesta por 393 alumnos de los primeros años de pregrado en una universidad particular y de un centro preuniversitario, ambos de Lima metropolitana. Las edades de dichos sujetos oscilaban entre los 16 y los 20 años y se distribuían de manera similar entre hombres y mujeres. Se obtuvo como resultados la validez de contenido del instrumento, al observarse un grado de acuerdo del 99% de la totalidad de los ítems, de la misma forma, diferencias entre los géneros: en las mujeres se presentó mayor obsesión de la delgadez que los hombres, por lo que tienen un mayor impulso por estar más delgadas; mientras que los hombres presentan dificultad para regular sus impulsos. Mientras que los estudiantes del centro preuniversitario presentan mayor obsesión por la delgadez, sentimientos de ineficacia, perfeccionismo, ascetismo, miedo a la madurez e impulsividad.

Rodríguez, L. (2008) en su tesis titulada “Síntomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias” en Lima, Perú en la Pontificia Universidad Católica del Perú. La investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en 188 mujeres adolescentes entre 16 y 20 años. La investigación corresponde a un diseño transaccional de tipo no experimental, la muestra estuvo conformada por 188 estudiantes de la universidad y de la academia preuniversitaria seleccionadas. Con estos fines, se utilizaron tres instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición de Beck (1996), el Inventario sobre Trastornos Alimentarios de Hartley (1999) y una encuesta sociodemográfica construida para esta investigación que preguntaba por las siguientes variables: edad, sexo, lugar de procedencia, centro de estudio, personas

con las que vive, peso y talla. Se obtuvo entre los resultados lo siguiente: la mayoría de las adolescentes de la muestra (69.68%) se encuentra dentro del nivel mínimo. Además, un 14.89% presenta un nivel leve, un 10.11% un nivel moderado y un 5.32% presenta nivel severo de sintomatología depresiva. Los resultados muestran que existe diferencia significativa en los niveles de conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, pero no ocurre lo mismo con la sintomatología depresiva, según el índice de masa corporal reportado. Por otro lado, sí existe diferencia significativa en el nivel de estas conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario entre quienes tienen sobrepeso y quienes presentan un rango normal de peso, siendo quienes tienen sobrepeso las que presentan niveles más elevados; por último, existe correlación positiva y significativa entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

A nivel Regional y local

Infantes, M. (2015) en su investigación denominada “Propiedades psicométricas del inventario de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados”, tiene como objetivo establecer las Propiedades Psicométricas del EDI -3 (Inventario de Trastornos de La Conducta Alimentaria) en una muestra de 645 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años de ambos sexos, cuyos participantes cursaban el 1er al 5to grado de secundaria de dos de los colegios nacionales más representativos de Distrito de La Esperanza. B. La adaptación del EDI-3 fue sometida a un análisis estadístico encontrándose que la prueba es válida y confiable. De tal forma, fueron sometidos a un análisis de confiabilidad por consistencia interna los factores como las escalas, encontrándose que los factores presentan niveles óptimos, así como

las escalas casi en su totalidad. Por lo tanto, se concluyó que la adaptación del inventario EDI-3 es una buena réplica y una buena adaptación del mismo. Adicionalmente se realizaron comparaciones de las escalas y factores según las variables demográficas de sexo y edad, encontrándose diferencias significativas entre dichos grupos.

Chirinos, C. (2014), en su tesis denominada “Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria – 3 (EDI-3) en alumnos de secundaria, partió con el fin de adaptar el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) creado por Garner (1998) y determinar su validez, confiabilidad y realización baremos, la investigación corresponde a un diseño transversal de nivel descriptivo. Se trabajó con una muestra de 405 alumnos del primero a quinto de secundaria, de ambos sexos, con edades que fluctúan entre los 11 y 18 años, de dos instituciones educativas estatales del distrito de Paiján, las cuales fueron elegidos a través del muestreo probabilístico. Se obtiene una validez de constructo Escala Test obteniendo valores significativos ($p < 0.01$) que oscilan entre 0.246 y 0.738. En lo concerniente a la prueba, las escalas alcanzan una confiabilidad por consistencia interna entre 0.233 y 0.711. Por último, se procedió a determinar las diferencias de normas percentilares y puntuaciones T del instrumento, según sexo y edad, obteniéndose diferencias significativas en sexo y edad.

Toribio, C. (2012), en su tesis denominada “Trastornos de la conducta alimentaria en alumnos del nivel secundaria de instituciones educativas particular y estatal – 2012” en Trujillo, Perú en la Universidad Privada Antenor Orrego. En su trabajo de tesis con diseño descriptivo – comparativo, se llevó a cabo con el fin de analizar la diferencia entre trastornos de la conducta alimentaria en alumnos del nivel secundaria de la Institución Educativa Particular Carmelitas e Institución Educativa Estatal César

Armestar Valverde – 2012, se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (ITA – 3) en 86 alumnos de ambos sexos en las instituciones educativas mencionadas. Los resultados obtenidos dieron a conocer una menor frecuencia de las escalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficits introceptivos, Desajuste emocional, Perfeccionismo, Ascetismo, Miedo a la madurez y una diferencia altamente significativa en las escalas Insatisfacción Corporal, Perfeccionismo en los alumnos del nivel secundaria de dos instituciones: particular y estatal.

Borrego, C. (2010), en su investigación denominada “Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria”, en Trujillo, Perú en la Universidad César Vallejo. Su estudio tuvo el objetivo de identificar los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la universidad “César Vallejo” de Trujillo. La investigación tuvo un diseño descriptivo correlacional, se obtuvo una muestra de 355 alumnas cuya edad promedio fue de 18 años. Los instrumentos aplicados fueron el EDI – 2 y el Cuestionario de Factores de riesgo, los resultados obtenidos determinaron que el 27% de las estudiantes universitarias se encuentra en una categoría de alto riesgo psicológico, el 26% se encuentra en la categoría de alto riesgo familiar y el 28% se halla en las categorías de riesgo bajo socio cultural.

Chunga & Jara (2002), en su tesis denominada “Rasgos de personalidad en adolescentes femeninas escolares con y sin predisposición a los trastornos de la conducta alimentaria del distrito de Trujillo” en la Universidad César Vallejo. En su trabajo de tesis,

emplearon el inventario de Trastornos Alimenticios y 16 Factores de la personalidad (16 PF), en adolescentes de colegios privados y estatales del distrito de Trujillo. Concluyeron que existen diferencias entre los rasgos de personalidad en las adolescentes con predisposición y sin predisposición a los trastornos de conducta alimentaria. El 24.23% de las adolescentes femeninas escolares de colegios del distrito de Trujillo presentan predisposición a los trastornos de conducta alimentaria. En los colegios públicos, el 32.52% de las adolescentes están predispuestas, mientras que en los colegios privados un 19.83% presentan predisposición.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.2.1.1. Definición de Trastornos de Conducta Alimentaria

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas. En ella intervienen factores como la fisiología del apetito y la saciedad, aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito.

Garner, D. (2010) define los trastornos de conducta alimentaria como enfermedades crónicas y progresivas, se manifiestan a través de la conducta alimentaria, sin embargo, engloban una gama muy compleja de factores psicológicos y emocionales.

Según, Caramillo, N., Cabada, E., Gómez, A. y Munguía, E. (2013) consideran los TCA como son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se distinguen por alteración persistente de los hábitos de alimentación y conductas del control de peso que causan complicaciones importantes en la salud.

Por otro lado, López, C. y Treasure, J. (2011) los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes.

En opinión a Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008) los trastornos alimentarios son patologías altamente frecuentes en adolescentes, con relativo mal pronóstico y dificultades en su abordaje.

De acuerdo a Méndez, J., Vázquez, V., y García, E. (2008) los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como el pensamiento obsesivo en la comida conllevan una grave modificación de la conducta alimentaria que ocasiona problemas médicos y nutriólogicos marcados, los cuales pueden poner en riesgo la vida. (Gorab, 2005).

Un trastorno alimentario implica más que simplemente hacer dieta para perder peso o hacer ejercicio todos los días. Se trata de comportamientos alimentarios extremos, hasta llegar a profundizar en la obsesión. Esto conlleva según Gorab (2005) a que la conducta alimentaria puede poner el riesgo de la vida para aquellas personas que lo padecen.

García, A., Rivera, I. y Botella, C. (2004) definen los trastornos alimentarios como alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta.

Los autores Martínez, P., Zusman, L, Hartley, J., Morote, R. y Calderón, A. (2003) definen a los trastornos alimentarios como entidades clínicas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan principalmente a la población femenina.

Becker, A., Grinspoon S., Klibanski, A., Herzog, D. (1999) definieron a los trastornos de la conducta alimentaria como enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal, afectando principalmente a los adolescentes.

El autor manifiesta su problemática dando como referencia a la población de adolescentes como principal causa determinante de la autoimagen, peso corporal y otros factores que repercuten en la edad que conllevan a estos cambios alimenticios que serán la población de la presente investigación.

Los trastornos alimentarios son entidades clínicas complejas con importantes implicancias físicas, psicológicas y sociales que afectan tanto a la población femenina como a la masculina (American Psychiatric Association APA, 1994).

Concluyendo que los trastornos de conducta alimentaria son alteraciones que se refieren a la modificación en el consumo de los alimentos que interfieren significativamente en la vida social, escolar o laboral y familiar de estas personas.

2.2.1.2. Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria

La prevalencia de los TCA en los adultos de los países occidentales es de aproximadamente 0,6% para la AN y del 1% para BN (Hudson, Hiripi, Pope, y Kessler, 2007; Jacobi et al., 2004). La prevalencia de trastornos de la alimentación es mayor en las zonas urbanas que en áreas suburbanas, y la edad de inicio de la AN y BN se ha reducido en 15 las últimas generaciones.

En muchos estudios comunitarios (Hudson et al., 2007) realizados se observa que muchos pacientes con TCA tardan en buscar ayuda profesional y esto complica la investigación epidemiológica. Con respecto a la prevalencia a lo largo de la vida del TA en la comunidad es alrededor del 3%, y tiene una edad de inicio posterior tanto a la AN como a la BN (Hudson et al., 2007). Además, el TA está frecuentemente asociado con la obesidad y se observa que entre el 7-12% de las personas que buscan tratamiento para la obesidad lo padecen (Ramacciotti et al., 2000; Ricca et al., 2000). Típicamente, los pacientes tienden a buscar tratamiento

alrededor de los 40 años, y casi una cuarta parte son hombres (Barry, Grilo, y Masheb, 2002).

Por último, la prevalencia de alteraciones de la alimentación subclínicas es mucho más frecuente, más del 50% de las estudiantes universitarias en Estados Unidos reconocen hacer dieta de forma crónica, y más de un 40 % recurren a tomar bebidas o medicación para el control del peso (American Psychiatric Association., 2006).

Según los autores mencionados, tanto la AN como BN se manifiestan en ambos sexos, aunque con mayor prevalencia en el género femenino demostrando que la mayoría que padece un TCA no solicita el tratamiento adecuado. En nuestra localidad se observa que los TCA suelen tener una edad de inicio en la adolescencia, y principalmente en mujeres.

2.2.1.3. Curso de los trastornos de conducta alimentaria

La AN comienza típicamente en la adolescencia con una restricción en la dieta extrema y rígida que produce una pérdida de peso. En algunos adolescentes el trastorno es de corta duración y remite sin tratamiento o con una intervención breve, pero en otros tiende a persistir y requiere tratamientos especializados largos y complejos (Fairburn y Harrison, 2003). Es frecuente el desarrollo de atracones y aproximadamente la mitad de los casos terminan desarrollando BN. En general, la tasa de remisión es relativamente baja (alrededor del 20-30%) al poco tiempo de seguimiento, pero aumenta a casi un 70-80% después de 8 o más años de seguimiento (Keel y Brown, 2010). Por desgracia, el 10-20% de las personas no mejoran con los tratamientos disponibles y desarrollan una condición crónica que

persiste durante toda su vida. En estos casos, el trastorno afecta al funcionamiento académico y laboral. La tasa de mortalidad total se estima en 0,56% por año, o en aproximadamente el 5,6% por década (Dalle y Grave, 2011). Las muertes suelen ser la consecuencia de complicaciones médicas o suicidio (Nielsen et al., 1998). Un factor pronóstico favorable es el inicio en edad joven, mientras que los factores de pronóstico desfavorable incluyen comorbilidad somática y psiquiátrica (Papadopoulos, Ekbom, Brandt y Ekselius, 2009).

La BN por lo general comienza con una restricción en la dieta extrema y rígida, y una cuarta parte de los casos tienen un período en el que satisfacen criterios diagnósticos para la AN (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall y Joyce, 1996). Sin embargo, después de un cierto período de tiempo los atracones interrumpen la dieta restrictiva y como consecuencia el peso del cuerpo tiende a permanecer en el rango normal. Al igual que con la AN, la tasa de remisión para la BN es baja en seguimientos a corto plazo (27-28% al año de seguimiento) y mejora en seguimientos más largos (hasta un 70% o más a los 10 años de seguimiento), pero casi el 23% tienen un curso prolongado crónico. El paso a la AN es raro, pero a un TCANE y a un TA se ha descrito en casi un 20% de los casos. Las tasas brutas de mortalidad de BN han oscilado entre 0% y 2%. También en la BN está afectado el funcionamiento laboral y educativo (Hay y Mond, 2005). La obesidad infantil, la baja autoestima y los trastornos de la personalidad (TP) parecen asociados con un peor pronóstico (C. G. Fairburn y Harrison, 2003).

El curso del trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE) es menos conocido, algunos estudios sugieren que el TCANE se recupera más rápidamente

que una AN o BN (Agras, Crow, Mitchell, Halmi y Bryson, 2009; Ben-Tovim et al., 2001). A los 5 y 20 años de seguimiento, las tasas de remisión no difieren significativamente entre los TCANE que se caracterizaban por síntomas bulímicos y los diagnosticados de BN, con una tasa de remisión de un 70-75% (Keel y Brown, 2010). Un estudio observacional encontró que el flujo de diagnósticos de TCANE a AN y BN es común, y que TCANE es un diagnóstico menos estable que el de BN y AN (Milos, Spindler, Schnyder, y Fairburn, 2005). A veces, el TCANE es visto como una forma "menos grave" de TCA, pero en un estudio reciente se observó una tasa bruta de mortalidad del 5,2%, similar a la encontrada en la AN (Crow et al., 2009).

Existen pocos datos disponibles sobre el curso del TA, los pacientes suelen informar de una larga historia de ingestas compulsivas, con un aumento de la frecuencia en momentos de estrés, pero muchos también reportan largos periodos de tiempo libres de atracones (C. G. Fairburn y Harrison, 2003). Los resultados de los estudios indican que el TA se caracteriza por altas tasas de remisión espontánea (C. G. Fairburn y Cooper, 2007). A los cuatro años las tasas de remisión que se han reportado son del 82% en TA en comparación con el 47% de BN y el 57% de la AN (Agras et al., 2009). En los pacientes sin remisión, la migración del TA a una BN o AN es poco frecuente (Keel y Brown, 2010).

Concluyendo que, de acuerdo a lo mencionado, se observan diferencias entre el curso de una AN, BN y TCANE, estableciéndose como características opuestas la dieta que se establece, la gravedad de síntomas consecuentes de la enfermedad y la duración del tratamiento a establecer.

2.2.1.4. Etiopatogenia de los trastornos de conducta alimentaria

Los conocimientos sobre la etiopatogenia de los TCA no permiten la descripción de un modelo causal único. Se describen a continuación los datos empíricos principales sobre diferentes variables involucradas en la patogénesis de estos trastornos.

a) Factores genéticos

La influencia de una contribución genética en la etiología de los TCA proviene de los estudios de familia y de gemelos. Los familiares de los pacientes con TCA tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar estos desórdenes que los familiares de los controles no afectados (C. M. Bulik y Tozzi, 2004). Los estudios con gemelos estiman que entre el 50-83% de la varianza en la AN, BN, y el TA se explica por factores genéticos (Javaras et al., 2008). Los estudios de asociación genética se han centrado principalmente en los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos y de otros neurotransmisores del sistema nervioso central, así como en los genes implicados en la regulación del peso corporal. Desafortunadamente, los resultados de estos estudios no han sido confirmados (Scherag, Hebebrand y Hinney, 2010). Los estudios de ligamiento han identificado las regiones iniciales de ligamiento en los cromosomas 1, 3 y 4 (AN) y 10p (BN), pero estos resultados son limitados debido a la baja potencia (Dalle y Grave, 2011).

b) Factores biológicos

Los estudios sobre la función cerebral han observado que los receptores 5HT2A están reducidos y los receptores 5HT1A incrementados tanto en el estado agudo

como tras la recuperación (Frank et al., 2002). Los receptores de la dopamina (DA2) en el cuerpo estriado se incrementan después de la recuperación (Frank et al., 2005). Otros estudios han confirmado la presencia de alteraciones en circuitos cerebrales en los TCA (Uher et al., 2003) que con frecuencia persisten después de la recuperación (Wagner et al., 2010). La persistencia de estas alteraciones después de la recuperación ha llevado a especular con que estas perturbaciones sean anteriores a la aparición de la AN y puedan predisponer al desarrollo de la enfermedad (Dalle y Grave, 2011).

c) Factores ambientales

Los factores ambientales parecen influir en el desarrollo de los TCA desde el mismo momento de la concepción. Así se ha sugerido que las madres de los individuos con TCA podrían haber estado más expuestas al estrés durante el embarazo (Shoebridge y Gowers, 2000). También se ha observado un aumento del riesgo de AN en niñas con un cefalohematoma o un nacimiento muy prematuro (Cnattingius, Hultman, Dahl, y Sparen, 1999), mientras que las complicaciones obstétricas parecen aumentar el riesgo tanto de la AN como de BN (Favaro, Tenconi, y Santonastaso, 2006). Se han encontrado varios factores ambientales de riesgo potencial para los TCA tanto en estudios prospectivos (Eric y Stice, 2002), como de casos y controles (Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999). Algunos son más generales, como experiencias dañinas en la infancia (por ejemplo, negligencia, abuso físico y sexual, o disfunciones en la paternidad) (Burns, Fischer, Jackson y Harding, 2012), mientras que otros son experiencias perjudiciales específicas en relación a los alimentos y al peso (por ejemplo, la dieta de la familia, la obesidad en los padres, comentarios críticos

sobre la alimentación, presiones para estar delgada por parte de la familia, amigas, etc.). Las experiencias perjudiciales en relación a la comida y la figura operan principalmente en los países occidentales por la sensibilización de las personas a su figura corporal, fomentando la dieta, y afectando principalmente a las mujeres debido a la presión social sobre ellas para ser delgadas (Fairburn y Harrison, 2003).

Un estudio reciente establece que la relación entre las experiencias dañinas en la infancia, como el maltrato, se relaciona con los TCA a través de los déficits en la regulación emocional (Burns et al., 2012). Diferentes estudios han observado incidencia alta de abuso sexual durante la infancia en pacientes con TCA, algún estudio ha observado que también el maltrato físico aumenta el riesgo de TCA, en el estudio citado se observa que también el maltrato emocional aumenta el riesgo. Diferentes estudios han relacionado el maltrato emocional con una predisposición psicopatológica más general a través de una regulación emocional. Con este déficit no sólo nos referimos a experimentar más emociones negativas, sino a la capacidad para etiquetarlas, tolerar la angustia, y ser capaz de dirigir la conducta de forma adaptativa a pesar de la angustia. Desde esta perspectiva, podemos entender los síntomas alimentarios como formas de evitar o controlar inadecuadamente las emociones negativas.

Los ambientes abusivos se caracterizan por criticar o castigar la expresión emocional y negar o minimizar las emociones. Esto lleva al niño a estrategias de evitación de emociones, de supresión de las mismas y a no buscar apoyo. Todas éstas son formas desadaptativas de afrontamiento emocional, que tienen

su reflejo en la vida adulta, llevando a estrategias de evitación experiencial, de no aceptación de emociones y de afrontamiento basadas en la evitación e inhibición. Queda por verificar estas hipótesis en estudios longitudinales, pues también es posible que el abuso emocional pueda influir en el posterior desarrollo de TCA a través de otras vías, en concreto es posible que las críticas recibidas contribuyan a un bajo autoconcepto. Así existen investigaciones que relacionan el abuso emocional con la baja autoestima, y una baja autoestima puede generar preocupaciones por el peso y la figura, lo que llevaría a iniciar restricción dietética, y ésta, a su vez, aumenta el riesgo de atracones y posteriores purgas. Más investigación es necesaria para comprobar cuáles de estos caminos conduce a los TCA (Burns et al., 2012).

d) Otros factores etiopatológicos

El género femenino es un potente factor de riesgo para los TCA, aunque no se sabe con certeza qué parte de esta asociación puede atribuirse a factores biológicos y cuál a sociales.

La adolescencia es otro factor de riesgo para los TCA en los que la interacción de factores biológicos (por ejemplo, hormonales) y ambientales (por ejemplo, nuevos desafíos y acontecimientos estresantes) pueden actuar desencadenando el trastorno. También se han encontrado como factores de riesgo algunas características premórbidas (por ejemplo, baja autoestima, perfeccionismo, la interiorización del ideal de delgadez) antecedentes familiares de depresión y de alcoholismo (en BN) y la menarquía precoz (BN) (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer y Agras, 2004).

Un estudio longitudinal prospectivo relaciona como factor de riesgo el ejercicio físico compulsivo, prediciendo mayores tasas de obsesión por la delgadez y rasgos de personalidad perfeccionistas y obsesivo compulsivo (Goodwin, Haycraft, Willis y Meyer, 2011).

e) Factores predisponentes

Polivy y Herman (2002) plantean que los rasgos de personalidad también son factores predisponentes, como por ello juegan un papel sobre la necesidad de control (sobre el propio cuerpo o la persona) y una formación inadecuada de la identidad. Behar, R. (2003) plantea que los factores de personalidad pueden predisponer a los individuos a desarrollar síndromes clínicos. Se ha propuesto que los rasgos de personalidad premórbida son factores críticos en el desarrollo de la anorexia nerviosa, tales como una disposición hacia una restricción emocional y conductual dentro de fuertes valores tradicionales que pueden constituir importantes factores de riesgo predisposicional.

En resumen, no existe una variable única necesaria y suficiente que explique la aparición de los TCA, teniendo que recurrirse a la influencia de múltiples factores. Por una parte, algunas investigaciones apoyan la influencia de factores genéticos, pero la investigación mayoritaria se ha centrado en aspectos ambientales. Ya desde el mismo embarazo factores como el estrés materno o las dificultades en el parto aumentan el riesgo de desarrollo de un TCA. El sexo femenino y la adolescencia son dos factores de riesgo clave, junto a la presión social por la esbeltez propia de la sociedad occidental y que promueve la interiorización de un ideal de belleza

centrado en la misma. Estos factores influyen en que la persona comience a realizar una dieta, y la ruptura ocasional de la misma, por el efecto de violación de la abstinencia, aumenta el riesgo de atracón, lo que a su vez aumenta el riesgo de conductas para compensar la sobreingesta del mismo.

Por otra parte, se asume que diferentes características personales, especialmente una baja autoestima, un mal manejo de emociones, el perfeccionismo y las dificultades interpersonales, son también muy importantes para el desarrollo y mantenimiento del trastorno. El desarrollo de estas características se ha asociado, a su vez, a la crianza en ambientes invalidantes, que rechazan, niegan o critican la expresión de las emociones infantiles, y que generan una reducción de la autoestima e inadecuado dominio de emociones. La baja autoestima lleva a un intento de perfeccionismo para sentirse bien y para conseguir la aprobación de los demás. La necesidad de aprobación de los demás, fomenta la evitación de la expresión emocional por temor al rechazo de los demás, lo que estaría en la base de los conflictos interpersonales. Los síntomas en los TCA serían en parte una forma de evitar o escapar de las emociones, ante la dificultad para un manejo adecuado. La reducción de peso mediante la dieta también buscaría la aprobación de los demás, ante una mayor necesidad de confirmación externa secundaria a un bajo autoconcepto.

En síntesis, se observa la interacción de los factores genéticos, biológicos, ambientales forman parte de la etiopatogenia de los TCA, dándonos una perspectiva amplia acerca lo que conllevaría que ciertos individuos desarrollen un desorden alimentario. En vista a la realidad de la población seleccionada en esta

investigación, se seleccionan como factores determinantes la adolescencia y ciertas características personales que podemos considerar como rasgos de una personalidad en formación.

2.2.1.5. Clasificación y diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria

Existen dos clasificaciones de trastornos mentales usadas por los clínicos a nivel mundial, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10). Se reconocen las siguientes categorías principales:

- Anorexia nerviosa (AN): la palabra anorexia proviene del griego *ανορεξία* (carencia o privación) y *όρεξις* (deseo), haciendo referencia a una falta de apetito.
- Bulimia nerviosa (BN): la palabra bulimia, procedente del griego *βοῦς* (buey) y *βουλιμία* (limos, hambre), significa «tener el apetito de un buey». Caracterizada por periodos de atracones de comida, seguidos de ingesta de comida normal o ayuno, pero sin la pérdida extrema de peso de la anorexia nerviosa.

A) Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM 5)

A.1.) Anorexia nerviosa

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se

define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

El manual distingue dos subtipos:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

A.2.) Bulimia nerviosa

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- (1) Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- (2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
 - Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
 - La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
 - La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

A.3.) Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

- (1) Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
- (2) Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- (3) Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- (4) Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
- (5) Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de

alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

A.4.) Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

B) Según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV-TR)

B.1.) Anorexia Nerviosa

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el

aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Presencia de amenorrea en las mujeres postpuberales.

El manual distingue dos subtipos:

- Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue mediante dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Estos pacientes no realizan atracones ni purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: La paciente recurre regularmente a atracones y/o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. También se incluyen en esta categoría pacientes que presentan purgas, aunque solo ingieran cantidades muy pequeñas de comida (sin atracones previos).

B.2.) Bulimia Nerviosa

- Presencia de atracones recurrentes. Caracterizándose un atracón por:
 - (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso (por ejemplo, provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo).
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los subtipos recogidos son:

- Tipo purgativo: El paciente se provoca el vómito o abusa de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo: El paciente emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se provoca el vómito, ni abusa de diuréticos o enemas durante el episodio.

B.3.) Otros trastornos de la conducta alimentaria

- Trastorno alimentario no especificado.

Trastornos de la alimentación de gravedad clínica que no cumplen todos los criterios de la anorexia o la bulimia nerviosa.

- Trastorno por atracón.

Episodios recurrentes de atracones de comida en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inadecuadas características de la bulimia nerviosa.

C) Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10)

C.1.) Anorexia nerviosa

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de:
 - (1) evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:
 - vómitos autoprovocados
 - purgas intestinales autoprovocadas
 - ejercicio excesivo
 - consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una

pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden encontrarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria, en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Excluye: Anorexia, falta de apetito (R63.0).

Anorexia psicógena (F50.8).

C.2.) Bulimia nerviosa

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- Preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia, durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como

supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye: Bulimia sin especificar.

Hiperorexia nerviosa.

por ejemplo, trastornos de la afectividad, personalidad, ansiedad y depresión.

2.2.1.6. Indicadores de los Trastornos de Conducta Alimentaria:

Garner, D. (1997) estipula los siguientes indicadores:

a) Obsesión por la delgadez (DT):

Deseo extremo de estar más delgado, presencia de preocupaciones por la dieta y el peso y la presencia de un intenso temor a ganar peso. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

b) Bulimia (B):

Tendencia a pensar en realizar ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y la tendencia a llevarlos a cabo. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

c) Insatisfacción corporal (BD):

Insatisfacción con la forma general del cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo que preocupan extraordinariamente a las personas con TCA. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

d) Baja autoestima (LSE):

Concepto básico de autoevaluación negativa. El sujeto se percibe así mismo como incapaz de alcanzar metas personales. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

e) Alienación personal (PA):

Sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incomprensión de uno mismo. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

f) Inseguridad interpersonal (II):

Sensación de incomodidad y la aprensión del sujeto cuando se encuentra en situaciones sociales y la reticencia a participar en ellas. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

g) Desconfianza interpersonal (IA):

Sentimientos de desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza en las relaciones. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

h) Déficits introceptivos (ID):

Dificultad para reconocer con precisión y responder a los diferentes estados emocionales. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

i) Desajuste emocional (ED):

Tendencia a ser inestable emocionalmente, impulsivo, temerario, iracundo y autodestructivo. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

j) Perfeccionismo (P):

Evalúa en qué medida el sujeto se impone así mismo la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos con el máximo nivel de exigencia. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

k) Ascetismo (A):

Tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales tales como la autodisciplina, la renuncia, la restricción, el auto sacrificio y el control de las necesidades corporales. (Garner, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3, 2010)

l) Miedo a la madurez

Evalúa el temor del paciente a las experiencias psicológicas o las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso en la adultez y el deseo de volver a la apariencia prepuberal prepuberal.

2.2.1.7. Comorbilidad psicopatológica de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Junto a la AN se diagnostican frecuentemente depresión mayor, trastornos de ansiedad y rasgos obsesivo-compulsivo (Bulik, Sullivan, Fear y Joyce, 1997; K. A. Halmi et al., 2003). Los trastornos de ansiedad pueden ser anteriores a la aparición del TCA y tanto estos como la depresión pueden persistir después de la recuperación (Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin, 1997). Aproximadamente el 20% de los pacientes con AN reportan la presencia durante la infancia de trastornos del desarrollo (por ejemplo, los del espectro autista y déficit de atención con hiperactividad) (Wentz et al., 2005). Con respecto a la BN y al TA coexisten frecuentemente trastornos afectivos (McElroy, Kotwal y Keck, 2006), abuso de alcohol (Gadalla y Piran, 2007) o de otras sustancias (Calero-Elvira et al., 2009), así como rasgos de personalidad límite (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell, 2006).

En un estudio reciente se observan también tasas mayores de ideación autolítica pero mediada por rasgos de personalidad, en concreto por alexitimia. Así en una muestra de pacientes con TA, los que obtienen una puntuación mayor en alexitimia muestran una mayor ideación autolítica (Jarano et al., 2012).

Unikel, C., Caballero, A. (2010) determinaron que existe una comorbilidad psiquiátrica con los siguientes trastornos: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar II, trastorno obsesivo – compulsivo, fobia social, abuso de sustancias y trastornos de personalidad conjunto a la anorexia y bulimia nerviosa. Varios estudios sugieren que entre el 53% al 93% de los pacientes con trastornos alimentarios presentan al menos un trastorno de personalidad y que, entre el 37% al 56%, reúne el criterio para dos o más trastornos de personalidad (Wonderlich, S. Mitchell, J., 1992). En una muestra de pacientes con patología alimentaria hospitalizados, el 57% fueron diagnosticados con 2 o más trastornos de personalidad comórbidos. Además, un alto número de ellos tuvo trastornos de personalidad subclínicos (Gartnre, Marcus, R.,y cols.,1989).

Behar, R. (2003) expone que las cifras de prevalencia de trastorno de personalidad concomitante en pacientes con sintomatología anoréxica y bulímica oscila entre el 62% al 70%. En una exploración, el grupo anoréxico/bulímico tuvo una proporción significativamente mayor de trastorno de personalidad, el 39% reunió el criterio por al menos un diagnóstico, comparado con el 21% de los bulímicos y el 22% de los anoréxicos. El trastorno de personalidad más común fue compulsivo (7%) y evitador (7%) entre los anoréxicos, borderline (6%) e histriónico (6%) para los

bulímicos y borderline (12%) para los sujetos con ambos trastornos (Herzog, D., 1996).

Un problema importante para evaluar con precisión la psicopatología asociada a los TCA es el hecho de que muchos de estos síntomas psicológicos y psiquiátricos pueden ser el resultado de la propia inanición (Garner, Handbook of Treatment for Eating Disorders, 1997). De hecho, se ha comprobado que, aún sin existir un TCA, los síntomas secundarios a la inanición abarcan todas las áreas de funcionamiento psicológico y social (Keys, 1950).

En suma, en ciertos casos de individuos con TCA se pueden presentar trastornos psicopatológicos

2.2.1.8. Evaluación del trastorno de conducta alimentaria

Murcia, F. (2004) explica la importancia del abordaje de los TCA, dada su complejidad multidisciplinar; por tanto, es necesario una evaluación de los aspectos biomédicos (estado nutricional, constantes vitales, etc.) Previa a cualquier intervención psicológica, autores han señalado criterios que indicarían la conveniencia de ingreso hospitalario en casos de anorexia nerviosa tipo restrictivo con pérdida importante de peso y en el tipo compulsivo purgativo con una conducta de vómito muy frecuente. Según Toro y Vilardell, estos criterios son de tres tipos: médico – biológicos (pérdida de peso igual o superior al 25% del peso esperado según la edad y talla, o presencia de irregularidades electrolíticas, alteraciones en los “signos vitales” o enfermedades secundarias o no pero que pueden agravarse), familiares (relación familiar conflictiva en extremo) y psicológicos (presencia de

psicopatología importante), y, por último, fracaso reiterado en el tratamiento ambulatorio. Se acepta que el tratamiento ambulatorio puede ser eficaz en los siguientes casos: adolescentes que presenten una anorexia de cuatro meses de duración; que no manifiesten episodios bulímicos ni vómitos y que tengan padres dispuestos a cooperar y a participar eficazmente en la terapia familiar.

En el proceso de evaluación psicológica, se debe contar con fuentes de información del ambiente familiar y emplear diversos instrumentos que nos permitan obtener información fidedigna, útil y convergente. El siguiente paso es la utilización de instrumentos de autoinforme estandarizados, siendo los más utilizados el EAT 40 (Garner, 1979), el EDI II (Garner 1998) y el Body Attitude Test (Van Coppenolle, 1984). Por otro lado, es preciso establecer un diagnóstico diferencial, respecto a enfermedades médicas que cursan con importante pérdida de peso y con el trastorno depresivo mayor; en ambos casos, no existe una imagen distorsionada del propio cuerpo ni un deseo de seguir adelgazando. Por otra parte, en la esquizofrenia se pueden observar patrones de alimentación severamente deteriorados sin temor a ganar peso.

El diseño de la evaluación debe comprender las siguientes áreas:

a) Peso corporal

Dado que el peso es un criterio diagnóstico, se ha de evaluar a través del Índice de Masa Corporal de Quetelet (IMC), se calcula mediante la fórmula $IMC = \text{Peso en kg.} / (\text{altura en m.})^2$

Una puntuación entre 20 y 25 significa un IMC normal; por encima de 25 significa sobrepeso; entre 20 y 18 significa ligero infrapeso; y por debajo de 17, severo intrapeso.

Para establecer el peso mínimo normal del individuo, el clínico debe tener en cuenta la constitución física del paciente y la evolución histórica del peso. Se sugiere un registro detallado de lo siguiente: peso máximo alcanzado, peso habitual tras la menarquía, peso mínimo alcanzado, cambios bruscos, peso subjetivo ideal para el paciente, así como conocer los sentimientos del sujeto respecto a los distintos pesos obtenidos a lo largo de su vida.

b) Patrones de alimentación

Es importante conocer los siguientes aspectos:

- Contenido y cantidad de comida ingesta habitualmente (tipo de dieta, forma de cocinar, etc.)
- Pauta de ingesta (número de comidas diarias, horario de comidas, etc.)
- Conductas restrictivas (alimentos prohibidos, grado de ansiedad y evitación que provocan, periodos de ayuno, etc.)
- Presencia de atracones o de sentimientos de pérdida del control sobre la ingesta (cantidad de calorías ingeridas, situaciones que los provocan, frecuencia, consecuencias, etc.)
- Conocimientos sobre nutrición y actitudes hacia la comida

c) Conductas purgativas

Estás incluyen los vómitos, uso de laxantes, diuréticos, excesivo consumo de agua y ejercicio físico o ayuno prolongado. De estas conductas se debe conocer su frecuencia, su patrón de aparición, los rituales alimentarios, las situaciones que los facilitan (el atracón previo, el miedo a engordar, la ingestión de un alimento determinado) y sus consecuencias (sensación de alivio, culpa).

d) Imagen corporal

La actitud negativa hacia el cuerpo e imagen, puede medirse adecuadamente a través del Body Attitude Test; la insatisfacción con la imagen, la silueta, ciertas partes del cuerpo y el peso, genera múltiples conductas de evitación que deben ser evaluadas como por ejemplo, el ocultar la propia imagen vistiendo ropas anchas, evitar situaciones en las que el cuerpo queda más expuesto (playa, actividades deportivas, mirarse al espejo en el baño, etc.) así como conductas rituales de verificación que “controlan” bien su imagen (medirse partes del cuerpo, pesarse continuamente, etc.)

e) Psicopatología asociada

La evaluación debe incidir en la psicopatología asociada, tanto para elegir el régimen de tratamiento (ambulatorio vs. hospitalario) como para elaborar un protocolo de tratamiento eficaz y así condicionar un mejor pronóstico.

f) Ambiente familiar

Es fundamental evaluar las pautas de funcionamiento familiar (comunicación, interacción, roles, grado de deterioro, pautas alimentarias, presencia de

psicopatología, nivel de comprensión del trastorno, pautas educativas, contingencias, nivel de colaboración en el tratamiento, actitudes hacia el trastorno, etc.) dado que la incorporación de la familia en el tratamiento suele ser la norma, no la excepción.

2.2.1.9. Tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Unikel, C., Caballero, A. (2010) plantean que una vez obtenido el diagnóstico de la conducta alimentaria, el tipo de tratamiento se escoge de acuerdo con las características particulares de cada caso. En la práctica clínica, se inicia el tratamiento de cualquier trastorno alimentario una vez que se haya descartado la presencia de alguna causa no psiquiátrica o que se ha resuelto alguna complicación médica, producto de estos trastornos. Es indispensable para iniciar la rehabilitación nutricional un profesional especializado en nutrición

A) Tratamiento para anorexia nerviosa

Murcia, F. (2004) menciona que el objetivo del tratamiento de la AN exige entre dos y cuatro años como promedio para asegurar la estabilidad de la mejoría, siendo sus objetivos fundamentales los siguientes:

- Restauración de peso y mejora de la condición física del paciente
- Eliminación de los hábitos alimentarios inadecuados e instauración de un patrón normalizado.
- Modificación de las creencias disfuncionales sobre la comida, el peso y la imagen corporal.
- Eliminación de la sintomatología asociada al trastorno.

- Mejora de las relaciones familiares y sociales.

A.1.) Tratamiento farmacológico

La aplicación de algún psicofármaco en el tratamiento de AN no ha mostrado efectos terapéuticos en relación a la clínica anoréxica; sin embargo, su aplicación es sugerida si existe comorbilidad del Eje I (trastornos depresivos o de ansiedad) o bien para mejorar la sintomatología secundaria, procurando mejoría del humor y una ansiólisis adecuada para facilitar el tratamiento psicoterapéutico. En ocasiones, se ha utilizado neurolepticos, por ejemplo, la clorpromazina o risperidona, con el objetivo de eliminar las percepciones delirantes respecto al peso y a la imagen corporal. Por último, se han empleado ISRS, tanto por su efecto antidepresivo como por su acción antiobsesiva.

A.2.) Tratamientos conductuales

Los procedimientos operantes de manejo de contingencias han sido técnicas de intervención más utilizadas, aplicadas sobre todo en el contexto del tratamiento hospitalario, con el objetivo de conseguir el aumento del peso y de la ingesta. En este contexto, el procedimiento suele consistir en privar al paciente de ciertos privilegios (visitas, ver la televisión, etc.) para que el paciente pueda ir progresivamente obteniendo reforzadores si consigue los objetivos de ganancia de peso y de pautas de alimentación establecidos. A menudo se ponen en marcha programas de economía de fichas para mediar entre los objetivos alcanzados y la obtención de reforzadores.

A.3.) Tratamiento cognitivo – conductuales

La terapia cognitivo – conductual se ha revelado en los últimos años, como la más efectiva en el tratamiento de la AN (Garner, 1984). Desde los años 80, los factores cognitivos y emocionales relacionados con la aparición y mantenimiento del trastorno empiezan a cobrar mayor importancia. De este modo, los tratamientos, sin perder de vista el objetivo principal de la ganancia de peso, se centran en la eliminación de los pensamientos alterados con el fin de reemplazarlos por otros que promuevan unos patrones de comida y actividad más adecuados. Basándose en la terapia cognitiva de Beck, estos tratamientos han abordado aspectos como las ideas irracionales sobre el peso, la baja autoestima, las distorsiones de la imagen corporal, etc. En relación a la percepción corporal y la actitud negativa hacia el cuerpo, suelen utilizarse técnicas de relajación. Otras técnicas utilizadas para el tratamiento de la imagen corporal son la confrontación directa en video y/o espejo y la terapia psicomotriz (Probst, 1988). Por otro lado, Garner (1982) señala como principios objetivos terapéuticos desde este planteamiento: la normalización del peso y la ingesta, la mejora de la autoestima y la mejora de la autoconciencia y la confianza personal. Dado que se ha definido la AN como un problema de base emocional, se sugiere proponer a los pacientes aprender a identificar y expresar las emociones de una progresivamente adaptativa (Calvo, 2002).

B) Tratamiento para bulimia nerviosa

Los objetivos de la bulimia nerviosa son:

- La desaparición de los atracones y las conductas purgativas.

- El desarrollo de unas pautas de alimentación normalizadas.
- La modificación de las actitudes e ideas disfuncionales respecto al peso y la imagen corporal.
- La desaparición de la sintomatología asociada (principalmente ansiedad y depresión).
- Aprendizaje de pautas para crear y mantener relaciones sociales estables.

B.1.) Tratamientos farmacológicos

El tratamiento de la bulimia nerviosa se ha centrado en tres tipos de fármacos: anticomiciales, anorexígenos y antedepresivos, si bien sólo los últimos han mostrado su eficacia terapéutica. A pesar de que la carbamacepina reduce la impulsividad y la fenfloramina disminuye el apetito, los riesgos pueden ser mayores que los beneficios. Así, en la actualidad, los psicofármacos de primera elección son los antidepresivos, dado que reducen parcialmente la clínica bulímica, probablemente por la activación de receptores serotoninérgicos postsinápticos centrales y periféricos. Los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ej. Fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), especialmente por su efecto anti-impulsivo y anorexígeno y la menor intensidad de sus efectos secundarios. Otros antidepresivos utilizados han sido los triciclos e IMAO's, aunque no parece existir evidencia de mayor efectividad (Turón, 1997). Los resultados de los estudios indican una reducción de los atracones y los varios trabajos han informado de una alta tasa de recaídas en un tercio aproximadamente de los pacientes, incluso cuando se mantenía la medicación.

B.2.) Tratamientos conductuales

El objetivo de este enfoque se centra en reducir los atracones y las purgas. La técnica más empleada es la exposición con prevención de respuesta (Rosen, 1982) y consiste en situar al paciente ante estímulos discriminativos (alimentos prohibidos, soledad, comprar comida, sentimientos negativos al observar su imagen), que eliciten la conducta problema (atracón, vómito) e impedir la realización de dicha conducta. Desde esta perspectiva, el vómito es considerado un reforzador primario del atracón, por su papel de reductor del miedo a engordar. Otro tipo de estrategias conductuales habitualmente utilizadas, son las anteriormente referidas en la AN compulsivo-purgativa, como el control de estímulos, moldeamiento progresivo en la dieta, entrenamiento en demora y modificación de conductas auxiliares.

B.3.) Tratamientos cognitivo – conductuales

Se estructura en base a la modificación de las conductas bulímicas, para pasar a la re-estructuración cognitiva, basada en el formato original de Beck, y terminar centrándose en los factores cognitivos para prevenir recaídas. Desde este modelo, se entiende que la conducta bulímica se debe a las cogniciones irracionales respecto al peso y la autoimagen, así como a la insatisfacción consiguiente. Fairburn (1985) indica que determinadas características cognitivas, como la tendencia a autovalorarse en función de la figura y el peso, la baja autoestima, el evado perfeccionismo y la presencia de pensamiento dicotómico, favorecen el miedo a engordar. Este funcionamiento cognitivo facilita una especial sensibilidad a los cambios de peso y el intento de mantenimiento de un control estricto sobre la ingesta. A

su vez, este control excesivo incrementa la posibilidad de que aparezcan atracones, que irán seguidos de conductas compensatorias inadecuadas, con lo que se va perpetuando el ciclo restricción-atracón típico de la bulimia. Desde esta perspectiva, se suele realizar un programa de tratamiento multicomponente, que hace hincapié tanto en los aspectos cognitivos, como en el manejo de estrés, control de estímulos, exposición con prevención de respuesta, psicoeducación, habilidades sociales, relajación, etc.

B.4.) Terapia interpersonal

Desarrollada por Klerman (1984) para los trastornos depresivos e implementada por Fairburn (1993) en la bulimia nerviosa, sitúa a los problemas interpersonales como agentes causales y desencadenantes del cuadro. El objetivo del tratamiento se centra en el estrés y las relaciones interpersonales más que en la dieta, el peso o la imagen corporal. La aplicación de estas técnicas en la bulimia, se basa en el supuesto de que, a menudo, los atracones comienzan en el contexto de unas relaciones interpersonales insatisfactorias; estas relaciones provocan ansiedad y depresión, sentimientos que desencadenan el atracón.

Cuenta con las siguientes fases: 1) identificar las dificultades interpersonales implicadas en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia; 2) contrato y desarrollo de dichas dificultades, identificando pautas de comunicación, examen de sentimientos, utilización de la relación terapéutica como una relación más, consejo, modelado, role playing; 3) preparación del paciente para la conclusión del tratamiento y la prevención de recaídas.

2.2.2. RASGOS DE PERSONALIDAD

2.2.2.1. Personalidad

De Miguel, A. (2000) manifiesta que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno de uno mismo, que se manifiestan en diferentes contextos personales y sociales.

Leal, Vidales y Vidales (1997) plantean la personalidad desde tres miradas diferentes, las cuales son: a) organización total de las tendencias reactivas, patrones de hábitos y cualidades físicas que determinan la efectividad social del individuo; b) como un modo habitual de ajustes que el organismo efectúa entre sus impulsos internos y las demandas del ambiente; y c) como un sistema integrado de actitudes y tendencias de conductas habituales en el individuo que se ajustan a las características del ambiente.

Pelechano (1996), refiere a la personalidad como “...características psicológicas que identifican a un individuo o a un colectivo de individuos, su génesis, su estructura y funcionalidad, desde su origen hasta su desaparición”.

Eysenck (1987) definen la personalidad como una organización más o menos estable y organizada, dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente.

Para poder sintetizar el significado de la personalidad, Eysenck propuso que ésta se encuentra compuesta de cuatro modelos de conducta: somático (constitución), afectivo (temperamento), cognitivo (inteligencia) y conativo (carácter); en

definitiva, se infiere que en otras palabras “la suma total de los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente, se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se originan estos patrones conductuales” conceptualiza la personalidad.

Cattell, R. (1982) sostiene que la personalidad es aquello que nos permite pronosticar lo que una persona hará en una situación determinada. Cattell entiende el concepto de rasgo desde un punto de vista nomotético, es decir, considerando que existen rasgos comunes a todos los individuos; a diferencia de otros autores como Allport, para quien los rasgos son individuales.

Dado que el autor percibe la personalidad como una suma de conductas generadas por el individuo (genéticas y ambientales), se determina que ésta posee la característica de ser única en cada persona, así mismo, esta determina la vulnerabilidad hacia presentar rasgos estables o inestables.

2.2.2.2. Enfoques de la Personalidad:

A) Enfoque psicoanalítico

- **La personalidad según Freud, S.**

Según Freud, S. (1923-1925) la personalidad humana surge del conflicto entre nuestros impulsos instintivos tendentes a la agresividad y a la búsqueda del placer, por un lado, y los límites sociales que se les impone por otro. La personalidad se construye como un intento de conciliar estas dos instancias buscando la satisfacción de nuestros instintos sin ser víctimas

de los sentimientos de culpa o castigo. Para explicar este conflicto Freud, S. construyó unos conceptos teóricos que interactuaban entre sí: el ello, el yo y el súper-yo.

Aiken, L. (2003) indica que Freud, S. también creía que la personalidad humana se desarrolla a través de una serie de etapas psicosexuales (etapa oral, anal, fálica y genital). Durante cada etapa, una región diferente del cuerpo (zona erógena) es el centro de estimulación y gratificación sexual, y en esa etapa predominan los conflictos que corresponden a la región corporal particular (conflictos denominados complejo de Edipo y complejo de Electra).

- **La personalidad según Sullivan, H.**

Murguía, D., y Reyes, J. (1956) explican cómo Sullivan H. (1953) poseía una distinta perspectiva de la personalidad, que contradecía la que mantenía su maestro Freud. Sullivan, H. (1953) propuso que la personalidad surge de fuerzas personales o sociales que actúan sobre el individuo desde el nacimiento. En el humano hay dos propósitos entrelazados: uno de satisfacción ligado a necesidades biológicas y el otro a necesidades de seguridad, resultado de procesos culturales a los que ha sido expuesto el individuo.

- **La personalidad según Jung, C.**

Seelbach, G. (2012) revela la contradictoria relación entre los psicoanalistas Jung, C. y Freud, S. Jung, C. fue otro discípulo que discrepaba con Freud, S.; cuando Jung, C. explicaba acerca la personalidad se refería a la psique, que es un término griego para definir “espíritu o alma”, de esta manera evitaba la relación de una división científica de la personalidad en funciones sin relación, proponiendo en su lugar la integración de todos los aspectos de la personalidad, de hecho describió a toda la personalidad integrada como el sí mismo.

Jung C. ofreció una perspectiva diferente a la teoría ortodoxa del psicoanálisis, incluyendo conceptos místicos; por ejemplo, el inconsciente colectivo, los arquetipos.

B) Enfoque humanista

- **La personalidad según Maslow, A.**

Para Maslow, A. (1948) la personalidad de cada individuo consta de dos aspectos fundamentales: las necesidades, los objetivos que se persigue a lo largo de la vida; y las experiencias, lo que ocurre al momento en que se busca realizar los objetivos planteados. Maslow, A. es uno de los primeros filósofos que se centra en la vida individual de cada ser humano y el conjunto de experiencias que va viviendo, ya que es en ese transcurso en el que se va formando la personalidad.

- **La personalidad según Rogers, C.**

Rogers, C. consideró que los seres humanos construyen su personalidad cuando se ponen al servicio de metas positivas; es decir, cuando sus acciones están dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico. Montaña, M., Palacios, J., Gantiva, C. (2009) mencionan que, para Rogers, la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización.

C) Enfoque Gestalt

- **La personalidad según el enfoque Gestalt**

Seelbach, G. (2012) esclarece que la personalidad deriva de la interacción del individuo en el entorno es decir, del concepto básico de la Gestalt (campo organismo/entorno), sin embargo, el enfoque de las corrientes humanistas y la Gestalt acerca de cómo se desarrolla la personalidad del ser humano es diferente a lo que han explicado las corrientes psicoanalistas y conductistas; el humanismo (incluyendo la Gestalt) indica que la personalidad no está determinada por hechos pasados exclusivamente, y tampoco considera que la personalidad es inmutable, de tal manera que las corrientes humanistas señalan que la personalidad se desarrolla debido a un cúmulo de experiencias que el ser humano constantemente integra a su vida.

D) Enfoque conductual

- **La personalidad según Locke, J.**

Montaño, M., Palacios, J., Gantiva, C. (2009) citan a Locke, J. quien manifestó que la personalidad será determinada según el ambiente que rodee al individuo, debido a la moldeabilidad de la personalidad, no sólo en la infancia sino también en la adultez.

- **La personalidad según Hull, C.**

En el modelo estímulo (E) – reacción (R), Hull, C. (1943) posee un concepto estructural de la personalidad donde sostiene que los estímulos llegan a conectarse a las respuestas para formar lazos E – R; a partir de esta asociación entre estímulo y respuesta se establecen los denominados hábitos; la estructura de la personalidad está mayormente conformada por hábitos o lazos E – R.

E) Enfoque cognitivo

- **La personalidad según Bandura, A.**

Bandura, A. (1977) afirma que la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento.

A lo largo de la historia ha sido difícil unificar el constructo de personalidad debido a que desde las diferentes posturas teóricas se han planteado diversos criterios, categorías

y definiciones que no se enmarcan dentro de una perspectiva que incluya todos los factores que la componen; esto por la congruencia que deben tener las teorías de la personalidad con el enfoque dentro del cual surgen.

2.2.2.3. Teorías de la personalidad

A) Teoría de la personalidad de Eysenck

Muchas pruebas indican que la personalidad tiene para Eysenck bases biológicas muy definidas. Una parte de las consideraciones de Eysenck sobre el hombre biológico tienen que ver con el sistema nervioso central y en particular con las inhibiciones corticales, el neuroticismo (estabilidad, inestabilidad emocional) y la introversión – extraversión funcionando el sistema nervioso a nivel causal. Se supone que el neuroticismo surge de la capacidad de excitación del sistema nervioso autónomo; mientras que la introversión – extraversión se basa en propiedades del sistema nervioso central. Eysenck (1987) afirma, por ejemplo, que las drogas depresoras aumentan la inhibición cortical, disminuyen la excitación cortical y por consiguiente producen patrones de conducta extrovertida. Por sus estudios en gemelos idénticos Eysenck ha llegado a la conclusión de que el neuroticismo puede tener una base constitucional o provenir de herencia, usando pruebas creadas por él, encontró correlación 0.85 entre la conducta neurótica y no neurótica (estabilidad e inestabilidad emocional) en gemelos monocigotos, mientras que en gemelos fraternos la correlación fue de 0.21.

Para Eysenck algunas leyes de la conducta tienen una base por entero biológica, la dimensión estabilidad – inestabilidad emocional, así como la herencia biológica, también afectaría a la dimensión introversión – extraversión.

Además, admite la clasificación de Hipócrates y Galeno en: tipo colérico, tipo flemático, tipo melancólico y sanguíneo y afirma que existe una relación entre la estructura orgánica de los humanos y su susceptibilidad al condicionamiento.

Sin embargo, en la teoría de Eysenck no sólo tienen importancia los factores biológicos, él también afirma que la personalidad está constituida por todos aquellos patrones de conducta actuales y potenciales del sujeto que se van configurando en base a la estructura física y fisiológica que se trae al nacer (dotación genética) y a las experiencias de aprendizaje a la que se ve sometido en el ambiente familiar y en las interrelaciones que establecen en el medio sociocultural. La personalidad está constituida por disposiciones o tendencias a actuar o por conductas posibles de ser observadas.

Ambas disposiciones y conductas forman una jerarquía en función de sus generalidades, amplitud y cobertura de las características que se dan en toda persona que van desde “el tipo y los rasgos”, respuestas habituales y respuestas específicas, que correspondería a factor general, factor de grupo, factor específico y factor error,

La extraversión (E), el neuroticismo (N) y el psicoticismo (P) son los tres componentes que justifican el análisis esencial de la personalidad de acuerdo a Eysenck.

Los factores mencionados anteriormente se encuentran vinculados y estructurados en una teoría propuesta por Eysenck, con la intención de ilustrar la diversidad de

manifestaciones experimentales en el campo psicológico y la pluralidad de facetas que se presentan en la vida cotidiana del ser humano. La extraversión (E), el neuroticismo (N) y el psicoticismo (P) se pueden entender como el acoplamiento de rasgos que se enlazan entre sí, cada uno con la propiedad de ser autónomos.

Partiendo del supuesto teórico sostenido por Eysenck, para interpretar la personalidad se debe tomar en cuenta las dimensiones presentes en la persona, puesto que encuadran la individualidad del ser humano.

Los rasgos, aptitudes y tipos engloban la teoría de la personalidad moderna, propuesta por Eysenck; en consecuencia, ésta se sitúa en medio de la psicología experimental (recalca la identidad del individuo) e ideográfica (hace hincapié en la singularidad). En relación a lo mencionado, se confirma que cada persona es diferente a otra, dependiendo de las discrepancias o similitudes de las dimensiones de su personalidad, las cuales pueden ser medidas e identificadas.

Haciendo referencia a la investigación realizada por Eysenck acerca las emociones, se realiza seis enunciados concordantes al comportamiento humano:

- 1) El comportamiento humano evidencia una leve condición de universalidad.
- 2) La personalidad está categorizada sistemáticamente.
- 3) Los diferentes niveles de universalidad se pueden erigir a través del análisis factorial a escalas de hábito manifestadas en correlaciones test – retest y a nivel de clase, por relaciones entre los rasgos.
- 4) El comportamiento anormal no es específicamente distinto del comportamiento normal, por lo contrario, exhibe un punto extremo que varía de lo normal a lo anormal de forma ilimitada.

- 5) Después de concretar las dimensiones de la personalidad es factible la ubicación de las dimensiones de cualquier ser humano, lográndose una reseña objetiva de los elementos de la personalidad.
- 6) Neuroticismo, Introversión – Extraversión y Psicoticismo son dimensiones elementales.

Partiendo de las dimensiones mencionadas anteriormente (neuroticismo, extraversión, introversión) se logra constituir el temperamento, el cual se rige por la herencia biológica que surge de las bases biológicas establecidas en la personalidad.

A.1) Las dimensiones básicas de la personalidad

Eysenck considera que son tres los tipos de factores para dar cuenta de la varianza fundamental de la personalidad, estos son: la dimensión extraversión (introversión – extraversión) (E), la dimensión emocionalidad (estabilidad – neuroticismo) (N) y la dimensión de dureza (psicoticismo) (P).

Aguilar, A., Tous, J., y Pueyo, A. (1990) sostienen que en un inicio Eysenck y Eysenck, S. (1976) incluyeron las siguientes dimensiones: "E" extraversión, "N" neuroticismo, "P" psicoticismo y "L" lie o mendacidad. Posteriormente, se crea una adaptación para niños y adultos del EPQ – J para niños y adultos. No obstante; Block, Bishop (1977) realizaron críticas en torno a la debilidad psicométrica, incluyendo deficiencias en la baja fiabilidad interna (0.74 para varones y 0.69 para mujeres), bajo de rango de puntuaciones son similares a las desviaciones típicas y una distribución sesgada de las puntuaciones.

Por consecuencia, en 1985, Eysenck, Eysenck y Barret presentan un nuevo cuestionario denominado EPQ – Revised (EPQ – R) compuesto de un total de 100 ítems, 32 de los cuales constituyen la nueva escala "P", de la cual han desaparecido 6 del antiguo EPQ y aparecen 13 nuevos que, unidos a los 19 anteriores que permanecen, forman el total señalado. Se pasa, por tanto, de la antigua de 25 ítems a los 32 de la actual. Las escalas "E" y "N" sufren ligeros cambios al ser aumentadas en 1 ítem y quedando en 23 y 24 respectivamente, permaneciendo la escala "L" de mendacidad con los 21 ítems originales. Eysenck, Eysenck y Barret (1985) presentan en el mismo trabajo, un EPQ-R con las cuatro escalas reducidas a 12 cuestionarios cada una, es decir, con un total de 44 ítems.

El EPQ – R recibe aprobación por parte de otros autores, logrando ser aceptado como cuestionario de personalidad y evidentemente más eficiente que su versión anterior-

Cada uno de estos tres factores puede considerarse como rasgos o conductas que se agrupan de forma conjunta, siendo independientes entre sí, estos factores constituyen las dimensiones más importantes de la personalidad. Si podemos situar a un individuo en ella, entonces podemos llegar a comprender como es su personalidad.

a) La dimensión Extraversión (introversión – extraversión)

Es el producto del equilibrio entre excitación – inhibición cortical, para lograr unión de estos procesos, es necesario el condicionamiento de ambos.

Los seres humanos que suelen acrecentar su potencial excitatorio de grado predominante, que favorecen el condicionamiento, son los individuos introvertidos. Por otro lado, otra categoría que suele extender su potencial inhibitorio de grado superior permite entorpecer el condicionamiento impidiendo consolidar respuestas, estos son las personas extrovertidas. Esta dimensión mantiene similitud con una mayor o menor simplificación para el condicionamiento, posiblemente un rasgo genotípico. Las desigualdades conductuales entre el introvertido y extrovertido son consignadas por la relación genética, que mantiene discrepancias interindividualmente mediante los procesos nerviosos de excitación y de inhibición.

La extraversión se encuentra ligada a la excitabilidad del sistema nervioso central y al carácter seguro del individuo de acuerdo a Eysenck. Lo mencionado se enlaza con las desigualdades existentes en la función de la formación reticular ascendente.

Los procesos excitatorios son esenciales para el condicionamiento y el aprendizaje; en comparación a las modificaciones inhibitorias, éstas se encargan de lo contrario, es decir, el olvido y la extinción del aprendizaje.

Los procesos inhibitorios rápidos, intenso y de extinción lenta en conjunto a la construcción de potenciales excitatorios frágiles se presentan en los extrovertidos.

La dificultad para aprender en general; por ejemplo, las repetidas exhibiciones del material de estudio para el aprendizaje, la débil exactitud en el dominio psicomotor y la incidencia a la producción de múltiples movimientos; se encuentran enlazados en un grupo de rasgos de extraversión.

El escaso rendimiento al inicio y final de los quehaceres y su desgano hacia un óptimo trabajo caracterizan al extravertido. Asimismo, no se muestra organizado ni dispuesto a tomar riesgos; sin embargo, en trabajos grupales mejora su productividad.

Necesita grandes cantidades de estímulos ambientales, porque es débil a la monotonía, no prevé un adecuado autocontrol de conducta, es cambiable, impulsivo, belicoso, excitable.

Por lo general no es digno de confianza, se orienta hacia la filiación y dependencia de otras personas; le gustan las bromas, le da más importancia a su persona que a las normas éticas, está dispuesto a aceptar mayores riesgos y al enfrentarse a situaciones nuevas, tiende a enfocar los detalles.

Resumiendo, los rasgos que constituyen el tipo Extrovertido tenemos: sociable, vital, activo, dogmático, que busca sensaciones, despreocupado, dominante, surgente, aventurero.

El extravertido se caracteriza por su sociabilidad, cordialidad, gusto por la excitación, comunicación, impulsividad, jovialidad, actividad y espontaneidad.

Los rasgos que definen al introvertido y al típico extrovertido son: El típico introvertido es quieto, calmado, introspectivo y aislado. Prefiere los libros a las personas, es reservado y distante, excepto con sus íntimos amigos. Tiende a planear sus acciones por adelantado y desconfía de los impulsos del momento. No gusta de las excitaciones, es serio y prefiere un modo de vida ordenado, tiene un ajustado autocontrol y rara vez es agresivo, y no pierde realmente su temple. Es confiado y previsible, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

El típico extrovertido, gusta de las fiestas, de los amigos, necesita tener mucha gente cerca y no le gusta leer o estudiar para sí mismo, anhela excitaciones y es muy mudable. Es dependiente del ambiente: actúa sobre los impulsos del momento y es generalmente un individuo impulsivo. Es eficiente en los trabajos prácticos y da respuestas inmediatas. Es despreocupado, bromista y optimista, gusta reír y ser divertido. Prefiere actuar a pensar, tiende a ser agresivo y pierde fácilmente su temple. En conjunto sus sentimientos no son mantenidos bajo un adecuado control y no es siempre una persona previsible y confiable.

En un estudio sobre la dimensión introversión – extraversión Eysenck tiende a demostrar que se puede admitir una cierta dualidad en el rasgo de la misma

extraversión. Se puede distinguir en los dos componentes: Sociabilidad e Impulsividad, que presentan entre sí una correlación de 0.50 aproximadamente (Nuttin, 1968).

b) La dimensión Estabilidad (estabilidad – inestabilidad)

Se caracteriza por su emocionalidad ya que se encuentra combinada a la excitabilidad del sistema nervioso autónomo, el cual activa trastornos cardiovasculares, taquicardias, incremento de la presión sanguínea, vasoconstricciones y vaso dilataciones, trastornos respiratorios, secreciones gástricas, hipermotilidad intestinal, sudoración, etc.

Una cifra considerable de neuroticismo denota emociones potentes; en personas se observa frecuentemente ansiedad, inseguridad, timidez, con fuertes bloqueos en la conducta y reacciones inadecuadas acompañadas de réplicas emocionales desorganizadas (González, 1979).

Las funciones del sistema nervioso autónomo consisten en el manejo de respuestas automáticas e instintivas del individuo; para la realización de sus funciones se distribuye en sistema simpático y parasimpático. El sistema simpático da inicio a la estimulación del trabajo del organismo y se encarga de la difusión de respuestas simpáticas. En caso opuesto, el sistema parasimpático impide o equilibra las acciones del organismo.

La persona neuroticista manifiesta reacciones impulsivas, además de una baja tolerancia al estrés en el plano físico o psicológico. De la misma forma,

posee un sistema nervioso autónomo y débil, con respuestas fuertes de angustia y nerviosismo, tiene predisposición al padecimiento de trastornos psicosomáticos.

Los factores genotípicos y fenotipos en el individuo estructuran reacciones inadecuadas manifestadas a través del neuroticismo; se asume que existe una posibilidad de predisponer a una neurosis (Anicama, 1974).

El neuroticista se caracteriza por exteriorizar intranquilidad, inquietud, susceptibilidad, melancolía, recriminaciones a sí mismo y mínimo afecto hacia su persona.

Los sujetos neuróticos en estudios realizados por Eysenck han determinado una variabilidad en niveles de saliva y orina; se observa un aumento de catecolaminas y producción urinaria. De la misma forma, el ritmo cardíaco elevado, situación de estrés constante y reacciones inestables a los estímulos los caracterizan.

De acuerdo a Eysenck, existe correlación de los cuatro tipos temperamentales y el conjunto dimensional neuroticismo – extraversión.

La persona Extravertido e Inestable (colérico) carece de control de impulsos, es violento, es eufórico, es enérgico.

La persona Extravertido Estable (sanguíneo) posee adecuadas relaciones sociales, un adecuado nivel de tolerancia, afable, expresivo, confiado.

La persona Introvertido Inestable (melancólico) es depresivo, poco sociable, cerrado, apacible, desesperanzado.

La persona Introvertido Estable (flemático) es tranquilo, posee adecuado control de emociones, sosegado, aplicado.

c) La dimensión Dureza (psicoticismo)

Eysenck indica las siguientes características de aquel que califica alto en la presente dimensión: “Tiene menor fluidez verbal, su rendimiento en sumas continuas es pobre, más indeciso al respecto de las actitudes sociales, presenta una pobre concentración, tienden a hacer movimientos más grandes y a subestimar distancias y a calificaciones o leer con más lentitud, a tamborilear más lentamente y a exhibir niveles de aspiración menos adaptados a la realidad”.

El psicoticista tiende a actuar más pobremente que los normales, aunque de ninguna manera se muestra así en todos los test. Esta dimensión ha sido estudiada menos exhaustivamente que las otras dos, que parece reflejar una tendencia a la distractibilidad constante, pensamiento desordenado y aislamiento.

Un psicótico recibe puntuaciones más altas en el factor psicoticismo que las personas normales o neuróticas. Los rasgos que caracterizan a los sujetos que obtienen puntajes altos en la escala de Psicoticismo son: agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, no empático, creativo, inmovible.

Estudios realizados por Eysenck demostraron igual e inequívocamente que el neuroticismo y el psicoticismo eran dimensiones independientes. Posteriormente, se ofrece un detallado examen sobre las pruebas halladas, se basa en muchos estudios que utilizan procedimientos estadísticos y metodológicos diferentes, pero que coinciden en el veredicto final de continuidad entre normalidad y psicosis, y apartamiento entre los tipos anormales psicóticos y neuróticos.

Se puede desprender de todos los estudios resumidos que hay pruebas de la existencia de un continuo. Desde el comportamiento normal, pasando por el criminal, psicopático, alcohólico, el de adicción a las drogas, hasta el esquizoide y los estados completamente psicopáticos. El factor psicoticismo se caracteriza porque incluye sentimientos de persecución, misticismo, irracional, agrado por las sensaciones físicas muy fuertes, crueldad inhumana y falta de empatía.

B) Teoría de los rasgos de Allport

La personalidad de los rasgos de Allport se rige en elementos básicos ya que son primordialmente únicos en cada ser humano: las aptitudes son específicas y sencillas de identificar y firmes en nuestra conducta.

- La distribución de la personalidad es relativa a todas las personas, que disciernen en la desemejante mezcolanza de los rasgos: dimensiones.
- Ejecutan su continuidad a la personalidad en dos tangentes: fenomenológicamente y funcionalmente. En otras palabras, se explica como la persona distingue su contexto – fenomenología y como se desenvuelve en su contexto.

a) Temperamento

Se considera a las disposiciones que están unidas a determinantes biológicos o fisiológicos que, por consecuencia, reflejan escasas modificaciones con el desarrollo. Las alteraciones de tipo emocional muy propias de la persona, se incluyen a su tendencia a la estimulación emocional, el ímpetu con que normalmente se responde, la condición del estado de ánimo predominante y las singularidades de oscilación y rigor del mismo son factores establecidos por la biología o herencia.

b) Rasgos comunes o disposiciones

Todos los rasgos presentes en una persona son individuales, originales y personales. Únicamente el rasgo común es una auténtica esencia debido a que los rasgos se dan continuamente, evolucionando hasta el punto de ser

disposiciones eficientes de forma autónoma que se consolidan de acuerdo a las experiencias de cada individuo. El rasgo común no es una desigualdad certera, por lo opuesto una característica medible de los confusos rasgos individuales.

c) Rasgos centrales

Forman parte esencial de la personalidad, al momento de representar a una persona se detallan los rasgos centrales. Exhiben predisposiciones particulares y se logran percibir.

d) Rasgos secundarios

Los rasgos secundarios no son percibidos de forma abierta; éstos son más difíciles de identificar por las reacciones que producen. Por ejemplo; las preferencias, las actitudes, los rasgos situacionales

e) Rasgos cardinales

Los rasgos cardinales lo poseen personas que protagonizaron algún acto histórico; ya que explican de forma precisa su existencia. Un rasgo cardinal es público e identificable fácilmente.

f) Autonomía funcional

Según la autonomía funcional, la conducta se repite debido a que ha llegado a concretar el estilo de vida de la persona. Allport precisa de dos clases de conducta autónoma; una presente en los animales y hombres denominada perseverativa (por ejemplo, factores de ajuste motor, observación de ritmo, que se encuentran de forma biológica en el organismo permitiendo su evolución).

Por otro lado, los motivos apropiados, los cuales tienen como fin la creación de hobbies, valores, y en sí la razón de existir.

Allport coincide con las ideas de Eysenck, ya que propone que la personalidad es intervenida por la existencia del temperamento (biológico) además de rasgos cardinales, secundarios, centrales y comunes.

C) Teoría de los 5 grandes (Big Five)

El modelo Big Five fue propuesto por Goldberg (1991) a partir de las investigaciones de Norman (1963) quien hizo las primeras investigaciones en las que se daba importancia a 5 grandes rasgos o factores. Pero su desarrollo empírico como modelo se le debe al trabajo de Mc Crae y Costa, quienes desarrollaron su propuesta con cuestionarios que describían frases y no adjetivos.

a) Factor O: Apertura a la Experiencia

Muestra en qué grado un sujeto tiende a buscar nuevas experiencias personales y concibe de una manera creativa su futuro. La persona abierta a la experiencia tiene una relación fluida con su imaginación, aprecia el arte y la estética, y es consecuente con sus emociones y la de los que le rodean. Prefieren romper con la rutina y suelen poseer conocimientos sobre amplios temas debido a su curiosidad intelectual. Su opuesto es la Cerrazón a la Experiencia (o al Cambio). Los individuos que puntúan bajo tienen intereses más convencionales. Disfrutan de lo sencillo más que de lo complejo, ambivalente y sutil. Suelen observar las ciencias o el arte como disciplinas poco prácticas.

Prefieren la familiaridad a lo novedoso; son moderados y apegados a la tradición.

b) (Factor C): Responsabilidad

Refiere a cuán centrado está el sujeto en sus objetivos, además de cuán disciplinado se muestra para la consecución de dichos fines. Podríamos decir que la persona con alta puntuación en el factor C es un individuo organizado, con capacidad de concentración, que termina sus tareas y que piensa antes de tomar una decisión.

c) (Factor E): Extraversión

Define el grado en que el sujeto se muestra abierto con los demás y canaliza su energía en contextos sociales. Dicho de otro modo, el factor E examina cuánto le agrada a un sujeto estar rodeado de otras personas, cuánto le gusta expresarse ante los demás, etc. Su opuesto es la Introversión, que se caracteriza en personas reservadas, que a menudo son tachados de antipáticos. Suelen ser ciertamente independientes, prefieren la rutina y el ambiente familiar. Prefieren estar solos y no les agrada formar parte de bullicios de gente, lo cual no quiere decir que sean menos felices. Frecuentemente se muestran tan animados como el que más en círculos estrechos de amistad. Son más reflexivos que los extrovertidos, y tienden menos a la acción.

d) (Factor A): Amabilidad

Es el grado en que la persona se muestra respetuosa, tolerante y tranquila. La persona amable es aquella que confía en la honestidad de los otros individuos,

tiene vocación para ayudar y asistir a quien lo necesite, se muestra humilde y sencillo, y es empático hacia las emociones y sentimientos ajenos.

e) (Factor N): Estabilidad emocional

Define en qué grado una persona afronta sin problema las situaciones complicadas de la vida. Los sujetos tranquilos, no muy proclives a sentir rabia o a enfadarse, suelen permanecer animados y gestionan muy bien sus crisis personales. Dentro de los rasgos de personalidad, el Factor N es aquél que encontramos con alta puntuación en las personas moderadas y sosegadas.

D) Teoría de la personalidad de Cattell

Raymond Cattell sostiene que “personalidad es aquello que nos permite pronosticar lo que una persona hará en una situación determinada”. Para Cattell, el rasgo constituye la unidad de análisis fundamental de la personalidad: “es una configuración unitaria de la conducta de la naturaleza tal que, cuando una parte está presente en cierto grado, podemos inferir que la persona mostrará las otras partes en cierto grado”. (Clonninger, 2002)

Los rasgos según su modo de expresión, pueden clasificarse en:

a) Rasgos aptitudinales:

Son aquellos que constituyen el conjunto de recursos que posee un sujeto para enfrentar diversas situaciones y abordar dificultades.

b) Rasgos temperamentales

Resaltan el estilo o la manera peculiar en que se comporta cada individuo, es decir, cómo hace el individuo lo que hace.

c) Rasgos dinámicos

Se refieren a la base motivacional de la conducta. Procuran explicar por qué un individuo hace lo que hace.

2.2.2.4. Definición de rasgos de personalidad

Menchón, J. (2013) define a los rasgos de personalidad como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Para Lozoya (2010) los rasgos de personalidad son características que conforman la personalidad de la persona, están relacionados con el modo de reaccionar ante situaciones concretas.

Para Caballo, V., Guillén, J., y Salazar, I. (2009) los rasgos serían (de manera aislada) simples consistencias de comportamiento en diversas áreas o perspectivas de la personalidad, que muestran una disposición general del individuo y que no son de carácter transitorio (como los estados); siendo así que los rasgos de forma agrupada conforman un patrón completo y una tendencia en el funcionamiento por parte de la persona.

Shultz y Shultz, (2002) plantean que dentro de las características de los rasgos encontramos que: son reales y están dentro de cada uno de nosotros, determinan y producen el comportamiento, puede demostrarse su existencia de manera empírica, están relacionados entre sí y varían según la situación.

Por otro lado, la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV TR) (2001), define los rasgos de la personalidad como “patrones sostenidos para percibir o relacionarse con el ambiente y uno mismo, para pensar en ellos... que se manifiestan en gran variedad de contextos sociales y personales importantes”.

Como señalan Millon y Davis (2001), “un rasgo de personalidad es un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones”.

Para Cattell (1982), el rasgo constituye la unidad de análisis fundamental de la personalidad: "es una configuración unitaria de la conducta de naturaleza tal que, cuando una parte está presente en cierto grado, podemos inferir que la persona mostrará las otras partes en cierto grado". En suma, define el rasgo como una estructura mental inferida de la conducta que explica las regularidades de la conducta.

Los rasgos de personalidad se asumen según Allport, G. (1963) como características primordiales del individuo que determinan su forma de comportarse; manifestándose mediante patrones persistentes expuestas en un entorno y uno

mismo que impliquen las formas de percibir, relacionarse y pensar. Es decir, los rasgos de personalidad son formas de responder de manera igual o similar a diferentes tipos de estímulos del ambiente, por lo tanto, son formas duraderas y congruentes de relacionarse con el ambiente.

2.2.2.5. Diferencia entre Rasgo- Trastorno De Personalidad

Menchón, J. (2013) define a los rasgos de personalidad como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Según DSM-IV TR (2001), un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tiene su inicio en el principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comparte malestar o perjuicio para el sujeto. Los rasgos de personalidad sólo se constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

El DSM-IV define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales". El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son egosintónicos (es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse), se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la

adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Caballo, V., Guillén, J., Salazar, I. (2009) señalan que los rasgos serían (de manera aislada) simples consistencias de comportamiento en diversas áreas o perspectivas de la personalidad, que muestran una disposición general del individuo y que no son de carácter transitorio (como los estados). Si los rasgos son agrupados conforman un patrón completo (un “cuadro”) y una tendencia en el funcionamiento por parte de una persona. Es en este contexto cuando son útiles los conceptos de “estilos de personalidad” y “trastornos de la personalidad”, los cuales implican una organización y clasificación de determinados rasgos y forman parte de un continuo.

Como se mencionó anteriormente, Millon y Davis (2001) definen lo siguiente: “un rasgo de personalidad es un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones. Cuando varios de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta podemos decir que constituye un trastorno (o estilo) de la personalidad”

La personalidad es el conjunto de características únicas que cada ser humano posee, las cuales lo hace diferente del resto, puesto que estos rasgos no son similares para todas las personas (Valladares, 2006)

2.2.3. ADOLESCENCIA

2.2.3.1. Definición

La palabra adolescencia proviene del latín *adolescere*; que significa desarrollarse, crecer, significa el desarrollarse la persona, sea hombre o mujer.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la personalidad es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica.

Papalia, D. (2001) define la adolescencia como un periodo del desarrollo del ser humano que abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez emocional y social.

Ausubel, define la adolescencia como un estadio diferenciado en el desarrollo de la personalidad, dependiente de cambios significativos en el estatus biosocial del niño. Un resultado de estos cambios, del crecimiento biosocial.

Parolari, F. (1995) define la adolescencia como un periodo entre la infancia y la edad adulta que trae consigo un conjunto especial de dificultades de adaptación, a causa de los cambios que ocurren. Plantea una diferencia patente entre adolescencia y pubertad. La pubertad es la fase del desarrollo del organismo humano en la que el crecimiento físico alcanza su completa madurez. Por adolescencia se entiende aquella fase en la que ocurren modificaciones globales en el individuo, generadoras

de gran inseguridad. En la adolescencia se presentan cambios orgánicos en el desarrollo sexual y también con relación a la aceptación de la sociedad.

Aguirre, A. (1994) en Psicología de la adolescencia narra que la aparición de la adolescencia está marcada por el protagonismo de la sexualidad y Freud llegó a definirla como una segunda etapa edípica. La adolescencia supone para Freud el “logro de la primacía genital y la consumación del proceso de búsqueda no incestuosa del objeto”.

Jones, E. (1922) en su trabajo *Some Problems of Adolescence* menciona que la adolescencia recapitula a la infancia y la manera precisa en que una persona dada habrá de atravesar las necesarias fases del desarrollo en la adolescencia está determinada, en gran medida, por la forma de su desarrollo infantil.

2.2.3.2. Cambios en la adolescencia

A. Características psicológicas

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, G. 1997; Delval, 2000; Papalia, D.

2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984).

Mussen et. al., (1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

B. Características físicas

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, G.1997; Delval, 2000; Papalia, D. 2001).

C. Características sociales

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, F. 2000):

- a. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
- b. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
- c. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
- d. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
- e. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
- f. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que, si el menor cuenta con una buena dinámica familiar

y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas (Rice, F. 2000). En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes (Rice, F. 2000). Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, F. 2000).

2.2.3.3. Problemática frecuente en la adolescencia

En Chile, Rioseco, P. y compañía (1996) realizaron un estudio en la Universidad de Concepción con una muestra de 291 estudiantes, a quienes se les aplicó un instrumento general de autoinforme de síntomas emocionales (SRQ modificado). Auna submuestra se le aplicó además la entrevista CIDI, la que permite evaluar la presencia no sólo de sintomatología sino hacer diagnóstico de trastornos específicos de salud mental. Utilizando un puntaje de 5 en el SRQ, identificaron que un 53% de los estudiantes tenía una alta probabilidad de presentar un trastorno ansioso-depresivo. Esta cifra duplicaba la que este equipo de investigadores encontró en la población general. La presencia de sintomatología era mucho más acentuada en los

alumnos que cursaban primer año, estabilizándose entre el segundo y quinto año y disminuyendo significativamente en el último (Rioseco et al., 1996).

El consumo abusivo de sustancias y de alcohol en los jóvenes universitarios es otro tema generalizado de preocupación. En el estudio recién citado, el 25% de los estudiantes mostró consumo de alcohol en un nivel de riesgo, indicando la alta frecuencia de esta problemática (Rioseco et al., 1996).

Además de los trastornos depresivos, ansiosos y el consumo abusivo de alcohol y sustancias, que constituyen los problemas más comunes que afectan la salud mental de los estudiantes universitarios, existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes, tienen consecuencias tanto o más graves para su bienestar. Al respecto, sólo se destacarán tres, que han sido abordadas en la presente investigación: los trastornos alimentarios; las conductas autoagresivas en los jóvenes (mutilaciones, cortes intencionales), y la ideación y conducta suicida. Estudios han mostrado que entre un 4% y 9% por ciento de las mujeres universitarias padecen trastornos alimentarios, y que un número aún mayor presenta creencias sobre su imagen corporal y sobre los alimentos similares a las de quienes tienen estos trastornos (Hesse-Biber, Marino & Watts-Roy, 1999). En Chile, Riffo, Pérez, González y Aranda (2003) realizaron un tamizaje de conductas de riesgo de trastornos alimenticios en estudiantes de sexo femenino de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile, detectando un 15,6% de alumnas con alto riesgo de padecer trastornos de alimentación. La distribución por año de estudio fue dispar, registrándose una disminución al ascender en los años cursados.

Las conductas autopunitivas se presentan con frecuencia en pacientes de hospitales psiquiátricos, en pacientes no internados y también en poblaciones no clínicas. Se presenta aproximadamente en el 4% de la población general y el 14% de los estudiantes universitarios reporta una experiencia de conducta autopunitiva (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003).

A. Trastornos afectivos y emocionales

Cornella, J. (2009) menciona que el amplio grupo de trastornos: la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos por estrés postraumático y los trastornos obsesivo-compulsivos son los más frecuentes en la edad adolescente.

A.1. Depresión

Actualmente, se acepta una tasa muy variable que, en adolescentes, puede oscilar entre el 0,5 y el 8%. La sintomatología depresiva debe ser comprendida dentro del contexto del desarrollo del adolescente, por lo que sus manifestaciones van a diferir, en mayor o menor grado, de las que observamos en el adulto. Existen, a menudo, trastornos depresivos parciales, menos intensos, más reactivos, menos conscientes, pero que pueden ser causa de un progresivo discomfort y estrés en el adolescente, con sus repercusiones clínicas.

A.2. Autoagresión y suicidio

Se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente juega un importante papel. Como factores predisponentes individuales, se consideran algunos trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis, abuso de sustancias, trastornos de conducta), el aislamiento, la baja autoestima

y la enfermedad crónica. También, se considera las situaciones familiares de pérdida, las alteraciones importantes en la convivencia familiar, el abuso, la negligencia, así como la historia familiar de trastornos psiquiátricos y de suicidio.

A.3. Trastorno de ansiedad generalizada

Se define por un patrón de ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga durante más de seis meses, de difícil control para el individuo. Además, pueden aparecer otros síntomas, tales como: inquietud o impaciencia, fatigabilidad, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño. Puede existir cierto solapamiento sintomático con los trastornos del estado anímico, y corresponderá al paidopsiquiatra discernir ante qué cuadro se halla.

B. Trastornos del comportamiento

El término trastorno del comportamiento sirve para referirse a un modelo persistente de comportamiento antisocial con el que se produce una trasgresión de las normas sociales y se producen actos agresivos que molestan a otras personas. Este trastorno posee una elevada prevalencia en la población infantil y adolescente, y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo ya el principal motivo de derivación a los servicios de salud mental.

Durante la adolescencia, los trastornos del comportamiento tienen un índice que se sitúa entre el 6 y el 12%, y los trastornos negativistas - desafiantes (que

podríamos considerar como una forma atenuada de los primeros) se dan alrededor de un 15%.

C. Otros trastornos

Se considera también los trastornos asociados al consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno bipolar, los trastornos de espectro autista y los trastornos psicosomáticos.

C.1. Trastorno bipolar.

Se trata de un diagnóstico en el que se piensa pocas veces, a pesar de que existen evidencias de que puede presentarse también en niños y adolescentes, a pesar de las dificultades diagnósticas que presenta.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Garner (2010) define los trastornos de la conducta alimentaria como enfermedades crónicas y progresivas, se manifiestan a través de la conducta alimentaria, sin embargo, engloban una gama muy compleja de factores psicológicos y emocionales.

2.3.2. Rasgos de la personalidad

Eysenck (1987) define la personalidad como una organización más o menos estable y organizada, dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Resultados de la distribución según nivel en trastornos de conducta alimentaria y rasgos de la personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

Tabla 3

Distribución según frecuencias según nivel de trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

Trastorno de conducta alimentaria y nivel	N	%
Obsesión por la delgadez		
Rango clínico bajo	51	46.0
Rango clínico típico	43	38.7
Rango clínico elevado	17	15.3
Total	111	100.0
Bulimia		
Rango clínico bajo	63	56.8
Rango clínico típico	34	30.6
Rango clínico elevado	14	12.6
Total	111	100.0
Insatisfacción Corporal		
Rango clínico bajo	46	41.4
Rango clínico típico	47	42.3
Rango clínico elevado	18	16.2
Total	111	100.0
Baja Autoestima		
Rango clínico bajo	66	59.5
Rango clínico típico	36	32.4
Rango clínico elevado	9	8.1
Total	111	100.0
Alienación personal		
Rango clínico bajo	60	54.1
Rango clínico típico	40	36.0
Rango clínico elevado	11	9.9
Total	111	100.0
Inseguridad interpersonal		
Rango clínico bajo	51	46.0
Rango clínico típico	41	36.9
Rango clínico elevado	19	17.1
Total	111	100.0

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Tabla 4

Distribución según frecuencias según nivel de trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Trastorno de conducta alimentaria y nivel	N	%
Desconfianza Interpersonal		
Rango clínico bajo	48	43.2
Rango clínico típico	50	45.1
Rango clínico elevado	13	11.7
Total	111	100.0
Déficit introceptivos		
Rango clínico bajo	51	46.0
Rango clínico típico	42	37.8
Rango clínico elevado	18	16.2
Total	111	100.0
Desajuste emocional		
Rango clínico bajo	37	33.3
Rango clínico típico	32	28.8
Rango clínico elevado	42	37.9
Total	111	100.0
Perfeccionismo		
Rango clínico bajo	59	53.2
Rango clínico típico	36	32.4
Rango clínico elevado	16	14.4
Total	111	100.0
Ascetismo		
Rango clínico bajo	45	40.5
Rango clínico típico	51	46.0
Rango clínico elevado	15	13.5
Total	111	100.0
Miedo a la madurez		
Rango clínico bajo	19	17.1
Rango clínico típico	59	53.2
Rango clínico elevado	33	29.7
Total	111	100.0

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

En las tabla 3 y 4 se puede apreciar que en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo donde se realizó la investigación, predomina el nivel rango clínico típico de tendencia a padecer trastornos de conducta alimentaria en las escalas: Insatisfacción Corporal, Desconfianza Interpersonal, Ascetismo y Miedo a la madurez; mientras que en el resto de escalas predomina el nivel rango clínico bajo de tendencia a padecer trastornos de conducta alimentaria, con porcentajes que fluctúan entre 42.3% y el 52.3%; en tanto que en el resto de escalas predomina el rango clínico bajo donde se

ubican entre el 46.0% y el 59.5% de las alumnas y finalmente en la escala desajuste emocional predomina el nivel Rango clínico elevado con 37.9% de alumnas que muestran este nivel.

Tabla 5

Distribución según frecuencias según nivel de rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Nivel en rasgo de personalidad	N	%
Introversión – Extraversión		
Altamente Introvertido	5	4.5
Tendencia Introvertido	17	15.3
Tendencia Extrovertido	56	50.5
Altamente Extrovertido	33	29.7
Total	111	100.0
Estabilidad – Inestabilidad		
Estable	36	32.4
Tendencia Estable	39	35.1
Tendencia Inestable	23	20.7
Altamente Inestable	13	11.7
Total	111	100.0

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario de Personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

En la tabla 5, se evidencia que en la muestra constituida por 111 alumnas de la institución educativa particular donde se realizó la investigación, respecto al rasgo Introversión – Extraversión, predomina el nivel de tendencia a extrovertido con el 50.5% de las alumnas que presentan este nivel, seguido por el nivel altamente extrovertido donde se identifica al 29.7%; en tanto que en los niveles tendencia a introvertido y altamente extrovertido se identifica solamente al 15.3% y 4.5% respectivamente. También se aprecia en esta tabla que en el rasgo de personalidad Estabilidad–Inestabilidad, se identifica similares porcentajes en los niveles tendencia a estable y tendencia a inestable donde se ubican el 35.1% y 32.4% respectivamente; mientras que el 20.7%, presentan tendencia a alta inestabilidad y solamente el 11.7% mostró alta estabilidad.

3.2. Resultados de la evaluación de la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y rasgos de la personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

Tabla 6

Correlación entre los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Trastorno de la Conducta Alimentaria	Introversión- Extraversión Coeficiente de correlación (r)	Sig. (p)
Obsesión por la delgadez	0.278	0.023 *
Bulimia	0.414	0.000 **
Insatisfacción corporal	0.233	0.014 *
Baja autoestima	0.292	0.002 **
Alienación personal	0.500	0.000 **
Inseguridad interpersonal	0.380	0.000 **
Desconfianza interpersonal	0.399	0.000 **
Déficits introceptivos	0.604	0.000 **
Desajuste emocional	0.542	0.000 **
Perfeccionismo	0.251	0.028 *
Ascetismo	0.353	0.000 **
Miedo a la madurez	0.156	0.103

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario de Trastornos de conducta alimentaria y del Inventario de Personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

**p<0.01; *p<0.05

En la tabla 6, puede apreciarse que la prueba estadística de correlación de Spearman encuentra evidencia de la existencia de una correlación positiva, de grado medio y altamente significativa ($p<.01$), entre los trastornos de conducta alimentaria: Bulimia, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficits introceptivos y Desajuste emocional y Ascetismo con el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo. Igualmente identifica una correlación positiva, de grado débil y

altamente significativa ($p < 0.01$), de la Baja autoestima con el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión; una correlación positiva, de grado medio y significativa ($p < .05$), entre los trastornos de conducta alimentaria: Obsesión por la delgadez, Insatisfacción corporal y Perfeccionismo; mientras que no identifica correlación significativa ($p > .05$), del trastorno miedo a la madurez con Introversión - Extraversión de la personalidad en las referidas alumnas.

Tabla 7

Correlación entre los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo de personalidad Estabilidad – Inestabilidad emocional en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Trastorno de la Conducta Alimentaria	Estabilidad-Inestabilidad Coeficiente de correlación (r)	Sig. (p)
Obsesión por la delgadez	-0.113	0.237
Bulimia	-0.094	0.328
Insatisfacción corporal	-0.042	0.664
Baja autoestima	-0.193	0.043 *
Alienación personal	-0.375	0.000 **
Inseguridad interpersonal	-0.433	0.000 **
Desconfianza interpersonal	-0.400	0.000 **
Déficits introceptivos	-0.214	0.024 *
Desajuste emocional	-0.382	0.000 **
Perfeccionismo	-0.206	0.030 *
Ascetismo	-0.179	0.060
Miedo a la madurez	-0.127	0.184

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario de Trastornos de conducta alimentaria y del Inventario de Personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

**p<0.01; *p<0.05

La tabla 7, muestra que la prueba estadística de correlación de Spearman señala que los trastornos de conducta alimentaria: Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal y Desajuste emocional correlacionan muy significativamente ($p<0.01$), inversamente y en grado medio el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad. Asimismo, se observa que la prueba de Spearman encuentra evidencia que los trastornos de conducta alimentaria: Baja autoestima, Déficits introceptivos y Perfeccionismo correlacionan significativamente ($p<.05$), inversamente y en grado débil el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad en las alumnas del nivel secundaria de una institución educativa particular de Trujillo; mientras que los trastornos de conducta alimentaria: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ascetismo y Miedo a la madurez, no evidencian correlación significativa ($p>.05$), con este rasgo de personalidad en las alumnas integrantes de la muestra.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación se busca determinar la relación entre trastornos de conducta alimentaria y rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una Institución Educativa de Trujillo, entendiéndose como trastornos de conducta alimentaria a enfermedades crónicas y progresivas, que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, sin embargo, engloban una gama muy compleja de factores psicológicos y emocionales Garner, D. (2010). Por otro lado, se entiende los rasgos de personalidad como una organización más o menos estable y organizada, dinámica del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única en el ambiente Eysenck, H. (1987).

Es así que en la tabla N° 3 se muestran los niveles de trastornos de conducta alimentaria en la población de estudio, encontrándose que respecto al indicador obsesión por la delgadez se observa que un 46% de las alumnas manifiestan un rango clínico bajo, el 38.7% un rango clínico típico y un 15.3% un rango clínico elevado, esto quiere decir que en su mayoría dichas alumnas presentan poca preocupación de estar más delgadas, no hay presencia de preocupaciones por la dieta y el peso y por ende ausencia de pánico ante la posibilidad de ganar peso. Coincide con los resultados Quiñones, S. (2016), en cuya investigación se halló que el 46.3% de las estudiantes se ubican en un nivel bajo en la variable de riesgo obsesión por la delgadez, por lo tanto, en su mayoría los estudiantes no tienen problemas muy significativos con la comida, el peso, ni tienen fuertes deseos de estar más delgados y hacer dieta. De la misma manera, Soto, M., Cáceres, K., Faure, M., Gásquez, M., Marengo, L. (2012) hallaron que la mayoría de adolescentes del sexo femenino entre 13 y 16 años presentan 86,9% del

indicador obsesión por la delgadez sin puntaje de riesgo, se denota que existe un predominante grupo que rechaza ideas concernientes a realizar dietas con el fin de disminuir de peso. Así mismo, Rutzstein, G., Scappatural, L., y Murawski, B. (2014) encontraron que un grupo predominante de adolescentes entre 13 y 19 años presentan un nivel bajo el promedio en cuanto a la escala obsesión por la delgadez, indicando que las adolescentes no demuestran problemas significativos relacionados a la búsqueda de disminuir peso. Esto es ratificado por Caballero, G. (2014), quien encontró que gran grupo de alumnas adolescentes pertenecientes al quinto año de secundaria presentaron un nivel bajo en la escala obsesión por la delgadez, demostrando un exiguo interés por realizar actividades que tengan el propósito de adelgazar.

Respecto al indicador bulimia, se encuentra que un 56.8% de las alumnas manifiestan en un rango clínico bajo, el 30.6% un rango clínico típico y un 12.6% un rango clínico elevado, por ello se entiende que un grupo predominante de las alumnas no padecen ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y ausencia de un gran malestar psicológico. De la misma forma, Quiñones, S. (2016) indica que un 65.7% de los estudiantes de la muestra se ubican en un nivel bajo con evidenciando que no tienen tendencia a sufrir ataques incontrolados de ingesta de comida ni pensamientos relacionados a atracones. De la misma manera, Caballero, G. (2014), halló que gran grupo de alumnas adolescentes pertenecientes al quinto año de secundaria presentaron un nivel bajo en la escala bulimia, demostrando escasas ansias por ingerir comida de forma desmedida. Esto es revalidado por Aliaga, L., De La Cruz, T., Vega, J. (2010), quienes hallaron que un grupo de adolescentes entre 13 y 16 años mostraron un nivel bajo, por ello se entiende que no se observan manifestaciones de atracones acompañados de sentimientos de remordimiento.

Así también respecto al indicador insatisfacción corporal, se encuentra que un 42.3% de las alumnas manifiestan en un rango clínico típico, el 41.4% un rango clínico bajo y un 16.2% en el rango clínico elevado, por tanto, se comprende que un grupo superior de alumnas presenta

un sentimiento de insatisfacción con la forma o tamaño de su cuerpo y decepción con su peso corporal. Esto es revalidado por Quiñones, S. (2016), quien obtuvo dentro de su investigación lo siguiente: el 45.4% pertenece al rango clínico típico, lo cual indica que el mayor porcentaje de los estudiantes se sienten insatisfechos con su cuerpo. Corroborando lo sostenido, Rutzstein, G., Scappatural, L., y Murawski, B. (2014) encontraron que un grupo predominante de adolescentes entre 13 y 19 años presentan un nivel promedio en cuanto a la escala de insatisfacción corporal, demostrando incomodidad respecto a su cuerpo. En similitud a lo planteado, Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. (2010) obtuvieron que dentro de un grupo de adolescentes entre 13 y 18 años en cuanto a la escala insatisfacción corporal se ubicaron en un nivel promedio, evidenciando inseguridad en cuanto a su figura.

En cuanto al indicador baja autoestima, se encuentra que un 59.5% de las alumnas manifiestan en un rango clínico bajo, el 32.4% un rango clínico típico y un 8.1% en el rango clínico elevado, por lo cual se concibe que en un sector mayoritario de alumnas se observa ausencia de sentimientos de inseguridad, ineficiencia, incapacidad, desadaptación y percepción de ser incapaz de alcanzar metas personales. Estos resultados coinciden con Quiñones, S. (2016), quien en su investigación encontró que el 62.3% de los estudiantes se ubican en un nivel bajo en cuanto al indicador de baja autoestima, por lo tanto, la mayor parte de estudiantes no presentan importantes sentimientos de inseguridad, ineficacia, desadaptación y ausencia de valía personal.

En relación al indicador alienación personal, se encuentra que un 54.1% de las alumnas manifiestan en un rango clínico bajo, el 36.0% un rango clínico típico y un 9.9% en el rango clínico elevado, por lo obtenido se entiende que una cantidad incrementada de alumnas no presentan con frecuencia sentimientos de vacío emocional y soledad, del deseo de ser otra persona e incomprensión de sí mismos. Coincidiendo nuevamente con Quiñones, S. (2016), quien en su investigación encontró que el 49.3% de los estudiantes se ubican en un nivel bajo

en cuanto al indicador de alienación personal, demostrando que tampoco poseen sentimientos significativos de vacío emocional. Esto es ratificado por Rutzstein, G., Scappatural, L., y Murawski, B. (2014) quienes hallaron que un grupo predominante de adolescentes entre 13 y 19 años presentan un nivel bajo el promedio en cuanto a la escala de alienación personal, evidenciando ausencia de sentimientos de incomprensión o preferencia por ser otra persona.

En cuanto al indicador inseguridad interpersonal, se encuentra que un 46.0% de las alumnas manifiestan en un rango clínico bajo, el 36.9% un rango clínico típico y un 17.1% un rango clínico elevado, dado a ello se percibe que una cantidad superior de alumnas mantienen relaciones interpersonales positivas y las habilidades comunicativas necesarias para poder expresar sus pensamientos íntimos o sus sentimientos a otras personas. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Quiñones, S. (2016) , quien en su investigación encontró que el 48% de los estudiantes se ubican en un nivel bajo en cuanto al indicador de inseguridad interpersonal, se observa que la incomodidad y aprensión que poseen al relacionarse con las demás personas es mínima. Igualmente, Caballero, G. (2014), halló que gran grupo de alumnas adolescentes pertenecientes al quinto año de secundaria presentaron un nivel bajo en la escala inseguridad social, por ello se entiende que las adolescentes sienten comodidad en el ámbito de relaciones interpersonales.

Así también en la tabla N° 4, se continúa con los niveles de trastorno de conducta alimentaria evidenciándose que respecto al indicador desconfianza interpersonal, se encuentra que un 45.1% de las alumnas manifiestan un rango clínico típico, el 43.2% un rango clínico bajo y un 11.7% un rango clínico elevado, por lo que se comprende que un grupo de alumnas experimentan sentimientos de distanciamiento ante las relaciones interpersonales y ocasionalmente la sensación de ser engañado por otros. De la misma manera, Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., Leal, C. (2011) encuentran que gran parte de las adolescentes presentan niveles

regulares del indicador desconfianza interpersonal, se evidencia cierta presencia del sentimiento general de alienación y su desinterés por establecer relaciones íntimas. Esto es ratificado por Cortez, M. (2015) quien halló que la mayoría de adolescentes entre 16 y 25 años presentan el 62.5% en un nivel medio en cuanto a la escala desconfianza interpersonal.

En cuanto al indicador déficit introceptivo, se encuentra que un 46.0% de las alumnas manifiestan en un rango clínico bajo, el 37.8% en un rango clínico típico y un 16.2% un rango clínico elevado, dado así que un sector mayoritario de alumnas no tienen dificultades para identificar con precisión sus estados emocionales y responder propiamente a ellos, por ello esto implica que disponen de capacidad suficiente para afrontar estados emocionales, positivos o negativos, que pueden resultar desagradables.

Esto es corroborado por Quiñones, S. (2016), quien en su investigación encontró que el 46% de estudiantes se ubican en un nivel bajo en cuanto al indicador de déficit introceptivos, se entiende que la mayoría de adolescentes no presentan conflictos para identificar con claridad sus emociones. De la misma manera, Rutzstein, G., Scappatural, L., y Murawski, B. (2014) encontraron que un grupo predominante de adolescentes entre 13 y 19 años presentan un nivel bajo el promedio en cuanto a la escala de déficit introceptivo, mostrándose capaces de enfrentar sus emociones. Esto es ratificado por Caballero, G. (2014), quien halló que gran grupo de alumnas adolescentes pertenecientes al quinto año de secundaria presentaron un nivel bajo en la escala conciencia introceptiva, evidenciando no poseer dificultades para encarar situaciones que involucren emociones.

En consideración al indicador desajuste emocional, se encuentra que un 37.9% de las alumnas manifiestan en un rango clínico elevado, el 33.3% en un rango clínico típico y un 28.8% un rango clínico típico, por lo cual se entiende que un grupo predominante de alumnas presentan una tendencia hacia la inestabilidad emocional, impulsividad, temeridad, ira y autodestrucción. Corroborando con lo sostenido, Casullo, M., Gonzales, R., Sifre, S. y Martorell, C. (2000)

hallaron que la mayoría de adolescentes entre 13 y 19 años mostraron un nivel alto en relación al indicador impulsividad, se denota que un grupo mayoritario de adolescentes evidencia dificultades para regular sus emociones e impulsos.

Al respecto al indicador perfeccionismo, se encuentra que un 53.2% de las alumnas manifiestan en un rango clínico bajo, el 32.4% en un rango clínico típico y un 14.4% un rango clínico elevado, se comprende que el mayor conjunto de alumnas no presenta niveles de exigencia demasiado rígidos e inapropiados o alejados de su realidad. Esto es ratificado por Quiñones, S. (2016) , quien en su investigación encontró que el 51.3% de estudiantes se ubican en un nivel bajo en cuanto al indicador de perfeccionismo, se entiende que los adolescentes tampoco se imponen metas excesivas o subyugadas a causa de incesantes esfuerzos por controlar su peso. Así mismo, Caballero, G. (2014), halló que gran grupo de alumnas adolescentes pertenecientes al quinto año de secundaria presentaron un nivel bajo en la escala perfeccionismo, demostrando ausencia de demandas que requieran obstinación para cumplir sus objetivos. Coincidiendo a lo planteado, Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. (2010) obtuvieron que dentro de un grupo de adolescentes entre 13 y 18 años en cuanto a la escala perfeccionismo se ubicaron en un nivel bajo, denotando no seguir parámetros rigurosos que conlleven a disminuir el peso.

En referente al indicador ascetismo, se encuentra que un 46.0% de las alumnas manifiestan un rango clínico típico, el 40.0% en un rango clínico bajo y un 13.5% un rango clínico elevado, por lo cual se indica que un grupo amplio de alumnas presentan una tendencia importante a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales, como autodisciplina, renuncia, restricción y autosacrificio. De la misma forma Quiñones, S. (2016) , quien en su investigación encontró que el 43.3% de estudiantes se ubican en un rango típico en cuanto al indicador de ascetismo, se comprende que los adolescentes experimentan un control de las necesidades corporales experimentando sentimientos de culpa cuando se experimenta el placer. Esto es

ratificado por Cortez, M. (2015) quien halló que la mayoría de adolescentes entre 16 y 25 años presentan el 58% en un nivel medio en cuanto a la escala ascetismo.

En relación al indicador miedo a la madurez, se encuentra que un 53.2% de las alumnas manifiestan en un rango clínico típico, el 29.7% en un rango clínico elevado y un 17.1% un rango clínico bajo, por tanto, se entiende que un grupo predominante de alumnas prefieren regresar a la seguridad de la infancia y de esta forma, esquivar las exigencias atribuidas a lo largo del crecimiento hacia la madurez. Coincidiendo con lo propuesto, Quiñones, S. (2016), quien en su investigación encontró que el 48% de los estudiantes se ubican en un rango típico en cuanto al indicador de miedo a la madurez, mostrando tendencias predominantes hacia una regresión a la etapa infantil. Igualmente, Rutzstein, G., Scappatural, L., y Murawski, B. (2014) encontraron que un grupo predominante de adolescentes entre 13 y 19 años presentan un nivel promedio en cuanto a la escala de miedo a la madurez, mostrándose temerosas de crecer y presentando inseguridad ante las demandas que involucran madurar. Corroborando lo sostenido, Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. (2010) obtuvieron que dentro de un grupo de adolescentes entre 13 y 18 años en cuanto a la escala miedo a la madurez se ubicaron en un nivel promedio, indicando temor por las obligaciones y responsabilidades que se presentan al transcurrir a la vida adulta.

Por otro lado en la tabla N° 5, se muestra los niveles de rasgos de personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo, encontrándose que respecto a la dimensión introversión – extraversión existe un 50.5% de alumnas con tendencia a la extraversión, un 29.7% alumnas altamente extrovertidas, un 15.3 % de alumnas con tendencia a la introversión y un 4.5% de alumnas altamente introvertidas, esto quiere decir que en su mayoría dichas alumnas tienden a establecer contactos sociales y participar en actividades de grupo, mostrando gusto por correr aventuras regidas por su impulsividad y despreocupación. Esto es

ratificado por Saíz, P., Gonzáles, M., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, L., Granda, B. y Bobes, J. (1999), quienes hallaron que un grupo de adolescentes entre 13 y 21 años mostraron puntuaciones con tendencia a la extraversión, pero no de forma significativa. De la misma forma, Cortez, M. (2015) quien halló que la mayoría de adolescentes entre 16 y 25 años presentan el 62% en un nivel medio en cuanto a la dimensión extraversión.

Así también respecto a la dimensión estabilidad – inestabilidad se evidencia que el 35.1% de alumnas muestran una tendencia estable, el 32.4% se muestran estables, el 20.7% muestran tendencia inestable y el 11.7% de alumnas se muestran altamente inestables, esto quiere decir que en su mayoría las alumnas son estables, persistentes, tranquilas, sosegadas y confiadas, libre de tensiones y rigidez; así mismo, demuestran regular sus emociones, observándose ausentes exabruptos emocionales o excitabilidad rápida . Esto es corroborado por Galarsi, M., Ledezma, C., De Bortoli, M., y Correche, M. (2009) quienes en su investigación encuentran que la mayoría de las adolescentes entre 17 y 25 años presentan niveles bajos en neuroticismo, mostrándose libres de ansiedad, apatía y exabruptos emocionales. Igualmente, Cortez, M. (2015) quien halló que la mayoría de adolescentes entre 16 y 25 años presentan el 67% en un nivel medio en cuanto a la dimensión emotividad, demostrando una adecuada estabilidad emocional.

El dar a conocer los niveles de cada variable de estudio permite ampliar la información descriptiva de cada una de las variables. A partir de ello se pasará a dar respuesta a la hipótesis general de la presente investigación.

Es así que tal como se observa en la tabla N° 6, la prueba estadística de correlación de Spearman encuentra evidencia de la existencia de una correlación positiva, de grado medio y altamente

significativa ($p < .01$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria: (Bulimia, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit introceptivos y Desajuste emocional y Ascetismo) con el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo. Esto quiere decir que la tendencia de la adolescente a sufrir ataques incontrolados de ingesta de comida y pensar en ellos; la sensación de no comprenderse a sí misma, la sensación de soledad; la incomodidad y aprensión ante ciertos contactos sociales; la sensación de sentirse engañado y no comprendido; la inclinación a no regular sus emociones, la tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales como autodisciplina, renuncia y control de necesidades corporales pueden estar presentes en adolescentes con rasgos de personalidad tales como inseguridad, retraimiento pesimismo, e incluso en adolescentes con rasgos de personalidad sociables, aventureros e impulsivos con deficiente autocontrol. Surichaqui, M. (2012). quien sostiene que los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes son los siguientes: sufrir de inseguridad, timidez o introversión; tener baja autoestima; preocuparse excesivamente o ser muy sensible a las opiniones de los demás o las influencias del entorno; ser poco habilidoso en las relaciones sociales. Así también Kaplan, H. & Sadock, B. (2009) refieren que los pacientes con bulimia nerviosa, como aquellos con anorexia nerviosa, tienen serias dificultades en su adolescencia, pero los pacientes bulímicos son más extrovertidos, irritables e impulsivos. Dichas personas carecen del control del superyó y de la fuerza del yo que tienen los pacientes con anorexia. Sus dificultades para controlar los impulsos se manifiestan en atracones y purgas que son elementos característicos de este trastorno.

De igual manera, se identifica una correlación positiva, de grado débil y altamente significativa ($p < .01$), entre el indicador Baja autoestima de los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo

de personalidad Introversión-Extraversión; esto indica la presencia de sentimientos de inseguridad e ineficacia, acompañados de ausencia de valía personal, los cuales pueden relacionarse con los rasgos de personalidad en adolescentes que exhiben una conducta reservada, así como demuestran no participar en actividades grupales; de la misma forma se presencia dichas conductas en adolescentes desinhibidos, con tendencias a realizar actividades riesgosas conjunto a una actitud despreocupada. Esto se corrobora con Gil, E. (2005) cita a Fairburn, Cooper, Doll (1999), quienes encontraron que la evaluación negativa de sí mismo es un factor de riesgo relativamente importante para sufrir anorexia nerviosa y en la bulimia se manifiesta timidez, soledad y sentimientos de inferioridad durante la etapa previa a la aparición del trastorno. De igual manera Rodríguez, L., Gutiérrez, M., Vaz, F., García, A. (2006) refieren que la baja autoestima es un factor predisponente a la bulimia. Son personas muy necesitadas de aprobación externa, hacen lo que se espera de ellas, y al estar pendientes de lo que se espera de ellas, no saben muy bien lo que ellas necesitan o sienten, de ahí su dificultad en detectar sus sentimientos y sensaciones corporales.

Del mismo modo se encuentra una correlación positiva, de grado medio y significativa ($p < .05$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Insatisfacción corporal y Perfeccionismo) y el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión; por lo que se observa la tendencia a presentar un intenso temor a ganar peso además de un fuerte deseo de estar más delgado; acompañado de intentos de alcanzar objetivos muy exigentes, en estudiantes con rasgos de personalidad tales como vergüenza y rigidez ante una congregación de personas, de la misma forma preferencia a realizar actividades en solitario; adicionalmente dichas conductas estarían presentes en las adolescentes con una vida social muy activa, accesibles ante experimentar nuevas sensaciones. Esto es corroborado por Rodríguez, L., Gutiérrez, M., Vaz, F., García, A. (2006) quienes indican que una marcada

tendencia al perfeccionismo y al autocontrol es otro de los factores individuales y personales que facilitan la aparición del trastorno, sobre todo en la anorexia nerviosa. Así también Gil, E. (2005) cita a Kawautz, A. (2003), quien considera que el perfeccionismo ha sido identificado como un factor de riesgo tanto para la anorexia como para la bulimia, está presente antes de la aparición del trastorno, se incrementa durante la enfermedad y se mantiene tras la recuperación.

Por otro lado, no se identifica correlación significativa ($p>.05$), del indicador miedo a la madurez de los trastornos de conducta alimentaria con la dimensión Introversión - Extraversión de la personalidad en las referidas alumnas. Es por ello que se comprende que las adolescentes que son solitarias y esquivas a situaciones sociables, igualmente quienes presentan rasgos afables y accesibles con nuevos contactos, no necesariamente manifiestan deseos de regresar a la seguridad de la infancia evadiendo exigencias que involucran madurar.

Rossito, M. (2015) sostiene que, de acuerdo a los resultados obtenidos, las adolescentes albergadas en el hogar poseen una madurez psicológica ubicada en el nivel medio; lo cual evidencia que, a pesar de las carencias afectivas, emocionales y económicas, estas en su mayoría son capaces de enfrentarse a los problemas cotidianos de la vida y poder salir adelante.

La tabla 7, muestra que la prueba estadística de correlación de Spearman señala que los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal y Desajuste emocional) denotan correlación muy significativamente ($p<0.01$), inversa y en grado medio con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad. Se entiende entonces que aquellas adolescentes que exteriorizan un frágil discernimiento de quien son; que reflejan retraimiento frente el encuentro con nuevas personas; percepción de ser burlados por otros suelen presentar tendencia a no moderar

impulsos y emociones, reflejando una emotividad muy intensa. Esto es corroborado por Rojas, A. (1986) quien refiere que el neuroticista es una persona generalmente tensa, ansiosa, insegura y tímida, presenta bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas o irrupciones emocionales desproporcionadas. Así también por Rodríguez, L., Gutiérrez, M., Vaz, F., García, A. (2006) refieren que en la bulimia suele existir una mayor impulsividad, fragilidad y búsqueda de emociones junto a una menor disciplina y autocontrol.

Asimismo, se observa que la prueba de Spearman encuentra evidencia que los indicadores de trastornos de conducta alimentaria (Baja autoestima, Déficit introceptivos y Perfeccionismo) reflejan correlación significativa ($p < .05$), inversa y en grado débil con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad en las alumnas del nivel secundaria de una institución educativa particular de Trujillo; se infiere que la existencia de sentimientos de inutilidad, carencia de estima hacia uno mismo; la tendencia a no ser capaces de identificar los propios estados emocionales; acompañado de la necesidad de superar metas demasiado ambiciosas, puede presentarse en adolescentes con exabruptos emocionales, así como excitabilidad rápida. Esto es corroborado por Galarsi, M., Ledezma, C., De Bortoli, M., y Correche, M. (2009) quienes en su investigación obtuvieron que las adolescentes que se consideran ineficaces evidencian mayores rasgos de neuroticismo. De igual manera Mori, P. (2002) indica que el neuroticista presenta las siguientes características: preocupación, irritabilidad, tensión, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa y baja autoestima. Así también para Eysenck y Eysenck (1987) un alto nivel de inestabilidad caracteriza a una persona irracional, tímido, triste y emotiva.

Por otro lado no se evidencia correlación significativa ($p > .05$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal,

Ascetismo y Miedo a la madurez) con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad en las alumnas integrantes de la muestra, por lo que se observa que la tendencia a sentir pánico al ganar peso, a padecer episodios de ingesta de comida de forma desmedida, disgusto con su figura, la predisposición a encontrar la virtud realizando prácticas espirituales suele estar presente en aquellas adolescentes que se caracterizan por ser manifestar dificultades emocionales y respuestas inadecuadas ante sus emociones. Esto es ratificado por Bottinelli, M. (2011) concluye que los trastornos de la alimentación son el resultado de múltiples factores intervinientes ya sean genéticos, familiares, culturales, psicológicos, sociales, entre otros. No se puede hablar de un solo factor que intervenga en un trastorno alimentario. De igual manera por Cortez, M. (2015) quien halló que la mayoría de adolescentes no manifiestan una relación directa entre las siguientes escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y ascetismo con la escala de emotividad. Así también, Gómez, M. (2007) señala como primer factor desencadenante a la preocupación por la figura y el miedo a engordar. Generalmente, la bulimia se inicia a partir de un acontecimiento concreto que, puede ser un episodio relacionado con la figura (cambios bruscos de peso, burlas de los demás hacia la propia imagen, etc.) o la presencia de alguna situación estresante (cambio de colegio, desengaño amoroso, fracaso escolar, separación de los padres, etc.). Como consecuencia de estas situaciones suele aparecer un terrible miedo a engordar, provocando de esta manera la adopción de conductas alimentarias que no son saludables.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Respecto a los indicadores de trastornos de conducta alimentaria, obsesión por la delgadez, bulimia, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, introceptivo y perfeccionismo se observa que la mayor parte de las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo manifiestan un rango clínico bajo, seguido de un rango clínico típico y un menor porcentaje un rango clínico elevado.

Así también respecto a los indicadores insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, ascetismo, miedo a la madurez, se encuentra la mayoría de las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo manifiestan un rango clínico típico, seguido de un rango clínico bajo y finalmente el rango clínico elevado.

En consideración al indicador desajuste emocional, la mayor parte de las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo manifiestan un rango clínico elevado, seguido de un rango clínico bajo y rango clínico típico.

Por otro lado, se muestra los niveles de rasgos de personalidad, encontrándose que respecto a la dimensión introversión – extraversión existe un 50.5% de alumnas con tendencia a la extraversión, un 29.7% alumnas altamente extrovertidas, un 15.3 % de alumnas con tendencia

a la introversión y un 4.5% de alumnas altamente introvertidas en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

Así también respecto a la dimensión estabilidad – inestabilidad se evidencia que el 35.1% de alumnas muestran una tendencia estable, el 32.4% se muestran estables, el 20.7% muestran tendencia inestable y el 11.7% de alumnas se muestran altamente inestables en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

La prueba estadística de correlación de Spearman encuentra evidencia de la existencia de una correlación positiva, de grado medio y altamente significativa ($p < .01$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria: (Bulimia, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit introceptivos y Desajuste emocional y Ascetismo) con el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

De igual manera, la prueba estadística de correlación de Spearman identifica una correlación positiva, de grado débil y altamente significativa ($p < 0.01$), entre el indicador Baja autoestima de los trastornos de conducta alimentaria y el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

Del mismo modo la prueba estadística de correlación de Spearman, encuentra una correlación positiva, de grado medio y significativa ($p < .05$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Insatisfacción corporal y Perfeccionismo) y el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

Por otro lado, no se identifica correlación significativa ($p > .05$), del indicador miedo a la madurez de los trastornos de conducta alimentaria con la dimensión Introversión - Extraversión de la personalidad en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

Sin embargo, la prueba estadística de correlación de Spearman señala que los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal y Desajuste emocional) denotan correlación muy significativamente ($p < 0.01$), inversa y en grado medio con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

Asimismo, se observa que la prueba de Spearman encuentra evidencia que los indicadores de trastornos de conducta alimentaria (Baja autoestima, Déficit introceptivos y Perfeccionismo) reflejan correlación significativa ($p < .05$), inversa y en grado débil con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

Por otro lado, no se evidencia correlación significativa ($p > .05$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ascetismo y Miedo a la madurez) con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad en las alumnas de secundaria de una institución educativa particular de Trujillo.

5.2. Recomendaciones:

- Dado que se observa que la mayor parte de la población de estudio manifiestan un rango clínico bajo, seguido de un rango clínico típico en los indicadores de trastornos de conducta alimentaria, obsesión por la delgadez, bulimia, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, introceptivo y perfeccionismo, se recomienda al servicio de psicología de la institución educativa, establecer programas donde las beneficiarias sean las alumnas y sus padres de familia, con el fin de abordar los factores predisponentes a los trastornos alimenticios y mejorar la comunicación directa entre las estudiantes y sus padres, teniendo en cuenta que estos últimos son el grupo de apoyo primario de las estudiantes.
- Así también, puesto que gran parte de las adolescentes muestran un rango clínico típico, respecto a los indicadores insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, ascetismo, miedo a la madurez, así como un rango elevado en el indicador desajuste emocional, es recomendable que el servicio de psicología y los tutores realicen un trabajo multidisciplinario, ejecutando bajo el enfoque terapéutico cognitivo conductual, en las siguientes temáticas: identificación de sentimientos y emociones, control de la ira, estrategias de afrontamiento ante situaciones de conflicto.
- Por otro lado, se evidencia que el 20.7% de adolescentes muestran tendencia inestable y el 11.7% de alumnas se muestran altamente inestables por lo cual se recomienda al servicio de psicología de la institución educativa, efectuar talleres orientados al manejo del estrés, ansiedad, asertividad, entre otros, con el propósito que dichas adolescentes puedan enfrentar las diversas situaciones que se les presenten.

- Puesto que la prueba estadística de correlación de Spearman encuentra evidencia de la existencia de una correlación positiva, de grado medio y altamente significativa ($p < .01$), entre los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria con el rasgo de personalidad Introversión-Extraversión se recomienda servicio de psicología y al área de tutoría, la elaboración y ejecución de programas preventivos y de intervención para dichos trastornos considerando las particularidades de personalidad de la población de estudio y así obtener mejores resultados.
- De igual manera, dado que la prueba estadística de correlación de Spearman señala que los indicadores de los trastornos de conducta alimentaria denotan correlación muy significativamente ($p < 0.01$), inversa y en grado medio con el rasgo de personalidad Estabilidad-Inestabilidad es recomendable que el servicio de psicología de la institución educativa brinde a las estudiantes talleres de autoestima, inteligencia emocional y resiliencia.
- Se recomienda además al director de la institución fomentar capacitación en temas relacionados a los trastornos de conducta alimentaria a los docentes y tutores, con el propósito que puedan darse cuenta de algunos indicadores de alarma entre las adolescentes y puedan ser derivadas oportunamente al servicio de psicología.

CAPITULO VI

REFERENCIAS Y ANEXOS

6.1. Referencias

Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Editorial Marcombo

Agras, W., Halmi, K., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G., Bryson, S., (2005) Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 62, p. 76–81.

Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. Editorial Pearson Educación, México.

Allport, G. (1955). *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality*. Michigan, E.E.U.U.: Yale University Press.

Aliaga-Deza¹, L., De La Cruz, T., Vega, J. (2010). Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, Lima, Perú. *Revista Neuropsiquiatría* vol.73, p. 52 – 61.

Arrufat, F. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Universidad de Barcelona.

American Psychiatric Association APA. (1994). Washington.

Ausubel, D. (1954). *Theory and problems of adolescent development*. Editorial Grune and Stratton

Baile, J., Raich, R. y Garrido, E. (2003) Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología* vol. 19, nº 2, p. 187 - 192. Universidad de Murcia, España.

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Editorial Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Barroso, M. (2012). *Aproximación antropológica a los trastornos de la conducta alimentaria*. Universitat Abat Oliba
- Barry, D., Grilo, C.y Masheb, R. (2002). Gender differences in patients with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 31, p. 63-70.
- Becker, A., Grinspoon S., Klibanski, A., Herzog, D. (1999) Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, vol. 340, p. 1092–1098
- Behar, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría*, p. 135 - 146
- Borrego, C. (2010). *Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad César Vallejo.
- Bottinelli, M. (2011) Indicadores de Trastornos de la Alimentación en estudiantes universitarios. Universidad Abierta Interamericana.
- Bulik, C., Sullivan, P., Wade, T., & Kendler, K. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 27, p. 1-20.
- Cabasés, J. (1999). Aspectos históricos de la medicina sobre trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*, p. 17 - 22
- Caballo, V., Guillén, J., Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Revista Psico* vol. 40, p. 319-327. Universidad de Granada, España.
- Caballero, G. (2014). Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima Metropolitana. Universidad de San Martín de Porres.

Calvo, R. (2002). Terapia cognitivo - conductual en adolescentes con TCA. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, p. 55 - 73.

Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A., Munguía, E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, p. 51 - 55.

Casullo, M., González, R., Sifre, S., Martorell, C. (2000). El comportamiento alimentario en estudiantes adolescentes españoles y argentinos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, vol. 10, N° 2, p. 9 – 24.

Cattell, R. (1982). *The inheritance of personality and ability: Research methods and findings*. Nueva York: Academic.

Chatoor, I. (1999). Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook*, pp. 17-21.

Chirinos, C. (2014) Propiedades psicométricas del EDI - 3 en alumnos de secundaria. Universidad César Vallejo.

Chunga & Jara (2002). Rasgos de personalidad en adolescentes femeninas escolares con y sin predisposición a los trastornos de la conducta alimentaria del distrito de Trujillo. Universidad César Vallejo.

Clonninger, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Pearson Educación.

Correa M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría* , p. 153-160.

Cortez, M. (2015). Dimensiones de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Enfermería Técnica. *Revista “Ciencia y Tecnología”* N° 2, p. 125-138.

Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico 7ª edición*. Editorial Prentice Hall

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., Marzolo, P. (2008) Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Revista Psykhe*, vol. 17, p.81-90.

Dalle, R. y Grave. (2011). Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*, vol. 22, p. 153 - 160.

Dally, P. y Gómez, J. (1979). *Anorexia Nervosa*. William Heinemann Medical Books.

Del Águila, M., Motos, A., Murcia, M. (2001). *Personalidad y Trastornos de conducta alimentaria: Un estudio comparativo con el MCMI- II*. Rev. Psiquiátrica y Psicológica del Niño y Adolescente.

De Miguel, A. (2000). Estructura de personalidad y trastornos de personalidad: correlatos de personalidad de los trastornos de personalidad definidos por clasificaciones de consenso. Editorial La Laguna.

Díaz, M., Carrasco, J., y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in Anorexia and Bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, vol. 14, p. 352-359.

Domínguez, S., Villegas, G., Yauri, C., Aravena, S. y Ramírez, F., (2013). Análisis Psicométrico Preliminar de la Forma Corta del EPQ-R en una muestra de Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Psicología*, vol. 21, p. 73-82. Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

Eysenck, H. (1987). *Personality Dimensions and Arousal*. Editorial Plenun Press.

Fairburn, C. (1993). *Cognitive - behavioral treatment for bulimia*. New York, Editorial Guildford Press.

Fierro, A. (1990). Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. *Psicología Evolutiva*, p. 327-346

Freud, S. (1923-1925). Obras completas. El yo y el ello y otras obras Vol. XIX. Edición Amorrortu.

Galarsi, M., Ledezma, C., De Bortoli, M., y Correche, M. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades*, vol. X, N° 19, p. 157-165. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Galindo, S. (2012). Factores influyentes en el riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes de un colegio estatal y particular de Villa María del Triunfo. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Universidad Ricardo Palma.

García, A. Rivera, I., Botella, C. (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*, p. 91 - 109.

Garner, D. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York : The Guilford Press.

Garner, D. (2010). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI - 3*. España: TEA Ediciones.

Gil, E. (2005). Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. Universidad de Granada.

Gómez, M. (2007). *Bulimia*. Editorial Síntesis S.A. España

Gonzáles, L. U. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 2.

Gorab, A. I. (2005). *¿Cómo ves? Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia*. México: UNAM.

Goycochea, R. (16 de 03 de 2015). Anorexia: problema psiquiátrico que empieza a pesar en la infancia. *La República*.

Guerrero, D. (2008). Adaptación del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI – 2) en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 16, p. 348-356

Hay, P. y Mond, J. (2005). How to ‘count the cost’ and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, vol. 14, p. 539-552.

Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., Kessler, R. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biological Psychiatry*, vol. 61, p. 348–358.

Hull, C. (1943). *Principles of behavior*. Editorial Appleton, New York.

Infantes, M. (2015) *Propiedades psicométricas del inventario de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados*. Universidad César Vallejo, Trujillo.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental* p.18

Juárez, A. R. (04 de 11 de 2015). Dieta mortal para los adolescentes. *La Libertad Informa*.

Kaplan, H., Sadock, B. (2009) Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica”. Barcelona: Editorial Panamericana.

Keel, P., Brown, T. (2010) Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 43, p.195–204.

Krauskopf, D. (1994). *Adolescencia y Educación* 2ª ed. Editorial EUNED.

Leal, I. Vidales, F. y Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México: Limusa.

López, C., Treasure, J. (2011) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista médica clínica condes* p. 85 - 97

Lozoya, J. (2010). Características del ser humano: concepto y rasgos de personalidad. *Revista Salud Mental*, vol.52, p. 132-205.

Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, p. 45-58.

Martínez, P., Zusman, L, Hartley, J., Morote, R., Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP*. Vol. XXI, 2.

Maslow, A. (1948). Higher and lower needs. *Journal of Psychology* vol. 25, p. 433- 436

Mejía, C. (2017). Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en estudiantes de secundaria - San Juan de Lurigancho. Lima. Universidad César Vallejo.

Menchón, J. (2013). Is Pathological Gambling Moderated by Age. *Journal of Gambling Studies*. vol. 35, p. 80-115.

Méndez, J., Vázquez, V., García, E. (2008) Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, vol. 65, p. 579-592.

Millon, T. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Montaño, M., Palacios, J., Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Revista Psychologia: Avances de la disciplina*, vol. 3, p. 81 - 107, Universidad de San Buenaventura, Colombia.

Murcia, F. (2014). *Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria*. Instituto de Ciencias del Comportamiento, España.

Murguía, D., Reyes, R. (1956). El psicoanálisis, Freud y sus continuadores. *Revista de psiquiatría de Uruguay*, vol. 21 p. 19-38.

Nielsen, J. (1998). Religious coping and mental health outcomes in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol.186, p. 513-521.

Pando, M., Hurtado, M. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los trastornos de la personalidad. *Revista Ajayu*, vol. 3 N°1. Universidad Católica Boliviana.

Papadopoulos, F., Ekbom, A., Brandt, L. y Ekselius, L. (2009) Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosas. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 194, p. 10–17.

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano 9ª Edición*. Editorial McGraw - Hill Interamericana.

Parolari, F. (1995). *Psicología de la adolescencia*. Editorial San Pablo.

Pelechano, V. (1996). *Psicología de la personalidad I Teorías*. Barcelona: Ariel. p. 19 - 26.

Polivy, J. y Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, vol. 53, p. 187-213.

Powers, P., Santana, C. (2002). Eating disorders. A guide for the primary care physician. Primary Care; Clin Office Practice, vol. 29.

Quiñones, S. (2016). Autoconcepto Físico y Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes de un centro pre-universitario – Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego

Ramacciotti, C., Coli, E., Passaglia, C., LaCorte, M., Pea, E., Dell’Osso, L. (2000). Binge eating disorder: Prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Rev. Psychiatry Research*, vol. 94, p. 131–138.

Riffo, P., Pérez, M., González, M. & Aranda (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de hábito del comer en estudiantes de medicina. *Revista Chilena Salud Pública*, 7(3), p. 146-149.

Rioseco, P, Valdivia, S., Vicente, B., Vielma, M. & Jerez, M. (1996). Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 11 (3), p. 158-165.

Riquelme, R., Oksernberg, A. (2003). Trastornos de personalidad: hacia una mirada integral. Sociedad Chilena de Salud Mental.

Robb A. (2001) Eating disorders in children: Diagnosis and age-specific treatment. *Psych Clin North America*, vol. 24

Rojas, A. (1986). Dimensiones de Extraversión-Introversión. Estabilidad-Neuroticismo en adolescentes que estudian en colegios de la Guardia Civil de Lima: comparación de los hijos de policías e hijos de civiles. Universidad San Martín de Porres

Rajo, L., Livianos, L., Conesa, Ll., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, Ll. y Vila, M. (2003). *Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years*. International Journal of Eating Disorders, vol. 34, p. 281-291.

Rodriguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Lima : Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rodriguez, L., Gutiérrez, M., Vaz, F., Garcia, A. (2006) Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2. Editorial: Junta de Extremadura

Rossito, M. (2015). Madurez psicológica de las adolescentes institucionalizaas entre 15 y 18 años del hogar seguro "Virgen de la Asunción". Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Rice, F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Editorial Prentice Hall

Rutzstein1, G., Scappatura, L., Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios p. 39 – 49.

Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Scappatura, L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, vol. 1, N° 1, p. 48-61. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sáiz, P., González, M., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M., Granda, B., Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Revista Adicciones*, vol.11, N° 3, p. 209-220.

Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, p. 67-80.

Salcedo, C. (2000). La adicción por la delgadez. *Una mirada a la ciencia. Antología de la revista ¿Cómo ves?*, 44 - 46. México, UNAM.

Saravia, M. (2013) *Rasgos de personalidad en adolescentes entre 14 - 18 años, agresoras de bullying, estudiantes de 4to. bachillerato, de un colegio privado de Guatemala*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Seelbach, G. (2012). *Teorías de la personalidad*. México, Editorial Red Tercer Milenio.

Shoebridge, P. y Gowers, S. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *The British Journal of Psychiatry*. p. 132-176.

Soto, A., Cáceres, K., Faure, M., Gásquez, M., Marengo, L. (2013). Insatisfacción corporal, búsqueda de la delgadez y malnutrición por exceso, un estudio descriptivo correlacional en una población de estudiantes de 13 a 16 años de la ciudad de Valparaíso. *Revista Chilena Nutricional* Vol. 40, N°1, p. 10 – 15.

Surichaqui, M. (2012) Factores predisponentes de los TCA en adolescentes de una institución privada Chosica - 2011. Universidad Ricardo Palma.

Sullivan, H. (1953). *Interpersonal Theory of Psychiatry*. Edición a cargo de Perry, H. y Gawel, M.

Unikel, C., Caballero, A. (2010) Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena de nutrición*, vol.38, p. 128 - 135

Toribio, C. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en alumnos del nivel secundaria de instituciones educativas particular y estatal – 2012. Universidad Privada Antenor Orrego.

Toro, J. (2009). *Trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes*. Edición Humanitas Humanidades Médicas.

Toro, J. (2004). Imagen corporal e insatisfacción corporal en *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*, p.181-208.

Torres, I. (2004). Comorbilidad de la anorexia y bulimia nerviosas con los trastornos de personalidad. Universidad de Sevilla.

Turón, V., Thomas, P. (1955). *Antidepresivos en la bulimia nerviosa*. Barcelona, Editorial Mosby/Doyma

Weissberg, K. Q. (2010). *Guía de trastornos alimenticios*. México: PNUD.

Wijbrand, H., Van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* n° 34, p. 383-396.

Zusman, L. (1999). La depresión y los trastornos de la alimentación en la mujer. *Revista de Psicología de la PUCP*, vol. 17, p. 106-127.

6.2. Anexos

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Yo, _____ con número de DNI: _____ acepto participar voluntariamente en la investigación titulada “Trastornos alimenticios y rasgos de personalidad en alumnas del nivel secundario de una institución educativa particular de Trujillo”, realizada por la estudiante de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego, Blanca Paredes Núñez.

He sido informado sobre la naturaleza y los propósitos de la investigación y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

DNI:

EDI – 3

INSTRUCCIONES

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos.

Algunas de las cuestiones están relacionados 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 respuestas**, el número de la opción que consideres más adecuada en tu caso. Por ejemplo, si en una afirmación consideras que lo que se describe es algo que te ocurre a ti **Casi**

Siempre deberías rodear el número 4.

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 que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta.

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO,

ANOTA TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE

RESPUESTAS.

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser 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 sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento 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.
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.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
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 incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.

57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o ira.
80. Creo que la gente confía en mí 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 bruscos.
86. Me siento incómodo 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 a los demás o a mí mismo.

91. Creo que realmente sé quién soy.

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A
TODAS LAS FRASES.**

EDI – 3

PESO	ESTATURA

HOJA DE RESPUESTAS

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 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, sólo 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	19	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

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

EYSENCK Y EYSENCK – FORMA B

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un “SI” o con una “NO” según sea su caso.

Trate de decir “SI” o “NO” representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna “SI” o “NO” de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas” y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

CUESTIONARIO

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?
3. ¿Tiene casi siempre una contestación lista a la mano cuando se le habla?
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
6. Cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿Se enfada o molesta a menudo?
8. Cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿Es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado (a)?
13. ¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?

18. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿Le gusta las bromas?
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. Cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿Sufre de los nervios?
41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
42. ¿Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy día?
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?

- 47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
- 48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
- 49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
- 50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
- 51. ¿Se mantiene usualmente hénrico(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
- 52. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
- 53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
- 54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?
- 55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?
- 56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
- 57. ¿Siente “sensaciones” en el abdomen, antes de un hecho importante?

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

EYSENCK Y EYSENCK – FORMA B

Hoja de respuestas

Apellidos y Nombres: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1.	☐	☐	20.	☐	☐	39.	☐	☐
2.	☐	☐	21.	☐	☐	40.	☐	☐
3.	☐	☐	22.	☐	☐	41.	☐	☐
4.	☐	☐	23.	☐	☐	42.	☐	☐
5.	☐	☐	24.	☐	☐	43.	☐	☐
6.	☐	☐	25.	☐	☐	44.	☐	☐
7.	☐	☐	26.	☐	☐	45.	☐	☐
8.	☐	☐	27.	☐	☐	46.	☐	☐
9.	☐	☐	28.	☐	☐	47.	☐	☐
10.	☐	☐	29.	☐	☐	48.	☐	☐
11.	☐	☐	30.	☐	☐	49.	☐	☐
12.	☐	☐	31.	☐	☐	50.	☐	☐
13.	☐	☐	32.	☐	☐	51.	☐	☐
14.	☐	☐	33.	☐	☐	52.	☐	☐
15.	☐	☐	34.	☐	☐	53.	☐	☐
16.	☐	☐	35.	☐	☐	54.	☐	☐
17.	☐	☐	36.	☐	☐	55.	☐	☐
18.	☐	☐	37.	☐	☐	56.	☐	☐
19.	☐	☐	38.	☐	☐	57.	☐	☐

N:

E:

L:

.....

.....

.....

ANEXO C

Tabla C1

Confiabilidad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

Escala	K-S	Sig.(p)
Obsesión por la delgadez	.158	.000**
Bulimia	.145	.000**
Insatisfacción corporal	.081	.070
Baja autoestima	.182	.000**
Alienación personal	.139	.000**
Inseguridad interpersonal	.061	.200
Desconfianza interpersonal	.093	.020*
Déficits introceptivos	.093	.020*
Desajuste emocional	.117	.001**
Perfeccionismo	.076	.134
Ascetismo	.104	.005**
Miedo a la madurez	.112	.002**

K-S: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario de Trastornos de conducta alimentaria en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo.

**Valores altamente significativos $p < 0.01$; *Valores significativos $p < 0.05$, Valores no significativos $p > 0.05$.

En la tabla C1, se aprecia que en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo, la prueba de Kolmogorov-Smirnov establece que las escalas: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Baja autoestima, Alienación personal, Desajuste emocional, Ascetismo y Miedo a la madurez difieren de manera altamente significativa ($p < 0.01$) de la distribución normal; Las escalas: Desconfianza interpersonal y Déficits introceptivos difieren significativamente ($p < 0.05$) de la distribución normal; en tanto que las escalas: Insatisfacción corporal, Inseguridad interpersonal y Perfeccionismo no difieren significativamente ($p > 0.05$) de la distribución normal.

Tabla C2

Confiabilidad del Inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Escala	Estadístico K-S	Sig.(p)
Introversión – Extraversión	.158	.000**
Estabilidad – Inestabilidad	.094	.016*

K-S: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov

Fuente: Resultados de la aplicación del Inventario de Personalidad en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

**Valores altamente significativos $p < 0.01$; *Valores significativos $p < 0.05$.

En la tabla C2, se evidencia que en el Inventario *de personalidad de Eysenck y Eysenck, en alumnas del nivel secundaria*, la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov establece que la escala Introversión – Extraversión, difiere de manera altamente significativa ($p < 0.01$) de la distribución normal. Asimismo, la escala Estabilidad - Inestabilidad difiere significativamente ($p < 0.05$) de la distribución normal. De los resultados obtenidos de la evaluación de la normalidad en ambos inventarios, se dedujo que la prueba estadística a utilizar para evaluar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los rasgos de personalidad sería la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

Tabla C3

Confiabilidad del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Escala	N° Ítems	Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach
Obsesión por la delgadez	7	.844
Bulimia	8	.668
Insatisfacción corporal	10	.725
Baja autoestima	6	.778
Alienación personal	7	.705
Inseguridad interpersonal	7	.707
Desconfianza interpersonal	7	.477
Déficits introceptivos	9	.724
Desajuste emocional	8	.725
Perfeccionismo	6	.538
Ascetismo	7	.568
Miedo a la madurez	8	.578

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En la tabla C3, se presenta el valor del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach según escalas, donde se puede observar que la Escala Obsesión por la delgadez muestra un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .844, calificado como muy bueno; asimismo las escalas: Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Déficits introceptivo y Desajuste emocional muestran una confiabilidad respetable; y las escalas: Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la madurez presentan confiabilidad mínimamente aceptable.

Tabla C4

Índices de validez del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Item	Coef.	Item	Coef.	Item	Coef.
Ítem1	.204	Ítem18	.334	Ítem67	.444
Ítem7	.630	Ítem20	.183*	Ítem70	.346
Ítem11	.667	Ítem24	.484	Ítem72	.243
Ítem16	.676	Ítem56	.522	Ítem79	.492
Ítem25	.580	Ítem80	.303	Ítem81	.380
Ítem32	.733	Ítem84	.588	Ítem83	.502
Ítem49	.709	Ítem91	.504	Ítem85	.689
Ítem4	.451	Ítem15	.555	Ítem90	.404
Ítem5	.118*	Ítem23	.518	Ítem13	.351
Ítem28	.484	Ítem34	.406	Ítem29	.176*
Ítem38	.344	Ítem57	.342	Ítem36	.341
Ítem46	.336	Ítem69	.370	Ítem43	.353
Ítem53	.200	Ítem73	.548	Ítem52	.338
Ítem61	.361	Ítem87	.229	Ítem63	.166**
Ítem64	.218	Ítem17	.167*	Ítem66	.415
Ítem2	.409	Ítem30	.215	Ítem68	.312
Ítem9	.327	Ítem54	.389	Ítem78	.188*
Ítem12	.497	Ítem65	.101*	Ítem82	.173*
Ítem19	.624	Ítem74	.166*	Ítem86	.542
Ítem31	.226	Ítem76	.253	Ítem88	.249
Ítem45	.340	Ítem89	.343	Ítem3	.400
Ítem47	.363	Ítem8	.490	Ítem6	.189*
Ítem55	.383	Ítem21	.463	Ítem14	.247
Ítem59	.334	Ítem26	.046	Ítem22	.147*
Ítem62	.383	Ítem33	.531	Ítem35	.208
Ítem10	.452	Ítem40	.182*	Ítem39	.393
Ítem27	.617	Ítem44	.518	Ítem48	.388
Ítem37	.708	Ítem51	.488	Ítem58	.306
Ítem41	.435	Ítem60	.550		
Ítem42	.365	Ítem77	.287		
Ítem50	.616				

Nota: Ítem válido si coeficiente de correlación ítem-test corregido es mayor o igual a 0.20 o significativos (*).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En la tabla C4, se observa que todos los índices de correlación ítem-test corregidos, del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo, son mayores que .20 o significativos ($p < .05$), considerados como valores satisfactorios expresando el grado de cohesión entre ítems para la medición de lo que se pretende medir.

Tabla C5

Normas en percentiles, según escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentarias en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Pc	DT	B	BD	LSE	PA	II	IA	ID	ED	P	A	MF	Pc
99	28	19-20	33	18	20	23	21	27	29-30	22	24	29	99
98	27	15	29	17	19	21	19	27	24	22	20	28	98
97	26	15	28	14	18	20	17	27	22	21	17	28	97
95	24	14	27	11	16	19	16	24	21	19	15	26	95
90	22	12	25	9	14	17	15	22	18	17	13	24	90
85	20	9	22	8	12	15	14	20	16	15	11	22	85
80	18	7	20	8	12	14	13	18	14	15	11	21	80
75	15	7	18	6	10	13	12	17	12	13	10	19	75
70	13	6	17	5	9	12	12	16	11	13	9	18	70
65	11	5	15	4	9	11	12	15	10	12	8	18	65
60	10	5	15	4	7	10	10	14	9	11	8	17	60
55	9	4	14	3	7	10	10	13	9	11	7	16	55
50	8	4	13	2	5	9	9	12	7	10	7	15	50
45	6	3	13	2	5	8	9	10	6	10	6	14	45
40	6	2	12	1	4	8	8	9	6	9	5	13	40
35	5	2	11	1	4	7	8	9	5	9	5	13	35
30	4	1	10	1	3	6	7	8	4	8	4	13	30
25	4	1	8	0	3	5	6	7	3	7	4	12	25
20	4	1	6	0	2	4	6	6	2	6	3	11	20
15	3	0	6	0	1	3	5	5	1	6	3	10	15
10	2	0	3	0	1	2	4	4	1	5	2	9	10
5	1	0	2	0	0	0	3	2	0	4	1	8	5
3	0	0	2	0	0	0	2	2	0	2	1	7	3
2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	6	2
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1
N	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	n
$\bar{x}$	9.8	4.5	13.6	3.7	6.6	9.2	9.4	12.2	8.3	10.5	7.2	15.8	$\bar{x}$
Dt	7.4	4.3	7.4	4.0	5.0	5.4	4.2	6.6	6.4	4.6	4.4	5.4	Dt
Min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Min
Max	28	20	33	18	20	23	21	27	30	22	25	29	Max

Tabla C6

Confiabilidad del Inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Escala	N° Ítems	Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach
Introversión – Extraversión	7	.570
Estabilidad - Inestabilidad	8	.755

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En la tabla C6, se presenta el valor del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach según escalas, donde se puede observar que la Escala Estabilidad - Inestabilidad presenta un coeficiente de confiabilidad de .755, que califica a la confiabilidad como respetable, y la escala Introversión – Extraversión muestra un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .570, calificando a la confiabilidad de esta dimensión como aceptable.

Tabla C7

Validez de grupos extremos, del Inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

	Media	Desviación estándar	Prueba t
Introversión – Extraversión			
Alto	8.5	2.2	t = 18.1
Bajo	17.0	1.3	**p < 0.01
Estabilidad - Inestabilidad			
Alto	5.7	2.1	t = 26.6
Bajo	18.8	1.4	**p < 0.01

Nota: Instrumento válido por presentar diferencia significativa entre promedios de los niveles alto y bajo en cada escala.

Tabla C8

Normas en percentiles, según escalas del Inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck, en alumnas de secundaria de una institución educativa de Trujillo

Pc	Introversión – Extraversión	Estabilidad - Inestabilidad	Pc
99	20	22	99
98	20	22	98
97	19	21	97
95	18	20	95
90	17	19	90
85	16	18	85
80	16	18	80
75	16	17	75
70	15	16	70
65	15	14	65
60	15	13	60
55	15	13	55
50	14	12	50
45	14	11	45
40	14	11	40
35	13	11	35
30	13	10	30
25	12	9	25
20	11	9	20
15	10	7	15
10	9	6	10
5	7	5	5
3	5	3	3
2	5	2	2
1	4	1	1
n	111	111	N
$\bar{x}$	13.7	12.6	$\bar{x}$
Dt	3.3	4.8	Dt
Min	4	1	Min
Max	20	22	Max