



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“COEFICIENTE INTELECTUAL Y SU INFLUENCIA CON LA
APARICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
LOS ESTUDIANTES DE DANZA CLÁSICA Y CONTEMPORÁNEA DEL
CANTÓN AMBATO EN EDAD DE 13 A 20 AÑOS.”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Tello Mayorga, Lorena Elizabeth

Tutor: Ps. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián

Ambato - Ecuador

Diciembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

"COEFICIENTE INTELECTUAL Y SU INFLUENCIA CON LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ESTUDIANTES DE DANZA CLÁSICA Y CONTEMPORÁNEA DEL CANTÓN AMBATO EN EDAD DE 13 A 20 AÑOS." de Lorena Elizabeth Tello Mayorga estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Juliodel 2014.

EL TUTOR

.....
Ps. Cl. Washington Fabián Rojas Pilalumbo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación "**COEFICIENTE INTELECTUAL Y SU INFLUENCIA CON LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ESTUDIANTES DE DANZA CLÁSICA Y CONTEMPORÁNEA DEL CANTÓN AMBATO EN EDAD DE 13 A 20 AÑOS.**" como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de investigación.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

.....
Lorena Elizabeth Tello Mayorga

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

.....

Lorena ElizabethTello Mayorga

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema " **COEFICIENTE INTELECTUAL Y SU INFLUENCIA CON LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ESTUDIANTES DE DANZA CLÁSICA Y CONTEMPORÁNEA DEL CANTÓN AMBATO EN EDAD DE 13 A 20 AÑOS.**" de Lorena Elizabeth Tello Mayorga, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2014

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo se lo quiero dedicar en primer lugar a Dios que me ha colmado de Bendiciones.

A mis padres y hermano por su apoyo incondicional y su amor, los cuales me permitieron culminar esta etapa de mi vida.

Los Amo.

Lorena Elizabeth Tello Mayorga

AGRADECIMIENTO

A Dios por no dejarme sola nunca, siempre siento su bendición en mi vida.

A mis padres y hermano por brindarme su apoyo, animarme siempre y sobre todo por creer en mí.

A la Universidad Técnica de Ambato por acogerme como su estudiante, a mis maestros que compartieron su sabiduría, a mis amigos y compañeros que me acompañaron en este camino.

A las escuelas de danza clásica y contemporánea de la ciudad de Ambato que abrieron sus puertas para la realización de esta investigación.

A mi Tutor guía Ps. Cl. Washington Rojas por su guía y apoyo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiii
ÍNDICE DE GRAFICOS	xiii
ÍNDICE DE DIAGRAMAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Tema De Investigación	2
1.2.- Planteamiento Del Problema	2
1.2.1.- Contextualización Del Problema	2
1.2.1.1Contextualizacion Macro	2
1.2.1.2 Contextualización Meso.....	4
1.2.1.3 Contextualización Micro.....	6
1.2.2.- Análisis Crítico	8
1.2.2.1. Árbol de problemas	9
1.2.3.- Prognosis.....	10
1.2.4.- Formulación Del Problema.....	10
1.2.5.- Preguntas Directrices	10
1.2.6.- Delimitación.....	10
1.3.- Justificación	11

1.4.- Objetivos.....	13
1.4.1.- Objetivo general:.....	13
1.4.2.- Objetivos específicos:	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos.....	14
2.2. Fundamentación:	15
2.2.1. Fundamentación Filosófica	15
2.2.2. Fundamentación Epistemológica	16
2.2.3. Fundamentación Ontológica	16
2.2.4. Fundamentación Axiológica	16
2.2.5. Fundamentación Sociológica	17
2.2.6. Fundamentación Psicológica.....	17
2.2.7. Fundamentación Legal	18
3.3.- Categorías Fundamentales	23
2.3.1.- Variable: Coeficiente Intelectual	26
2.3.1.2.- Funciones Psíquicas.....	26
2.3.1.3.- Inteligencia.....	29
2.3.1.3.- Cociente Intelectual (CI).....	33
2.3.2.4.- variable: Trastornos de la conducta Alimentaria	34
2.3.2.1.- Psicología Clínica	34
2.3.2.2.- Psicopatología.....	35
2.3.2.3.-Trastornos De La Conducta Alimentaria	38
2.4.- Hipótesis	47
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL:	47
2.4.2. HIPÓTESIS NULA (Ho)	47
2.4.3. HIPÓTESIS ALTERNA (H1)	47
2.5. SEÑALAMIENTO VARIABLES DE LA HIPOTESIS	47
2.5.1. Variable independiente: Coeficiente Intelectual	47
2.5.2. Variable dependiente: Trastornos de Conducta Alimentaria	47
2.5.3. Unidad de observación: estudiantes de danza clásica y contemporánea del	

Cantón Ambato en edad de 13 a 20 años.	47
2.5.4. Término de relación: influencia.	47

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque	48
3.2.- Modalidad Básica De Investigación	48
3.2.1.- Investigación Documental-Bibliográfica.....	48
3.2.2.- Investigación De Campo.....	48
3.3.- Nivel O Tipo De Investigación.....	49
3.3.1.- Investigación Descriptiva	49
3.4.- Población Y Muestra	49
3.4.1.- Población	49
3.4.2.- Tipo De Muestreo	49
3.4.3.- Determinación Del Tamaño De La Muestra.....	49
3.5.- Operacionalización De Variables	50
3.5.1.- Matriz De Operación De Variable Independiente	50
3.5.2.- Matriz De Operación De Variable Dependiente.....	51
3.6.-Recolección De Información	54
3.7.-Procesamiento y Análisis.....	54

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.- Análisis e Interpretación de la Variable Independiente	55
4.1.1.- Población Estudiada.....	55
4.2.- Coeficiente Intelectual: Test Breve De Inteligencia De Kaufman	56
4.2.1.- Resultados Muestra Total	56
4.2.1.1.- Resultados de Variable Independiente.....	56
4.2.- Análisis e Interpretación De La Variable Dependiente	60
4.1.1.- Resultados Muestra Total	61
4.1.1.1.- Resultados Reactivos	61
4.2.1.3.-DATOS GENERALES DE TEST BITE (bulimia):	64

4.2.1.3. Tabla de relación variable	70
4.2.1.4.- Tabla de relación con escalas.....	73
4.2.2.-. Interpretación de Variables	80
4.2.2.1. Chi cuadrado	80
4.3.- Comprobación de Hipótesis.....	80
4.2.2.1.- Percentiles de KBI-T	82
4.3.- Verificación de la Hipótesis.....	83

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	84
5.2. Recomendaciones.....	85

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.- Datos Informativos	86
6.2.- Datos Informativos:	86
6.2.- Antecedentes de la Propuesta.	87
6.3.- Justificación.	87
6.4.- Objetivos.....	88
6.5.- Fundamentación Científico - Técnica.....	89
6.6.2.-Etapas De La Terapia Racional Emotiva.....	91
MODELO OPERATIVO	95
6.8.- Administración De La Propuesta.	98

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
---------------------------------	----

1.- Bibliografía	99
------------------------	----

LINKOGRAFIA:	100
--------------------	-----

2.- ANEXOS	103
------------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1. Estudiantes de danza clásica y contemporánea	55
Tabla N.2. Coeficiente Intelectual	56
Tabla N.3. Matrices.....	58
Tabla N.4. Vocabulario	59
Tabla N.5. Pregunta1.....	61
Tabla N.6. Pregunta2.....	62
Tabla N. 7. Pregunta3.....	63
Tabla N.8.Datos generales	64
Tabla N.9.Preg.1 general.....	65
Tabla N.10.Pregunta2 general.....	66
Tabla N.11.Pregunta3.....	67
Tabla N.12. Global.....	68
Tabla N.13. general.C.A	69
Tabla N.14. AN/CI/	70
Tabla N.15. BL/CI/	72
Tabla N.16. EV/AN/	73
Tabla N.17. EV/BL/	74
Tabla N.18. Mat/AN/	76
Tabla N.19. Mat/BL/	78
Tabla N.20. Cruce de Variables	81
Tabla N.21. Relación porcentajes	82
Tabla N.22. Fase de inducción.....	95
Tabla N.23. Fase Adquisición.....	97
Tabla N.24. Fase Consolidacion	97

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N. 1 Operacionalización de variable independiente.	50
Cuadro N. 2 Operacionalización de variable dependiente.	53

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico N.1. Población Estudiada.....	56
Grafico N.2. Coeficiente Intelectual	57
Grafico N.3. Matrices.....	58
Grafico N.4.Vocabulario	60
Grafico N.5. BITE 1.....	61
Grafico N.6. Pregunta 2	62
Grafico N. 7. Pregunta3	63
Grafico N.8. Datos generales.	64
Grafico N.9.Pregunata1.....	66
Grafico N.10.Pregunta2 general.....	67
Grafico N.11.Pregunta3	68
Grafico N.12 globales general.....	69
Grafico N.13. general .C.A	70
Grafico N.14. AN/CI.....	71
Grafico N.15. BL/CI	72
Grafico N.16. EV/BL/	75
Gráfico N. 17. Mat/AN	77
Grafico N.18. Mat/BL/	79
Grafico N.19. Relación porcentajes	83

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama N. 1. Árbol de Problemas.	9
Diagrama N. 2. Red de Inclusión.	23
Diagrama N. 3. Constelación de ideas de la variable independiente.	24
Diagrama N. 4. Constelación de ideas de la variable dependiente.	25

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

“COEFICIENTE INTELECTUAL Y SU INFLUENCIA CON LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ESTUDIANTES DE DANZA CLÁSICA Y CONTEMPORÁNEA DEL CANTÓN AMBATO EN EDAD DE 13 A 20 AÑOS.”

Autora: Tello Mayorga, Lorena Elizabeth

Tutor: Psi. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián

Fecha: Julio del 2014

RESUMEN

El presente estudio investigativo tiene como principal objetivo el comprobar si el coeficiente intelectual influye en la aparición de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato en edad de 13 a 20 años. Dicha investigación se realizó durante el periodo 2013-2014.

La temática es desarrollada bajo el paradigma Cognitivo Conductual y los datos son obtenidos a través de la aplicación de tests estandarizados como el K-BIT (El Test Breve de Inteligencia de Kaufman) con el objetivo de medir niveles de coeficiente intelectual, los test BIT (BulimicInvestigatory Test Edinburgh) para medir anorexia y EAT (EatingAttitudes Test) para medir Bulimia. Los mismos que procesados estadísticamente dan resultados de correlación.

Una vez tabulados los datos obtenidos se llega a la conclusión de que hipótesis se cumple para la relación entre anorexia e inteligencia, por ende dentro de la población investigada de los estudiantes de danza clásica y contemporánea de la ciudad de Ambato, se evidencia la influencia respecto a la aparición de anorexia y el coeficiente intelectual por encima de lo establecido como norma.

Se encuentran porcentajes altos de estudiantes con conductas alimentarias anormales un 58%, presentándose con mayor prevalencia rasgos de Bulimia en un 57% de la población con patrones alimentarios anormales y con Anorexia un 9% que ya posee conductas comunes a la anorexia es decir, ya poseen síntomas del

trastorno por lo que se considera necesario realizar una pronta intervención.

Finalmente se propone la aplicación de la terapia racional emotiva; para manejo conductas alimentarias y de esta manera modificar concepciones erróneas hacia la alimentación y la estructura corporal. Realizando de esta modo una prevención secundaria para evitar la instauración de un trastorno alimenticio.

PALABRAS CLAVES:

COEFICIENTE_INTELLECTUAL, CONDUCTAS_ALIMENTARIAS,
ADOLESCENTES, RACIONAL_EMOTIVA, DANZA_CLÁSICA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY CARRER

**“INTELLIGENCE QUOTIENT AND ITS INFLUENCE ON EATING
DISORDERS APPEARANCE IN CLASSIC AND CONTEMPORARY
DANCE STUDENTS FROM AMBATO AMONG 13 AND 20 YEARS OLD”**

Authora:Tello Mayorga, Lorena Elizabeth

Tutor: Psc. Cl. Rojas Pilalumbo, Washington R

Date: July 2014

SUMMARY:

The research main objective is to ascertain if intelligence quotient influences on eating disorders appearance in classic and contemporary dance students from Ambato among 13 and 20 years old. This investigation takes place during 2013-2014 academic year.

The theme is developed under cognitive behavioral paradigm. Data was collected through Kaufman brief intelligence test (K-BIT) which measures intelligence quotient levels, and Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BIT) and Eating Attitudes Test (EAT) to detect eating disorders. All the results are statistically processed to derive correlation results.

I influence is evidence for the occurrence of anorexia and IQ above the established norm. The research indicates that there is a high percentage of dance students that presents eating disorders warning signs (58%), most of them display bulimic symptoms.

Finally it is important to propose a solution designed to threat the problem. The plan is intended to acquire healthy eating behaviors and to modify unhealthy believes about body image and nutrition. It is developed on rational emotive behavioral therapy applied in groups.

KEYWORDS:INTELLIGENCE_QUOTIENT, EATING_DISORDERS, TEENS ,RATIONAL_EMOTIVE, BALLET.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria se han presentado a lo largo de la historia de la humanidad como una enfermedad silenciosa con consecuencias negativas tanto para la salud física como mental, basada en un comportamiento patológico ligado a pensamientos obsesivos sobre la apariencia física y el control de su alimentación.

Al ser un trastorno psicológico encontramos varias causales para que este se origine; como son genéticas, psicológicas, el ambiente social y cultural. A estas causales se le suman la edad y el sexo ya que se presentan mayoritariamente en la pubertad y en las mujeres.

Los trastornos de conducta alimentaria más comunes son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa en los que se presentan preocupaciones por no engordar aunque su peso sea normal presentándose en un inicio de forma imperceptible tanto para la persona que la padece como para las personas que la rodean. Razón por la cual las personas que la sufren inician su tratamiento en etapas avanzadas de la misma. Por tanto esta investigación tiene como objeto estudiar la influencia del coeficiente intelectual con la aparición de dichos trastornos en los estudiantes de danza ya que por el medio social en que se desarrollan los alumnos están influenciados por un entorno en donde; el verse delgados no solo es sinónimo de belleza como para la mayor parte de la población sino que también es sinónimo de agilidad y despliegue escénico.

La mayor parte de la población estudiada ha sido entrenada en el ámbito artístico desde la niñez es por esto que la importancia del coeficiente intelectual, ya que con la estimulación artística se desarrolla de mejor manera la corteza cerebral. El propósito de este trabajo es poder verificar la relación existente entre estas dos variables, además de enfocar una propuesta preventiva ante la aparición de trastornos de conducta alimentaria basados en los niveles de coeficiente intelectual y en el caso de encontrar trastornos o rasgos de estos aplicar un modelo de tratamiento en base a sus necesidades tanto terapéuticas como intelectuales.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Tema De Investigación

Coeficiente intelectual y su influencia en la aparición de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato en edad 13 a 20 años.

1.2.- Planteamiento Del Problema

1.2.1.- Contextualización Del Problema

1.2.1.1Contextualizacion Macro

José Campos en la revista Española "Frenia", publica su estudio titulado “Anorexia, bulimia e internet. Aproximación al fenómeno Pro-Ana y Mía desde la teoría subcultural” .En el que aborda la temática de los trastornos alimenticios en el contexto de las sociedades occidentales y su relación con la tecnología.

El autor de este texto menciona que:Desde su popularización a comienzos de 2004, el fenómeno Pro-Ana y Mía de Internet ha suscitado un interés considerable en las sociedades occidentales. Constituidas en forma de comunidad online, las personas que participan de él están generando un discurso sobre los trastornos de la conducta alimentaria que choca frontalmente contra el consenso médico establecido y socialmente consensuado. Una notable variedad de imágenes, sonidos, vídeos y textos constituyen el soporte para dicho discurso, que se antoja como una

reivindicación de la anorexia y la bulimia como condiciones que no pueden seguir siendo abordadas de forma ajena a la sensibilidad de quienes las padecen. (Campos,2011).

La tendencia creada en el internet de llamar a los trastornos de conducta alimentaria como ANA para referirse a la Anorexia y Mía para referirse a la Bulimia ha logrado que se desvincule la importancia de estos padecimientos para pasar a ser una moda, desvirtuando de esta manera la importancia y las consecuencias de estas a futuro, basándose en páginas web de apoyo y guía para la instauración de conductas ligadas a perder peso .

Se aborda la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en España. En la publicación titulada “Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid” realizado por Peláez (2003)

Concluye que: "La tasa de prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria en población española adolescente y juvenil se ha mantenido estable en los últimos cinco años; aunque fuera etiquetada de "epidémica" a inicios de la década de los 90. En concreto, afecta a algo más del 3% de los adolescentes y jóvenes de la ESO, Bachillerato y 1º de Universidad (5,13% en mujeres y 0,64% en varones). Estas cifras se equiparan con las del resto de países de Europa Occidental y Norteamérica (APA, 2000). Respecto a los tipos de Trastornos de Conducta Alimentaria, los cuadros más prevalentes son los TCANE (no especificados) o síndromes incompletos, especialmente los Tipos 4 (i.e. conductas purgativas inadecuadas en ausencia de episodios objetivos sobre ingesta) y 6 (i.e. presencia de episodios de sobre ingesta en ausencia de conductas compensatorias inadecuadas), con una prevalencia del 1,8% (2,7% en mujeres y 0,5% en varones)".

El estudio menciona que no se registra un aumento importante de casos en los trastornos de conducta alimentaria, manteniendo sus cifras en un lapso de 5 años , afectando más al género femenino que al masculino, presentando en su mayoría conductas purgativas, mismas que son importantes al momento de un diagnóstico de dichos padecimientos.

Dentro de la investigación de la Universidad de Zaragoza - España, titulada "Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada". Concluye que:

Los conocimientos de nutrición y la insatisfacción corporal (medida con las escalas EDI y SPC) se distribuyen de forma significativamente diferente entre las poblaciones de riesgo de TCA y con TCA, así como en las poblaciones con sobrepeso y sin él. No se han encontrado diferencias entre las comunidades autónomas analizadas, ni en la población de riesgo de TCA, ni en la tasa de sobrepeso, ni en los casos diagnosticados de TCA. Se han encontrado diferencias con respecto a los conocimientos de nutrición y la satisfacción corporal. No se han encontrado diferencias entre el tipo de colegio, en la población de riesgo de TCA ni en la tasa de sobrepeso. Existen diferencias en los casos diagnosticados de TCA siendo mayor el número en los colegios públicos" (Calvo, 2012)

Con este estudio se demuestra que las enfermedades y padecimientos relacionados con la alimentación y con situaciones de riesgo pueden presentarse en cualquier estatus estudiantil teniendo una mayor incidencia con los casos diagnosticados en colegios públicos.

1.2.1.2 Contextualización Meso

En la tesis de grado titulada "Prevalencia de Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria" (Domínguez, 2012) de la Universidad de la Sabana en Colombia. Se hace referencia a la prevalencia de los TCA en relación a la variable género. Concluyendo que existe la predisposición de instaurarse Trastornos de conducta alimentaria en las estudiantes que inician su vida universitaria en un 13.8%, presentada mayormente en las mujeres dado que estas se encuentran más expuestas a la crítica social por su construcción de género al estar presionada a verse más bonitas y seguir los estereotipos de belleza.

Mónica Castro Betancourt (2008) institución, en Bogotá elaboró la investigación en la que aborda los hábitos contemporáneos en relación con la alimentación "Trastornos de la conducta alimentaria-Los gramos que pesan en la mente",

realizada por concluye:

"Es indispensable informar a la opinión pública de los riesgos que se corren al tener malos hábitos de alimentación y de vida no saludable, se debe hacer énfasis en los rituales de belleza sanos que no desborden los límites del cuidado corporal evitando que se conviertan en trastornos mentales fuera de control. Es irónico vivir en un mundo globalizado lleno de abundancia de alimentos pero también del temor a engordar. Una vida tan ocupada parece ser la falta principal de ejercitar el cuerpo, comer por comer, o simplemente no comer."

En este texto la autora hace un énfasis especial en correcta información sobre dietas y estilos alimenticios correctos que no alteren el funcionamiento del organismo basándose en el poder curativo de los alimentos y no transformarlos en algo negativo con el afán de llegar a cumplir con los cánones de belleza estereotipados que buscan unas medidas extremadamente estrictas.

En Colombia tomaremos como referencia la investigación de Antonio José Sánchez Guarnido titulado "La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria" en el que se concluye:

"Un autoconcepto alto reduce los síntomas de TCA (Stein y Corte, 2007) y un componente del mismo, el autoconcepto físico, actúa también de forma directa reduciendo el TCA. El autoconcepto influye también de forma indirecta en los TCA, ya que un bajo autoconcepto puede aumentar tanto el subcontrol y como el sobrecontrol." Sánchez (2013).

La imagen que poseen las personas de sí mismas son esenciales en la estructuración de la autoestima siendo así relacionado con la formación de autoconceptos positivos que lleven a conductas alimentarias saludables ya que este estado indicaría la autoacepción de la imagen corporal.

El nivel de autoconcepto que hayamos construido influye en la aparición de síntomas ya que de acuerdo al nivel de éste adquirimos conductas de sobrecontrol alimenticio en el que contamos calorías, disminuimos la ingesta de carbohidratos, entre otros. Así como el subcontrol en donde nos mal alimentamos de manera desmedida y se combinan de manera errónea los alimentos.

En Argentina la investigación de la Universidad Nacional de Cuyo "Trayectoria de los adolescentes y jóvenes con Trastornos de la Conducta Alimentaria en los grupos de autoayuda" Rocamora (2011). Refiriéndose a la importancia de estar informado sobre los TCA, menciona:

"Se debe tratar de atender todos los factores predisponentes, desencadenantes o precipitante y perpetuantes o de mantenimiento, implicados en su producción (socioculturales, individuales, biológicos, consecuencias de crisis adolescente, familiares). Teniendo en cuenta las consecuencias y a su vez, poder observar las posibilidades de recuperación y mejoría de estas enfermedades, nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de estar informados y capacitados, sobre sus principales síntomas y posibles herramientas para afrontarlos es de gran utilidad, tanto para las familias y su entornos, como así también los trabajadores de la salud, de la educación y de otros ámbitos a fines". Rocamora (2011).

Para el desarrollo de una acción terapéutica sobre los trastornos de la conducta alimentaria se debe hacer un estudio exhaustivo sobre las características del medio en el que se desarrolla la persona, así como las particularidades que pudieran hacer que aparezca la enfermedad y sobre las que harían que ésta se mantenga, consiguiendo de esta manera un accionar de prevención primaria, secundaria y terciaria que serviría para la aplicación en los diferentes estadios del trastorno.

1.2.1.3 Contextualización Micro

La investigación de Alex Rolando Arízaga Gamboa, titulada "Estudios De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En La Población Estudiantil En La Adolescencia Temprana En La De Ciudad De Guayaquil" Arízaga (2007). El que concluye :

"Al consultar a los estudiantes acerca del temor al sobrepeso, más de la tercera parte respondieron que siempre tienen temor a pesar demasiado, esto evidencia un trastorno en la conducta alimentaria de los mismos. Al consultar a los estudiantes sobre la forma de ingerir los alimentos, aproximadamente la cuarta parte respondieron que nunca cortan los alimentos en trozos pequeños antes de comer, por esto se los podría considerar como comedores compulsivos". Arízaga (2007).

En la población está presente el temor a subir de peso sin embargo este miedo no los lleva a un accionar directo de prevención para el cuidado de su forma de alimentarse, al contrario se considera a parte de la población como comedores compulsivos, dado que en nuestra sociedad se maneja el pensamiento respecto a la nutrición que entre más comida, es mejor.

En Otavalo tenemos la investigación de Yépez Rosas Verónica Ruby titulada “Conductas de riesgo frente a la anorexia en adolescentes de 12 y 18 años de edad del instituto tecnológico superior “República del Ecuador” ubicado en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, durante el período septiembre 2011 – octubre 2012”.

El que concluye:

"En la actualidad uno de los factores que más preocupa a los adolescentes consiste en su aspecto físico e imagen corporal que a la vez son influenciados por los medios de comunicación que crean la falsa idea de que el éxito personal, social y profesional puede alcanzarse fácilmente si se tiene una figura en extremo delgada". Morales (2012)

Los adolescentes han instaurado en su pensamiento que la delgadez es sinónimo de belleza y de superación, lo que los lleva a adoptar conductas alimentarias extremas para conseguir posición o éxito en su vida.

En Ambato se cuenta con la investigación de Paola Suárez Cabezas titulada "Es la belleza estereotipada una influencia social que afecta a Las adolescentes que presentan trastornos alimenticios en el Colegio de la inmaculada de la ciudad de Ambato en la provincia de Tungurahua período 2010-2011", en la cual concluye que

"La influencia social a cargo de los medios de comunicación y del marketing alternativo promueve ciertos criterios no reales de la "perfección corporal" denominándole a este "belleza" creando estereotipos sociales perjudiciales para la salud mental de las adolescentes. A pesar de la influencia mediática la aparición de los Trastornos Alimenticios no es determinado por esta; sino por un conglomerado bio-sico-social-cultural que engloba la relatividad humana." Suárez (2011)

A pesar de la marcada y evidente influencia de los medios de comunicación sobre lograr y mantener una figura esbelta, estos se enmarcan como un factor de refuerzo, ya que dichos comportamientos están basados en todos los aspectos en que se desarrollan los individuos como con Biológicos, Sociales y Culturales.

1.2.2.- Análisis Crítico

Analizando la presencia de casos de trastornos de conductas alimentarias en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato, se puede determinar las posibles causas y efectos de dichas conductas.

En primer lugar el ambiente en que se desarrollan las bailarinas ejerce mucha presión en relación al cuidado corporal y atención al peso y talla, lo que genera repercusiones en el autoconcepto de estas personas.

Por otro lado los estándares de belleza impulsados por los medios de comunicación acentúan la delgadez como medio y fin para el éxito generando así alteraciones de la propia percepción como es la dismorfia corporal.

La influencia social va generando en los individuos ideas irracionales en relación a la ingesta de comida, lo que finalmente se traduce en conductas compensatorias como contar calorías, realizar actividad física de manera exhaustiva.

Frente a la imposibilidad de mantener por completo sus conductas alimentarias bajo control en algunos casos se producen ingestas compulsivas las cuales traen como consecuencia el desarrollo de sentimientos de culpa con sus respectivas conductas purgativas, como el consumo de laxantes e inducirse el vomito

1.2.2.1. Árbol de problemas

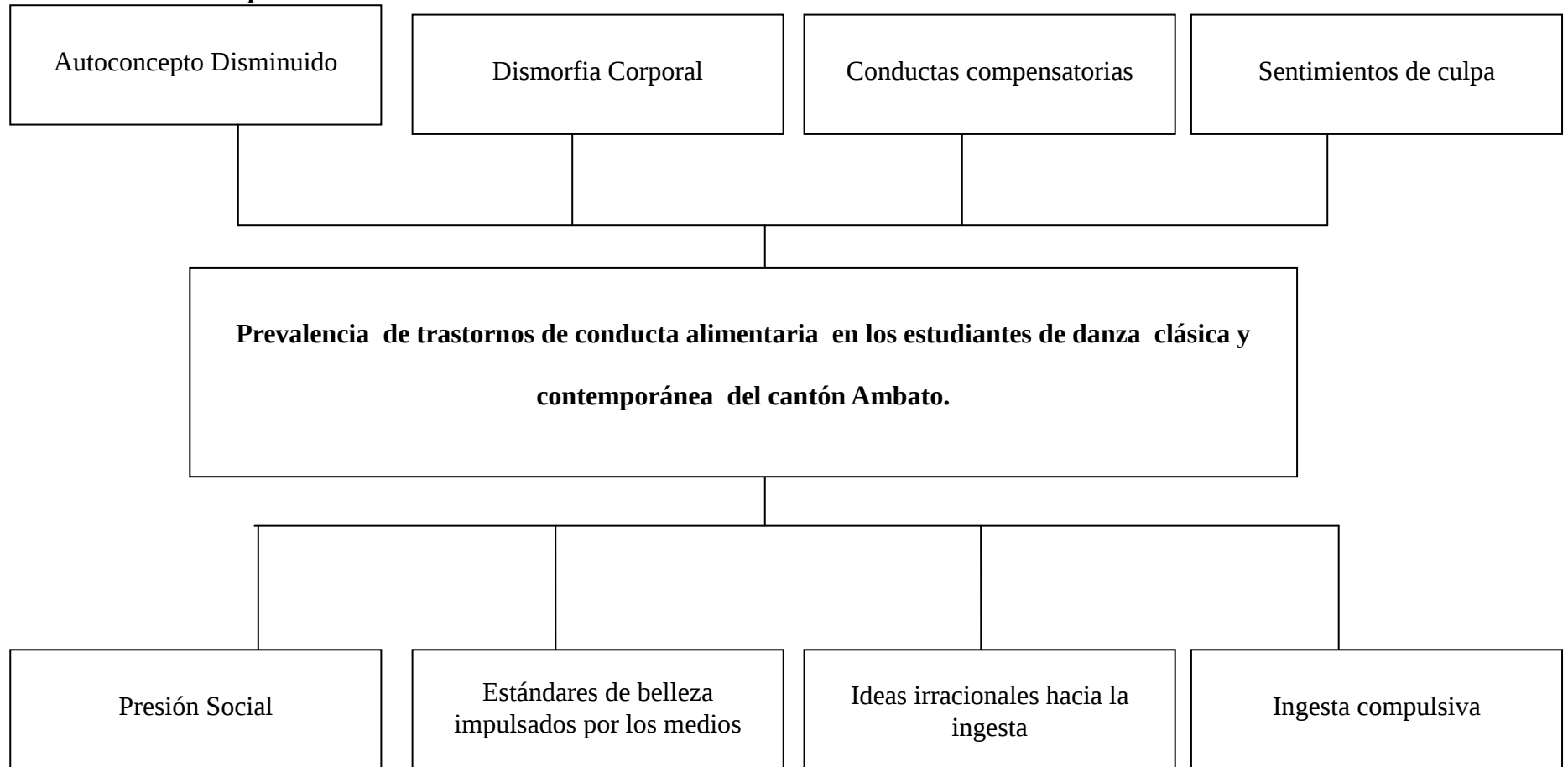


Diagrama N. 1. Árbol de Problemas. Realizado por Lorena Tello

1.2.3.- Prognosis

La relación de trastornos de conducta alimentaria con enfermedades con entidades médicas como arritmias, amenoreas, anemia, trastornos gastrointestinales, inanición pueden llegar a la muerte. Siendo necesaria la intervención profesional para recuperar a este conglomerado.

De no prestar la atención necesaria el resultado será un problema de salud pública, representando esto un gasto físico, psicológico y económico.

1.2.4.- Formulación Del Problema

¿Cuál es la influencia del coeficiente intelectual en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea de la ciudad de Ambato?

1.2.5.- Preguntas Directrices

- ¿Cuál es el coeficiente intelectual de los estudiantes de danza clásica y contemporánea de la ciudad de Ambato?
- ¿Cuál es el porcentaje de estudiantes que presentan trastornos de conducta alimentaria?
- ¿Cómo generar una solución para esta problemática?

1.2.6.- Delimitación

- Contenido

Campo: Psicología

Área: Coeficiente Intelectual

- Aspecto: - Cognición

Unidad de observación

Estudiantes de Danza

- Espacial:

Escuelas de danza clásica y contemporánea en Ambato

- Temporal:

Periodo lectivo 2012-2013

1.3.- Justificación

La presente investigación está orientada a conocer la influencia existente entre el coeficiente intelectual y aparición los trastornos de conducta alimentaria; teniendo en cuenta la sintomatología característica de anorexia o bulimia (preocupación excesiva por el peso y su aspecto físico) lo cual las lleva a conductas obsesivas con las esferas relacionadas con la ingesta de alimentos desarrollando así formas de comportamiento que en la mayor parte del tiempo pasan desapercibidas por el entorno social en el que se desenvuelve el sujeto. Por tanto al tener un coeficiente intelectual por debajo de la media se evidenciara que las personas se vuelven más influenciables por el entorno social y publicitario el que nos llega con imágenes de un tipo de belleza estandarizada que muchos intentan alcanzar.

Se eligió a los estudiantes de danza clásica y contemporánea por el medio en el que se desenvuelven ya que en estos grupos de entrenamiento se puede apreciar la influencia de tener un cuerpo delgado.

Los rangos de edad de 13 a 20 años fueron escogidos debido a que son las etapas en que se presentan con mayor frecuencia este tipo de trastornos, esto sumado a que atraviesan una etapa en donde el sentido de pertenencia se intensifica; son más propensos a la dinámica social y sus exigencias entre estas a la delgadez como sinónimo de belleza, sufriendo así trastornos alimentarios o adoptando

rasgos comunes de dichas enfermedades.

La investigación se realizó en base a la corriente cognitivo conductual, la cual es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas. Sus representantes son Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum. Esta corriente asume que los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento desadaptativo (comportamiento contraproducente que interfiere con la vida diaria) y emociones “negativas”. (R&A, 2012).

Trabajando de esta manera en las personas con base en las ideas que generan hacia la alimentación, mismas que se evidencian en sus conductas. Se ha escogido esta corriente psicológica debido a la base de manejo de pensamientos y de la utilización de la actividad cerebral.

En este grupo se entrenan en dicha disciplina desde niños o niñas siendo parte de un régimen y culto al cuerpo no solo por estética si no por agilidad y fuerza en el momento de sus presentaciones siendo parte de una presión artística y social más directa en la que no hay cabida para personas con sobrepeso entrando en el cuidado de su alimentación y de ser aceptados como bellos y ágiles no solo para agradar al grupo de pares si no para el público que gusta de este arte y tener más oportunidad de brillar en los escenarios.

Es una investigación factible puesto que es de carácter autofinanciado y además cuenta con el apoyo de la Universidad Técnica de Ambato, y la apertura de las escuelas de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato.

1.4.- Objetivos

1.4.1.- Objetivo general:

Establecer la influencia del coeficiente intelectual en la aparición de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato en edad 13 a 20 años.

1.4.2.- Objetivos específicos:

- Determinar el coeficiente intelectual de la población investigada
- Diagnosticar el porcentaje de estudiantes que presentan trastornos de conducta alimentaria
- Elaborar una propuesta de solución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

En el trabajo investigativo de la Universidad Técnica de Ambato a cerca de: “Es la Belleza Estereotipada una influencia social que afecta a los adolescentes que presentan Trastornos Alimenticios en el Colegio de la Inmaculada de la ciudad de Ambato en la Provincia de Tungurahua período 2010-2011”, en cuanto a su metodología realizo un estudio a nivel de Asociación de Variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de relaciones entre variables, con el objetivo de establecer cuál es la influencia social de la belleza estereotipada para la manutención, propagación y desarrollo de los Trastornos Alimenticios en las adolescentes del Colegio de la Inmaculada. La cual concluyo que la influencia social a cargo de los medios de comunicación y del marketing alternativo promueve ciertos criterios no reales de la “perfección corporal”, creando estereotipos sociales perjudiciales para la salud mental. (Suárez ,2011)

En la investigación en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador campus Quito, sobre: “La anorexia como síntoma histérico y la seducción del estilo de vida cosmo: estudio sobre la influencia de la seducción perversa del discurso del estilo de vida cosmo sobre la estructuración histérica y la posible tendencia al desarrollo del síntoma anoréxico en 11 casos de estudiantes de la PUCE”. Una investigación teórica cuya línea de enfoque es principalmente la teoría freudiana; esto a fin de lograr el objetivo principal de este trabajo que consiste en analizar y determinar la forma en que se relacionan la estructura histérica y la seducción

perversa del discurso del “estilo de vida Cosmo” en la aparición de la tendencia al desarrollo del síntoma anoréxico. (Betancourt ,2006)

En la investigación de la Universidad San Francisco de Quito, sobre: “Sicopatología Alimentaria Bulimia, causa y consecuencias en el Ecuador”. Esta investigación nos habla de las causa principales para la aparición de un Trastorno Alimenticio, especialmente haciendo énfasis en la Bulimia y cuáles pueden ser las soluciones posibles para disminuirla. (León ,2004).

2.2. Fundamentación:

2.2.1. Fundamentación Filosófica

El presente trabajo de investigación se encuadra en un paradigma crítico-propositivo como opción para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Es crítico debido a que cuestiona los esquemas sociales dando criterios teórico-científicos en base a las alternativas que se presenten, asimismo lograr una transformación en el ámbito familiar, personal y social considerando los problemas actuales de la adolescencia, es importante resaltar que se anulan las verdades absolutas en vista de que todo es dinámico.

Es propositivo puesto que no se detiene solo en la investigación y en la observación se desea implantar alternativas de solución las cuales sean activas, para obtener como resultado un mejoramiento de la salud mental de las y los adolescentes implicados, fortaleciendo su autoconcepto.

Su análisis es cuanti-cualitativo porque se obtendrán estadísticas específicas llegando a interpretar el problema con posibilidades de cambio en la mentalidad de las y los adolescentes.

2.2.2. Fundamentación Epistemológica

Se establece que el conocimiento científico trasciende a la simple información, porque su objetivo primordial es transformar a los sujetos, además una vez reunida la información debe tener una base científica, con conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y una mejor comprensión de los conceptos expuestos en la presente investigación.

2.2.3. Fundamentación Ontológica

La presente investigación se basa en que la realidad, está en continua transformación por lo que la ciencia con sus sustentos científicos tiene un carácter perfectible, en vista de que los individuos deben aprender a desarrollar la capacidad de adaptación la cual será una muestra clara de inteligencia.

La familia, las Escuela de Danza Clásica y Contemporáneas, la sociedad poseen la responsabilidad de establecer un contexto sano para así configurar la homeostasis de los sujetos.

2.2.4. Fundamentación Axiológica

El desarrollo integral del sujeto está basado en la práctica constante de valores como la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, empatía social y la justicia sin dejar de lado el desarrollo y fortalecimiento de la inteligencia para obtener como resultado una personalidad sana y flexible.

Es importante mencionar que para que un adolescente interiorice dichos valores los debe aprender en base al ejemplo de sus figuras parentales representativas buscando siempre un beneficio común, sin abandonar el desarrollo de sus capacidades sociales para que establezca relaciones sanas.

2.2.5. Fundamentación Sociológica

El presente trabajo investigativo se fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico en vista de que se encuentra en un constante cambio y progreso hay que tener en cuenta que todo ser humano alcanzó la transformación hacia la trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es un producto de la interacción social de los sujetos en cual interiorizara metas, valores y normas.

Se debe tener en cuenta que como resultado de ese dinamismo del sujeto, la sociedad avanza a pasos fuertes y gigantescos creando en los adolescentes la necesidad de adaptarse para pertenecer a un grupo en cual se pondrán de manifiesto todos los aprendizajes y experiencias de su vida, para desarrollar en ellos un bienestar social.

2.2.6. Fundamentación Psicológica

El ser humano es un ente biopsicosocial y espiritual en el cual siempre estará relacionado con los procesos mentales, como la inteligencia, la percepción tanto de su imagen corporal hasta cómo ve la manera de desarrollar su vida.(Caceres,2010)

Los trastornos de conducta alimentariacon una visión psicológica es primordial basándonos en la diferenciación del comportamiento que adquieren en dicho trastorno, calificados como pautas diagnosticas o conductas comunes los que llevan al individuo a instalarse en un estilo de vida basado en el aprendizaje que ha forjado del medio social que lo rodea. Foucault(1971) menciona que las prácticas educativas en todos los sistemas de enseñanza, los cuales aparecen simplemente como transmisores de conocimientos aparentemente neutrales, están hechos para mantener a cierta clase social en el poder, y excluir de los instrumentos de poder a otras clases sociales de esta manera podemos

comprender que el entorno es vital para la alineación del ser humano de forma integral, ya que esta va adaptando como normal y los incluye a sus aprendizajes los acontecimientos, formándose así una desensibilización en este caso sobre la alimentación generando una sub cultura de anorexia y bulimia en las que todas las conductas restrictivas están permitidas y son normales.

De esta manera esta investigación promueve un análisis del pensamiento de los estudiantes de danza hacia la comida empezando por la aplicación de baterías de evaluación para más tarde realizar un trabajo estructurado de forma conductual y poder así, realizar una intervención adecuada a las necesidades del grupo estudiado.

El coeficiente intelectual es un factor inseparable en el ser humano siendo el que modula muchos de nuestros comportamientos y por su parte la alimentación guarda relación con los instintos de supervivencia de todos los seres vivos; razones por las cuales se relacionan estas dos variables para realizar el trabajo investigativo dentro de las teorías se trabajara con teorías cognitivas combinado con la teoría cognitivo conductual para fundamentar la propuesta del presente proyecto.

2.2.7. Fundamentación Legal

Constitución Del Ecuador - Asamblea Nacional

- Sección Quinta

Niñas, Niños Y Adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales, nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad;

A ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus

derechos. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil.

2. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.
3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.
5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.
6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.
8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

- Código De La Niñez y de La Adolescencia

Art. 20.- Derecho a la Vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia

asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Art. 27.- Derecho a la Salud.- los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamientos de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Art. 32.- Derecho a un medio ambiente sano.- Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir en un ambiente sano, equilibrado y libre de contaminación, que garantice su salud, seguridad alimentaria y desarrollo integral.

Art. 78.- Derecho a la protección contra otras formas de abuso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se les brinde protección contra:

- 1) El consumo y uso indebido de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y sustancias psicotrópicas;
- 2) La participación en la producción, comercialización y publicidad de las sustancias y objetos a que se refieren los numerales 1 y 3.
- 3) El uso de armas, explosivos y sustancias que pongan en riesgo su vida o su integridad personal;
- 4) La exposición pública de sus enfermedades o discapacidades orgánicas o funcionales, para la obtención de beneficios económicos; y,

5) La inducción a los juegos de azar.

Art. 96.- Naturaleza de la relación familiar.- la familia es el núcleo básico de la formación social y el medio natural y necesario para el desarrollo integral de sus miembros, principalmente de los niños, niñas y adolescentes. Recibe el apoyo y protección del Estado a efecto de cada uno de sus integrantes pueda ejercer plenamente sus derechos y asumir sus deberes y responsabilidades.

3.3.- Categorías Fundamentales

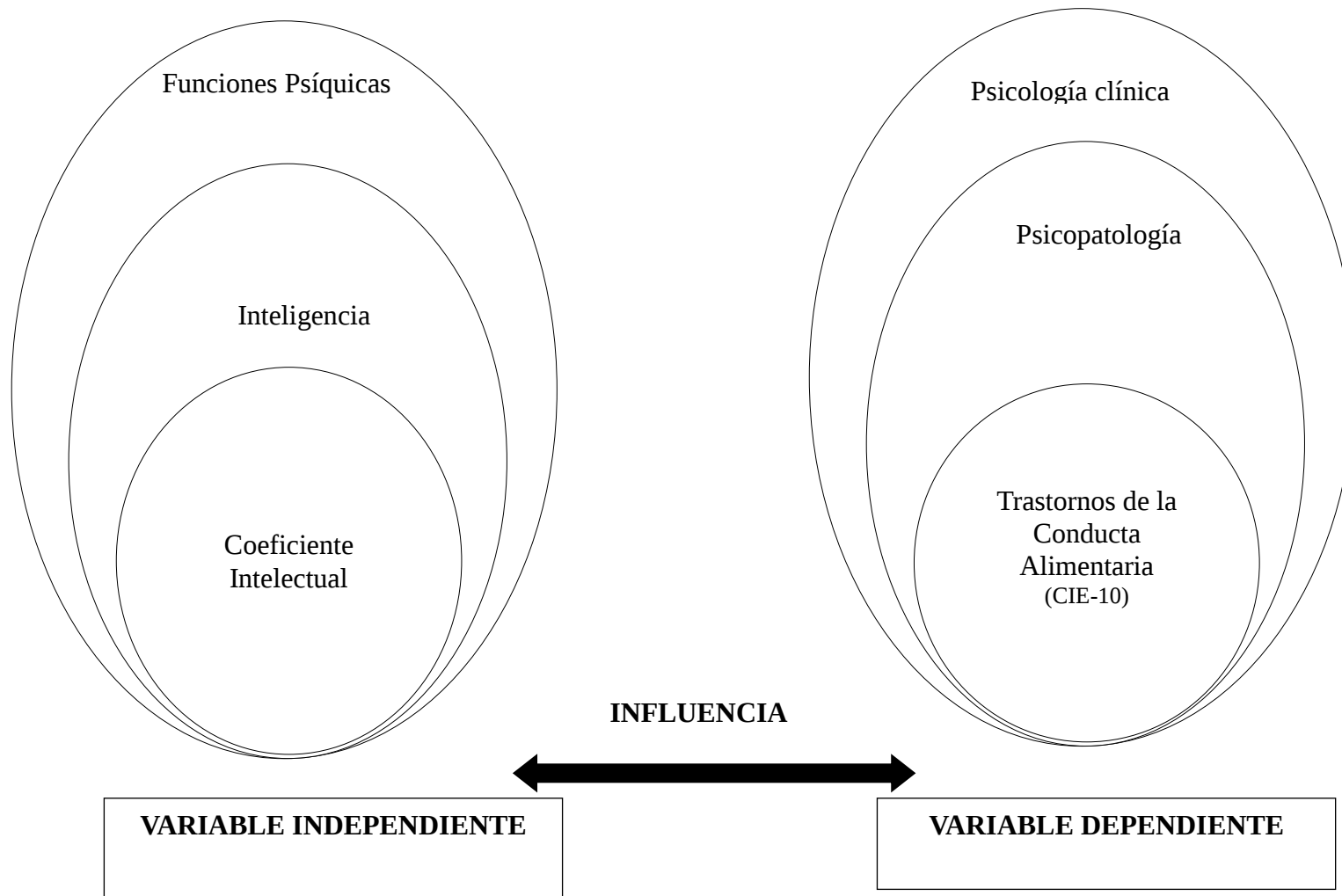


Diagrama N. 2. Red de Inclusión. Realizado por Lorena Tello

RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

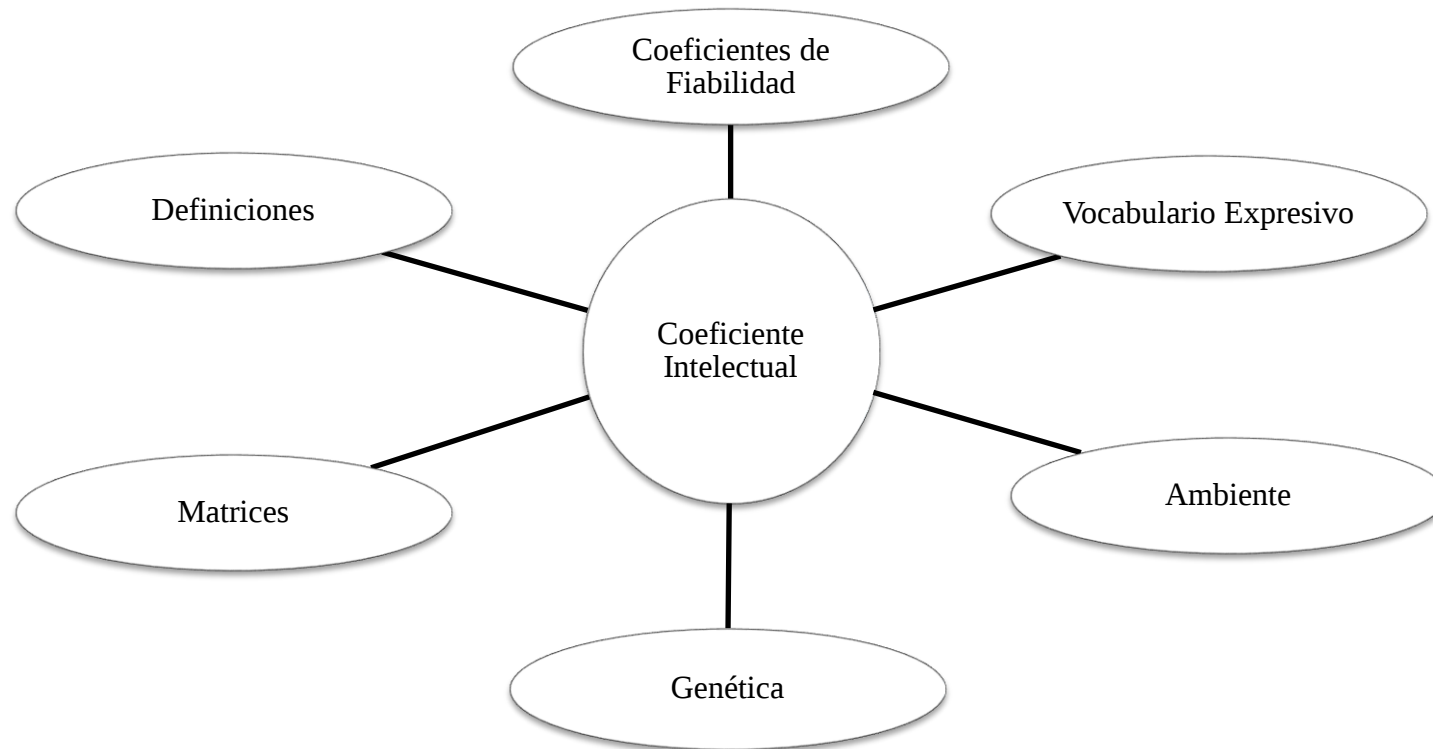


Diagrama N. 3. Constelación de ideas de la variable independiente. /Realizado por Lorena Tello

RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE
CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

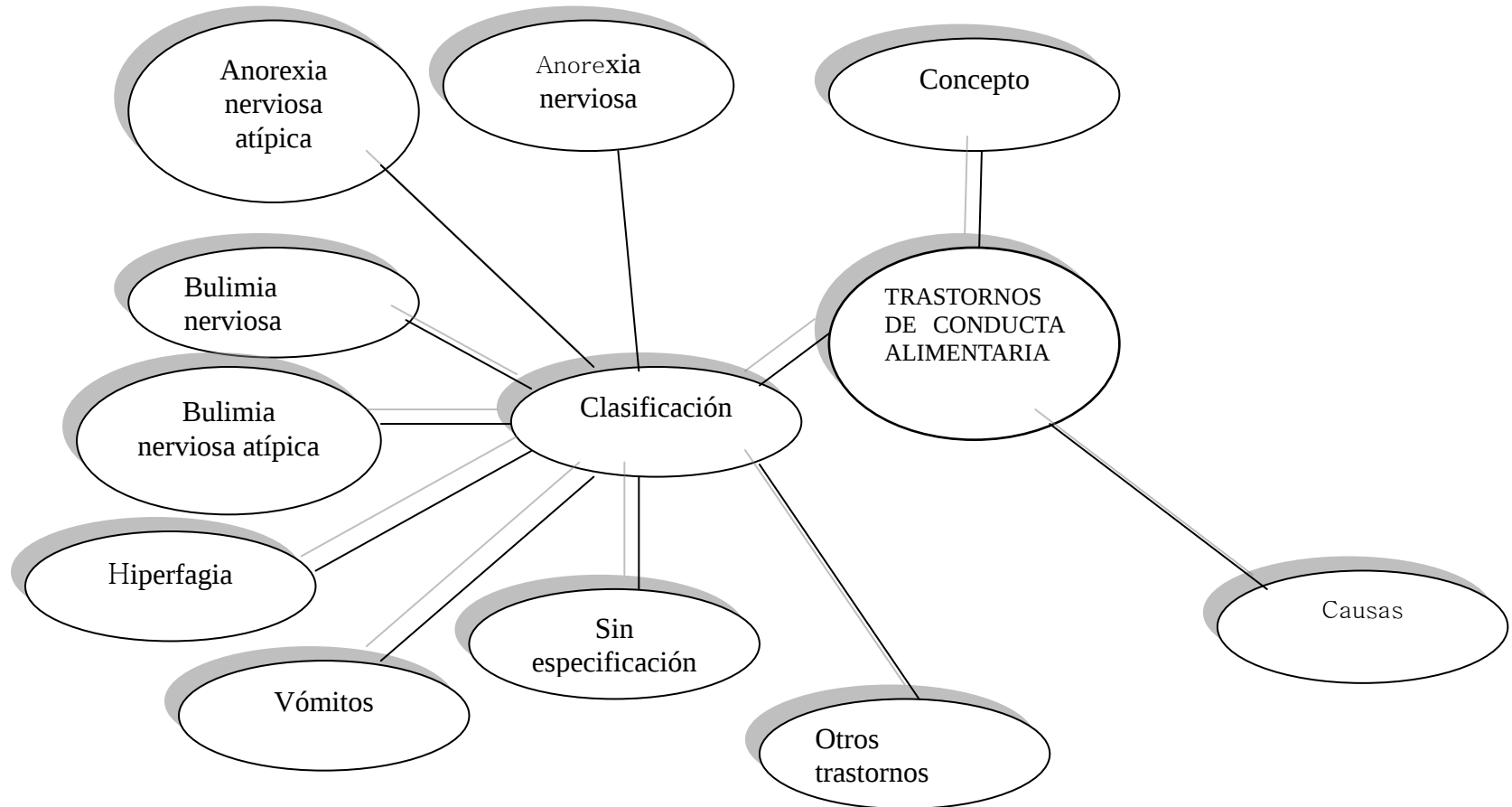


Diagrama N. 4. Constelación de ideas de la variable dependiente.
Realizado por Lorena Tello

2.3.1.- Variable: Coeficiente Intelectual

2.3.1.2.- Funciones Psíquicas

Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934) es considerado el precursor del constructivismo social. A partir de él, se han desarrollado diversas concepciones sociales sobre el aprendizaje. Algunas de ellas amplían o modifican algunos de sus postulados, pero la esencia del enfoque constructivista social permanece. Lo fundamental del enfoque de Vygotsky consiste en considerar al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial. Para Vygotsky, el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido social y culturalmente, no solamente físico. También rechaza los enfoques que reducen la Psicología y el aprendizaje a una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la Psicología. A diferencia de otras posiciones (Gestalt, Piagetiana), Vygotski no niega la importancia del aprendizaje asociativo, pero lo considera claramente insuficiente.

La atención, la memoria, la formulación de conceptos son primero un fenómeno social y después, progresivamente, se transforman en una propiedad del individuo. Cada función mental superior, primero es social (interpsicológica) y después es individual, personal (intrapsicológica). A la distinción entre estas habilidades o el paso de habilidades interpsicológicas a intrapsicológicas se le llama interiorización. (Frawley, 1997). El desarrollo del individuo llega a su plenitud en la medida en que se apropia, hace suyo, interioriza las habilidades interpsicológicas. En un primer momento, dependen de los otros; en un segundo momento, a través de la interiorización, el individuo adquiere la posibilidad de actuar por sí mismo y de asumir la responsabilidad de su actuar.

Mediación

Vygotsky considera que el desarrollo humano es un proceso de desarrollo cultural, siendo la actividad del hombre el motor del proceso de desarrollo humano. El concepto de actividad adquiere de este modo un papel especialmente relevante en su teoría. Para él, el proceso de formación de las funciones psicológicas superiores se dará a través de la actividad práctica e instrumental, pero no individual, sino en la interacción o cooperación social.

La instrumentalización del pensamiento superior mediante signos, específicamente los verbales, clarifica la relación entre el lenguaje y el pensamiento. (Frawley, 1997). <> (Vygotsky, 1962, pág. 126). El habla es un lenguaje para el pensamiento, no un lenguaje del pensamiento.

Vygotsky propone que el sujeto humano actúa sobre la realidad para adaptarse a ella transformándola y transformándose a sí mismo a través de unos instrumentos psicológicos que le denomina "mediadores". Este fenómeno, denominado mediación instrumental, es llevado a cabo a través de "herramientas" (mediadores simples, como los recursos materiales) y de "signos" (mediadores más sofisticados, siendo el lenguaje el signo principal). También establece que la actividad es un conjunto de acciones culturalmente determinadas y contextualizadas que se lleva a cabo en cooperación con otros y la actividad del sujeto en desarrollo es una actividad mediada socialmente.

A diferencia de Piaget, la actividad que propone Vygotsky, es una actividad culturalmente determinada y contextualizada, es el propio medio humano los mediadores que se emplean en la relación con los objetos, tanto las herramientas como los signos, pero especialmente estos últimos, puesto que el mundo social es esencialmente un mundo formado por procesos simbólicos, entre los que destaca el lenguaje hablado. El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Ya no imitamos simplemente la conducta de los demás, ya no reaccionamos simplemente al ambiente, con el lenguaje ya tenemos la posibilidad de afirmar o negar, lo cual indica que el individuo tiene conciencia de lo que es, y que actúa

con voluntad propia. En ese momento empezamos a ser distintos y diferentes de los objetos y de los demás.

Zona de desarrollo próximo

La zona de desarrollo próximo, está determinada socialmente. Aprendemos con la ayuda de los demás, aprendemos en el ámbito de la interacción social y esta interacción social como posibilidad de aprendizaje es la zona de desarrollo próximo. (Frawley, 1997).

La teoría vygotskyana es muy específica respecto a cómo se deben estudiar las perspectivas del crecimiento individual en cualquier caso de actividad intersubjetiva. Esto se hace examinando la zona del desarrollo próximo (ZDP). La ZDP surge generalmente como el contexto para el crecimiento a través de la ayuda. Dos rasgos de la ZDP hablan directamente sobre nuestra preocupación general de la unificación de la mente tanto cultural como computacional a través del lenguaje, como son:

La ZDP se puede construir de forma natural o deliberada, reflejando precisamente la diferencia entre el crecimiento real y el potencial. Vygotsky hace énfasis en el juego, ya que este permite que el niño se comprometa a actividades que se hayan muy por encima de su cabeza pero sin ninguna consecuencia directa social derivada del fracaso. Es la estructura más sutil de la ZDP, la cual debe de ser intersubjetiva pero asimétrica en la cual un individuo debe de comprometerse en un esfuerzo atencional con al menos otra persona. Respecto a la asimetría, una de las personas debe de estar más capacitada en la tarea y por lo tanto conducir al otro más allá del nivel real de desarrollo. Lo importante es que la intersubjetividad y la asimetría se construyen y mantienen mediante el lenguaje.

La teoría de la actividad y la ZDP nos ofrecen una manera de analizar las relaciones del individuo con el mundo.

2.3.1.3.- Inteligencia

Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman en base con las aportaciones de la neurología y la psicología cognitiva, los autores conciben a la inteligencia como la habilidad para resolver problemas mediante procesos. Teniendo en cuenta aspectos como: habilidades verbales, desarrollo del lenguaje, formación de conceptos verbales y caudal de información.

Habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas. Capacidad para resolver problemas de razonamiento a través de estímulos visuales tanto figurativos como abstractos.

La inteligencia es la capacidad para entender el mundo, pensar en forma racional y emplear los recursos en forma efectiva cuando se enfrentan desafíos. (Wechsler, 1975).

Las personas tienen distintos niveles de inteligencia. En un extremo están las personas que son totalmente dependientes de las demás en cuanto a su cuidado básico. En el otro extremo están los individuos que sobresalen como Aristóteles y Platón. (Worchel, 2001).

Para Cattell (1967), existen dos tipos de inteligencia:

- La Inteligencia Fluida: inteligencia que refleja las capacidades de razonamiento, memoria y procesamiento de información, el razonamiento deductivo.
- La inteligencia Cristalizada: es la información, habilidades y estrategias que las personas han aprendido a través de la experiencia y que pueden aplicar en situaciones de solución de problemas, como el vocabulario de la personas.

Según el Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch (1994), manifiesta que

mientras que con el término “Intelecto”, se designa predominantemente la “capacidad de pensamiento”, la palabra “inteligencia”, designa las actividades psíquicas relativas a la razón en un sentido potencial y dinámico.

Se han dado de este término muy diversas definiciones, pero en la mayoría de ellas se señala como característica esencial de la inteligencia la capacidades de orientarse en situaciones nuevas a base de su comprensión, o de resolver tareas con ayuda del pensamiento, no siendo la experiencia lo decisivo, sino más bien la comprensión de lo planteado y de sus relaciones.

El trabajo de la inteligencia es doble:

- 1) Entender, comprender, aprehender (deslindando lo que es importante de que no lo es, lo verdadero de lo falso, precisando).
- 2) Elaboración de lo aprendido.

Para Weschler “el comportamiento inteligente debe suponer algo más que la pura aptitud intelectual”, señalo que los individuos con CI idénticos pueden diferir considerablemente en su capacidad para enfrentarse a su entorno. (Phres, 2006).

Además es importante considerar que las condiciones económicas, sociales y culturales son determinantes en el modo de vida del individuo, en vista de que inciden directamente en su psicología y condicionan el desarrollo de su inteligencia.

Según el libro del Dr. Riofrio, L. “Apuntes de Psicosemiología y Psicopatología” menciona el proceso de la inteligencia y que la patología de la Inteligencia, abarca todos los trastornos que competen a los procesos de la vida intelectual:

- Los procesos de Adquisición: estos procesos se refieren a la capacidad de tienen los seres racionales, para captar del medio ambiente las

experiencias, esto es lo que realiza por medio de la Atención y las Sensopercepciones.

- Los procesos de Conservación: se refiere al mantenimiento de las experiencias adquiridas por un tiempo más o menos largo y estarían representados por la memoria.
- Los procesos de Elaboración: estos procesos comprenden a las funciones propias del pensamiento que establecen los pros y los contras de las cosas; es pues la capacidad de análisis de los problemas que se presentan, así como las experiencias adquiridas.
- Los procesos de Ejecución: estos procesos abarcan la realización misma de los actos intelectivos, que realiza el sujeto.
- En la inteligencia existen funciones elementales como: atención, senso percepciones y memoria y funciones psíquicas complejas como: abstracción, análisis, generalización y síntesis.

La inteligencia atraviesa por diferentes períodos de desarrollo, no permanece igual en un mismo individuo durante toda su vida, ni tampoco es igual para todos los individuos; hay períodos en los que la inteligencia crece y períodos en los que la inteligencia decrece.

Mortensen, Michaelsen (2002) mencionan que en estudios recientes han demostrado, además, que las personas que siendo bebés se alimentan con leche materna hasta los nueve meses después del nacimiento por lo general, obtienen puntuaciones ligeramente superiores en las pruebas de inteligencia para adultos que los que no fueron alimentados.

Este tipo de investigación demuestra la importancia de la buena alimentación y que desde el inicio de la misma con la leche materna que es el mejor alimento para los neonatos influenciando de esta manera en su desarrollo y por tanto en los niveles de aprendizaje y de abstracción.

Robert C. Tryon(1901-1966) de la Universidad de California, fue un pionero de la genéticaconductual. Hacemás de 50 años comenzó a investigar si la habilidad para recorrer laberintos podía ser generada en las ratas.

Tryon aisló en un corral a parejas de " ratas brillantes en el laberinto" y en otro " ratas torpes en el laberinto". Se dejó a los animales en libertad de reproducirse. Seidentificó luego a los descendientes más brillantes de las ratas brillantes y se le permitió reproducirse, lo mismo que a los descendientesmás torpes de las ratas torpes. Este procedimiento fue repetido con cada generación sucesiva. Al cabo de unas cuantas generaciones, la diferencia entre los dos grupos era sorprendente: las ratas torpes para el laberinto cometían muchos más errores al aprender un laberinto que sus contrapartes brillantes. (Tryon,1940).

De esta forma, Tryon demostró que una habilidad específica se transmite de una generación de ratas a la siguiente.

Se ha encontrado que la puntuación de CIde los niños adoptados esmás similar a la de sus madres biológicas que a la de las madres que los está criando(Loehlin, Horn.1997).

El investigador JhonLoehlin encuentra que esos resultados son particularmente interesantes porque "reflejan el parecido genético en ausencia del ambiente compartido: las madres biológicas no tuvieron contacto con sus hijos después de los primeros días de vida".

Con estos experimentos podemos decir que dentro de la transmisión de CI están claramente involucrados los genes, puesto que estos llevan toda la información que nos hace lo que somos. Así el desarrollo social de nuestros antepasados y su evolución ha quedado marcado en nuestra historia filogénica para ser expresados en forma de adaptación, análisis y síntesis en el medio actual.

2.3.1.3- Cociente Intelectual (CI)

El cociente intelectual también denominado coeficiente intelectual o CI en forma abreviada, es una puntuación, resultado de algún test estandarizado diseñado para valorar la inteligencia. Es un número que se encuentra en una escala en la que 100 es el punto medio, el cual se encuentra directamente relacionado con los progenitores especialmente con la madre, sin embargo una parte depende de nuestra historia de vida, del uso que hagamos de nuestro cerebro.

Hace tiempo se pensaba que las diferencias entre el nivel intelectual de las personas dependía exclusivamente de ese factor genético, se creía que en el cociente intelectual “venía de fábrica”. Sin embargo estudios demuestran que “la combinación de una estimulación precoz y adecuada con el medio ambiente son esenciales en el desarrollo del cerebro”. (Martín, S. 2012)

Para evaluar la inteligencia Sir Francis Galton, a finales del siglo XIX, aceptó el desafío que supone intentar comprender las diferencias individuales en la resolución de problemas y en otros comportamientos inteligentes. Desarrolló los primeros test de inteligencia y los administro a 9000 personas en Londres en el año 1884. Muchos de los tests de Galton no eran válidos porque no evalúan lo que se proponían evaluar.

Específicamente, partiendo de su modelo de inteligencia no se distinguía los eminentes científicos británicos de los simples ciudadanos. En el 1905, Alfred Binet, un psicólogo francés publicó el primer test de inteligencia que resulto ser útil. Basó su test en la idea de que la aptitud mental aumenta con la edad. Examinó a muchos niños con tareas que requerían realizar un esfuerzo mental, apuntando la edad cronológica de cada niño (la edad en años y en meses), y definió la edad mental como el rendimiento medio de los niños a una edad cronológica específica. Una edad de 10 años, es el rendimientos medio de los niños que tienen 10 años.

En 1916, Lewis Terman introdujo una versión modificada del test de Binet en los Estados Unidos bajo el nombre de Test Stanford-Binet. Terman hizo popular el concepto de cociente intelectual (CI), que se determina mediante una fórmula que divide la edad mental (EM) por la edad cronológica y luego multiplica por 100 este resultado.

El CI fue introducido por W. Stern. Esta fórmula se aplica para adultos y para niños.

El CI puede experimentar modificaciones si se producen cambios radicales de ambiente, en especial a edades tempranas. (Worchel, 2001)

2.3.2.4.- variable: Trastornos de la conducta Alimentaria

2.3.2.1.- Psicología Clínica

Para el Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch (1994), Parte de la Psicología cuyo objetivo teórico y práctico son los trastornos de la conducta y de las vivencias. La noción de “trastornos mentales”, implica de hecho, más allá de la problemática normal, dos notas:

- 1) El individuo o su medio social delatan un estado permanente de sufrimiento como consecuencia de las peculiaridades de su conducta o sus vivencias.
- 2) El pronóstico ulterior desarrollo de la conducta hace proveer una situación duradera de daño y menoscabo del individuo o de su medio social.

Para Pongratz (1973), la psicología clínica ofrece una base científica, haciendo que el psicólogo, gracias al bagaje de sus conocimientos que el estudio de esta disciplina le permite enriquecer y ampliar profundizando el trabajo clínico.

Lightner Witmer es su fundador, en la Universidad de Pensylvania en 1896. El término lo empleó para referirse a los procedimientos de evaluación que se llevan

a cabo con niños retrasados.

En 1935 “Asociación Psicológica Americana de Psicología Clínica”, se propone definir las capacidades conductuales y las características de conducta del individuo a través de métodos de mediación, análisis y observación.

Según Resnick, las áreas de habilidades centrales para el campo de la psicología clínica incluyen la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la consulta, la investigación y la aplicación de principios éticos y profesionales. A los psicólogos se les distingue por su experiencia en las áreas de la personalidad y la psicopatología, y por la integración que hacen de ciencias, teoría y práctica.(Phres, 2006)

La psicología Clínica nos conduce, nos brinda parámetros para la integración y modificación en nuestras conductas, en los diferentes procesos evolutivos de nuestra vida. El profesional psicoterapéutico tiene experiencia en las áreas de personalidad interviene de manera, ética, teórica, práctica y técnica. (Phres, 2006). En un intento reciente por definir y describir la psicología clínica, J.H. Resnick (1991), el campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanzas y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes. (Worchel, 2001)

2.3.2.2.- Psicopatología

Ciencia que estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica, especialmente las psicosis y las psicopatías. Constituye la base científica de la psiquiatría.

Al estudiar el desarrollo histórico de los conocimientos sobre la psicopatología, hemos de remontarnos a épocas lejanas, como es natural por la importancia que siempre ha tenido esto para el hombre. Puede considerarse como figura culminante. (Dorsch, 1994)

En este campo hay profesionales especialmente formados, psicólogos clínicos, psicólogos dedicados a counselling, psiquiatras, trabajadores sociales.(Durand, 2003)

Criterios entre Normalidad y Anormalidad

Fortunato Resyesmenciona que la diferencia entre normal y anormal no es tanto una diferencia entre dos tipos independientes de conducta, sino más bien una cuestión de grado en que los actos de una persona cumplen un conjunto de criterios acordados de anormalidad. Gerrig y Zimbardo señalan que es mejor entender al trastorno mental como un continuo que va de la salud mental a la enfermedad mental.

Debido a que la diferencia entre normal y anormal es relativa y no absoluta, es útil considerar a la salud mental como un continuo. En un extremo se encuentran las conductas que definen la salud mental óptima; en el otro extremo están las conductas que definen una mínima salud mental. Entre ellos encontramos incrementos graduales de conductas desadaptadas.

La normalidad y la anormalidad no son entidades separadas, están relacionadas íntimamente a manera de un eslabón, ya que estas pueden fluctuar la una de la otra.

Rosenhan y Seligman (1989), existen siete criterios que pueden utilizarse para etiquetar el comportamiento como “anormal”:

- Malestar o deterioro. Un individuo experimenta malestar personal o deterioro en su funcionamiento, lo que produce un riesgo de menoscabo físico o psicológico, o pérdida de la libertad para actuar.
- Desadaptación. Un individuo actúa de tal forma que entorpece sus metas, no contribuye a su bienestar personal o interfiere mucho con las metas de otros y las necesidades de la sociedad. Una persona que bebe tanto que no puede mantener un empleo o que pone en peligro de la vida de otros debido a su intoxicación, manifiesta una conducta desadaptada.
- Irracionalidad. Un individuo actúa o habla de manera irracional o incomprensible para otros. Un hombre que responde a voces que no existen en la realidad objetiva, se comporta de manera irracional.
- Conducta impredecible. Un individuo que actúa de forma impredecible o errática de una situación a otra, como si experimentara una pérdida del control. Un niño que golpea su puño contra una ventana sin ninguna razón aparente, manifiesta una conducta impredecible.
- Poca convencionalidad y rareza desde el punto de vista estadístico. Un individuo se comporta en formas estadísticamente raras y que violan las normas sociales o lo que es aceptable o deseable. Sin embargo, el simple hecho de ser poco común desde el punto de vista estadístico, no produce juicio psicológico de anormalidad. Por ejemplo, un nivel muy alto de inteligencia es sumamente raro, pero se considera indeseable, por lo que con frecuencia se califica como anormal.
- Incomodidad del observador. Un individuo provoca incomodidad en los demás al hacerlos sentir amenazados o molestos de alguna forma. Una mujer que camina a la mitad de la calle, hablando en voz alta consigo misma, crea incomodidad en otros peatones que tratan de evitarla.
- Violación de normas morales e ideales. Un individuo viola las expectativas de la forma en que nos debemos comportar, en relación con las normas sociales. Con este criterio, un individuo podría ser considerado anormal si no desea trabajar o no cree en dios. Este criterio de la anormalidad también es importante en situaciones legales.

2.3.2.3.-Trastornos De La Conducta Alimentaria

Posturas ante el origen de las conductas alimentarias

Mendoza- Posada (2011) mencionan que aunque existen antiguos precedentes de la anorexia y la bulimia es desde el siglo anterior, más específicamente desde los años sesenta, que se ha registrado un aumento vertiginoso de personas víctimas de estos males.

Postura Sistémica

Salvatore Minuchin, un teórico del sistema familiar, ha observado que las chicas anoréxicas proceden de familias controladoras, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver los conflictos de forma efectiva. Las chicas se educan aprendiendo a subordinar sus necesidades a las de la familia convirtiéndose en seres siempre dependientes de sus padres y con la responsabilidad permanente de no hacer nada que perjudique a la familia. Como las anoréxicas renuncian a cualquier modo apropiado de influir en quienes las rodean, acaban haciendo lo único sobre lo que tienen poder: renunciar a comer.

Postura Cognitiva

Eric Button cree que esas chicas han desarrollado una visión de la realidad tan pobre que les es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta. Como todas las personas, las anoréxicas necesitan experimentar cierto control sobre la vida y que ésta sea, siquiera en parte, predecible. Perder peso significa que se sienten bien y seguras, mientras que engordar significa que son un fracaso y que son malas. No se tolera ninguna ambigüedad.

Su manera de pensar, excesivamente simple, no les permite resolver los problemas a los que se enfrentan. Y como fracasan a la hora de encontrarle sentido a la vida, las anoréxicas evitan tantas situaciones de la vida real como pueden.

Finalmente, la teoría sociocultural de la anorexia sugiere que los trastornos alimenticios se dan más frecuentemente en grupos que valoran la delgadez sobre

todas las cosas. Entre los bailarines, un colectivo conocido por la exagerada delgadez que buscan sus miembros, existe una alta tasa de anoréxicos. Cualquier sector de la población cuya forma de vida dependa básicamente de la delgadez es un sector de riesgo.

Postura Social- Cultural

En un trabajo de investigación realizado por Garner y Garfinker (1980), donde se compararon estudiantes normales de danza, música y modelaje, los resultados revelaron que la anorexia nerviosa y las dietas excesivas se sobre-presentaron en las estudiantes de danza y modelaje. Dentro del grupo de danza los ambientes de mayor competencia tenían mayor frecuencia de anorexia nerviosa. En el grupo de modelaje, la mayoría se volvieron anoréxicas después de comenzada su carrera. Los resultados muestran que las actitudes anoréxicas y la anorexia nerviosa se dan más en ambientes con alta exigencia de competencia y de éxito.

Clasificación de los Trastornos de Conducta Alimentaria

En este epígrafe se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados según el CIE-10: la anorexia y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Asimismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a los trastornos psicológicos.

Excluye:

Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2).

Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3).

Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0).

Pica de la infancia (F98.3).

- Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras

ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

- Pautas para el diagnóstico (CIE-10,OMS)

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet¹ de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

- b) 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 uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) 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.
- d) 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 sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- e) 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).

- Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

- **Bulimia Nerviosa**

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso. (CIE-10,1992)

- **Pautas para el diagnóstico**

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

- a) Preocupación continúa 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.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos auto provocados, 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.
- c) 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 u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye:

Bulimia sin especificar.

Hiperorexia nerviosa.

- **Bulimia Nerviosa Atípica**

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

Incluye: Bulimia con peso normal.

Historia de la Anorexia y Bulimia Nerviosas

Vicente J. Turón (2003) indica que el sobrepeso era signo de poder y salud, y posiblemente por esta razón, en la antigüedad los banquetes, donde se comía y bebía exageradamente, tuvieron un marcado carácter social y sagrado. Durante estos ágapes el vómito era el remedio más común para poder reiniciar la comilona.

Además de la restricción alimentaria condicionada por las penurias económicas el ayuno tenía un carácter religioso y penitencial. Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como autopunición, la penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado.

La historia de la bulimia nerviosa es más reciente. No es una enfermedad nueva, pero, entendámoslo bien, nos referimos a la bulimia dentro de su acepción clínica, ya que las referencias a los excesos con la comida son tan antiguos que se pierden en el tiempo.

El comer en nuestra cultura se ha convertido en un rito basado en que históricamente los alimentos han sido un privilegio dado a los que más poder tenían. Y en la actualidad, los grandes y pequeños festejos llevan de por medio un generoso plato de comida . Y es que en nuestra sociedad el comer abundante es sinónimo de buen vivir.

Aspectos Culturales de la Alimentación

El papel de la alimentación tiene muchos e importantes significados en nuestra especie, además de satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.

Es el vehículo para iniciar y mantener relaciones personales y de negocios, demostrar la naturaleza y extensión del poder, la riqueza y las características de las relaciones sociales. Proporciona ocasiones para actividades comunitarias,

facilita la relación interpersonal. La presión de la cultura es tan intensa en la alimentación que las sociedades y culturas regulan y prohíben ciertos alimentos: los hindúes no pueden comer carne de vaca; los judíos, carne de cerdo y marisco, y los budistas sólo pueden comer algunos pescados y ninguna otra carne animal.

A nivel individual comer o rechazar alimentos también es un acto cargado de significado que expresa las peculiaridades de ciertas personas o estados patológicos del individuo, ya sean de tipo biológico o psicológico.

Devereux 1955 definió lo que el llamaba el trastorno étnico. Son patologías psiquiátricas que ocurren más frecuentemente en la cultura en cuestión, el trastorno puede presentar diferentes grados y causa de la continuidad de los síntomas.

Más tarde Prince en 1985 redefinió el cuadro dándole el nombre de síndrome asociado a la cultura, considerándolo como el conjunto de signos y síntomas restringido a un número limitado de culturas en razón de sus características psico-socio-culturales. Por último Dinicola en 1990 considera a la anorexia nerviosa y por extensión a los trastornos de la alimentación, una enfermedad mediatizada (Vicente J. Turón Gi, 2003)

- Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como F38.-, otros trastornos del humor (afectivos), F41.2,

trastorno mixto ansioso-depresivo, o F48.9, trastorno neurótico sin especificación, más un código de E66.- para indicar el tipo de obesidad.

Incluye:

Hiperfagia psicógena.

Excluye:

Polifagia sin especificación (R62.2).

Obesidad (E66.-).

- Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es auto provocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

Incluye:

Vómitos psicógenos.

Hiperemesis gravídica psicógena.

Excluye:

Náuseas y vómitos sin especificación (R11).

- Otros trastornos de la conducta alimentaria

Incluye:

Disminución psicógena del apetito.

Pica de origen orgánico en adultos.

- Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

2.4.- Hipótesis

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL:

- El coeficiente intelectual influye en la aparición Trastornos de Conducta Alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del Cantón Ambato en edad de 13 a 20 años.

2.4.2. HIPÓTESIS NULA (H₀)

- Coeficiente Intelectual no influye en la aparición de Trastornos de Conducta Alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del Cantón Ambato en edad de 13 a 20 años.

2.4.3. HIPÓTESIS ALTERNA (H₁)

- Coeficiente Intelectual influye en la aparición de Trastornos de Conducta Alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del Cantón Ambato en edad de 13 a 20 años.

2.5. SEÑALAMIENTO VARIABLES DE LA HIPOTESIS

2.5.1. Variable independiente: Coeficiente Intelectual

2.5.2. Variable dependiente: Trastornos de Conducta Alimentaria

2.5.3. Unidad de observación: estudiantes de danza clásica y contemporánea del Cantón Ambato en edad de 13 a 20 años.

2.5.4. Término de relación: influencia.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque

El enfoque de investigación es tanto cualitativo como cuantitativo. Es cualitativo en cuanto pretende definir los elementos característicos de los individuos miembros de la muestra.

Es cuantitativo pues procura establecer la prevalencia de los niveles de coeficiente intelectual y los trastornos alimenticios.

3.2.- Modalidad Básica De Investigación

3.2.1.- Investigación Documental-Bibliográfica

La investigación documental es aquella que se realiza a través de la consulta de documentos (libros, vistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, etc.). Es fundamental en la construcción del marco teórico.

3.2.2.- Investigación De Campo

La de campo o investigación directa es la que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio.

La obtención de información directa de la muestra a través de la aplicación de test.

3.3.- Nivel O Tipo De Investigación

3.3.1.- Investigación Descriptiva

Investigación Descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los fenómenos. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre las variables Coeficiente intelectual y trastornos de conducta alimentaria.

3.4.- Población Y Muestra

3.4.1.- Población

El universo o población total de la investigación se encuentra constituida por los integrantes de dos escuelas de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato que en su totalidad de estudiantes conforman un universo de 100 personas, siendo todos evaluados con las baterías de test relacionadas con los trastornos de Conducta Alimentaria;obteniendo como resultado patrones alterados hacia la alimentación en una cantidad de 58 personas. Cantidad a la que se aplicó el test de Coeficiente Intelectual, con los datos obtenidos de la aplicación de C.I a los estudiantes que presentaron rasgos de conductas alimentarias anormales se realizó una relación con los rasgos cantiles del test de coeficiente intelectual que representa a las calificaciones dentro de la norma que presenta la sociedad.

Las unidades educativas de Danza son la escuela del "Honorable Consejo Provincial", y de "Danzas Jazz"

3.4.2.- Tipo De Muestreo

La Investigación se realizara el muestreo total, el cual permita a todos los elementos de la muestra tener la misma posibilidad de participar en la investigación

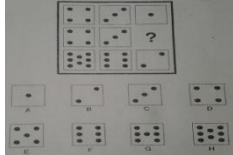
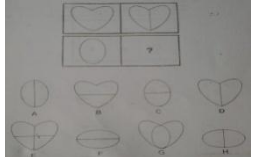
3.4.3.- Determinación Del Tamaño De La Muestra

La muestra que debe ser investigada corresponde a 100 individuos

3.5.- Operacionalización De Variables

3.5.1.- Matriz De Operación De Variable Independiente

Coefficiente Intelectual

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Conforme con las aportaciones de la neurología y la psicología cognitiva, los autores conciben la inteligencia como la habilidad para resolver problemas mediante procesos mentales de carácter simultáneo y secuencial (Kaufman)	Muy Bajo (69 y menos) Bajo (70-79) Medio Bajo (80-89) Medio (90-109) Medio Alto (110-119) Alto (120-129) Muy Alto (130 y mas)	<i>Matrices</i> Inteligencia Fluida.- capacidad de adaptación <i>Vocabulario</i> Inteligencia Cristalizada.- nivel de desarrollo cognitivo	- Decir: ¿Cuál de estos va aquí?  - Decir: ¿Cuál de estos va aquí?  - Decir: ENREDO _ IO - Decir: UN PARIENTE _ RI _ _	Aplicación de test de inteligencia de Kufman (K-BIT)

Cuadro N. 1 Operacionalización de variable independiente. Realizado por Lorena Tello

3.5.2.- Matriz De Operación De Variable Dependiente

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Los TCA son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los principales representantes de éste grupo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón. (Del Barrio , Pindado, Gómez ,2012)	* Anorexia Nerviosa	Presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. CIE-10 * De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Es una enfermedad mental derivada de un intenso temor a la obesidad, en la que la persona genera una serie de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto. Término utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso.	Preg. 26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas. Preg. 6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. Preg. 10 Me siento muy culpable después de comer	Aplicación de test * Actitudes hacia la alimentación. (EAT)

	• Anorexia Nerviosa Atípica • Bulimia Nerviosa	Episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos , presencia de preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso . • De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Bulimia es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes o laxantes. Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, incluyendo una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal. Los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que	Preg. 13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a. Preg. 24 ¿Se da alguna vez atracones grandes de comida? Preg. 7 ¿Utiliza:diuréticos, laxantes, provocar el vómito; para perder peso?	• Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
--	---	---	--	---

	• Bulimia Nerviosa Atípica • Hiperfagia en otras alteraciones Psicológicas • Vómitos en otras Alteraciones Psicológicas	da lugar a obesidad. Pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.-), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el embarazo	Preg. 29 ¿La idea de engordar le aterroriza?	
--	---	--	--	--

Cuadro N. 2Operacionalización de variable dependiente. Realizado por Lorena Tello

3.6.-Recolección De Información

El proceso de investigación necesario para desarrollar un trabajo adecuado implica tanto un marco bibliográfico de búsqueda, recolección y procesamiento de información que permita interpretar, comprender y explicar con profundidad el problema en estudio, y un proceso en el cual se recolectará información de carácter primario constituida por los datos recolectados directamente a través del contacto directo con el objeto de estudio. Las técnicas de investigación que se utilizarán en el proceso de recolección de la información serán las siguientes.

Técnicas bibliográficas.-

- El análisis de documentos (lectura científica)

Técnica de campo-

- Evaluación directa a través de test

3.7.-Procesamiento y Análisis

Para analizar la información obtenida por medio de los instrumentos de investigación se seguirá el siguiente procedimiento:

- Revisión y codificación de la información
- Clasificación y tabulación de la información
- Análisis de los datos, utilizan gráficos estadísticos.
- Interpretación de los resultados.

Después de haber realizado el análisis de los datos y diseñado los cuadros que resumen los resultados, el siguiente paso es interpretarlos, para ello se sugiere lo siguiente:

- Describir los resultados
- Analizar la hipótesis en relación con los resultados obtenidos para verificarla o rechazarla.
- Estudiar cada uno de los resultados por separado y relacionarlos con el marco teórico
- Elaborar una síntesis de los resultados.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.- Análisis e Interpretación de la Variable Independiente

4.1.1.- Población Estudiada

Estudiantes de Danza Clásica y Contemporánea

VARIABLE	INSTRUMENTOS	NÚMERO	TOTAL
COEFICIENTE INTELLECTUAL	<i>K-BIT</i>	58	100
	<i>Rango Centil K-BIT</i>	42	
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	<i>EAT</i>	100	100
	<i>BITE</i>	100	

Tabla N. 1. *Estudiantes de danza clásica y contemporánea*
Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La población estudiada está conformada por las estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato conformando un universo de 100 personas. La evaluación con el test K-BIT para medir Coeficiente intelectual se realizó en dos modalidades: la primera con la evaluación de 58 personas que presentaron conductas alteradas hacia la alimentación y la segunda con la aplicación de los rasgos centiles del test estandarizado K-BIT, que indican la medida de la norma de C.I. EAT y BITE se lo aplicó de manera conjunta a los 100 estudiantes de danza.

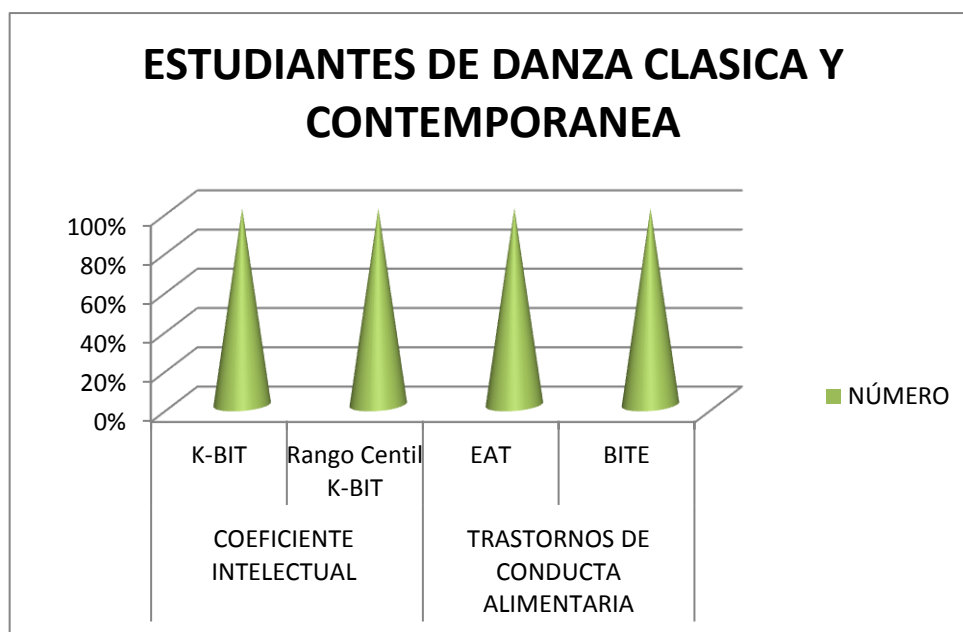


Gráfico Estadístico N.1. Población Estudiada/Fuente: Estudiantes de danza

Autora: Tello Lorena, 2014

La evaluación de los estudiantes de danza clásica y contemporánea se la realizó respecto a trastornos de conducta alimentaria y coeficiente intelectual. Obteniendo un total de 100 datos por cada tipo de evaluación realizada.(K-BIT,EAT,BITE)

4.2.- Coeficiente Intelectual: Test Breve De Inteligencia De Kaufman

Objetivo de la escala: medir la Inteligencia.

4.2.1.- Resultados Muestra Total

4.2.1.1.- Resultados de Variable Independiente

Coeficiente Intelectual		
NIVEL	No	%
Muy Alto	0	0%
Alto	0	0%
Medio Alto	18	31%
Medio	39	67%
Medio bajo	1	2%
Bajo	0	0%
Muy bajo	0	0%
Total	58	100%

Tabla N.2. Coeficiente Intelectual/Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis:

Del 100% de la población a un 58% se detectó alteraciones en su conducta alimentaria a los cuales se les aplico el test de coeficiente intelectual. Y para completar dicha población de 42% se realizó el análisis con los rasgos cetiles que predominan en la población.

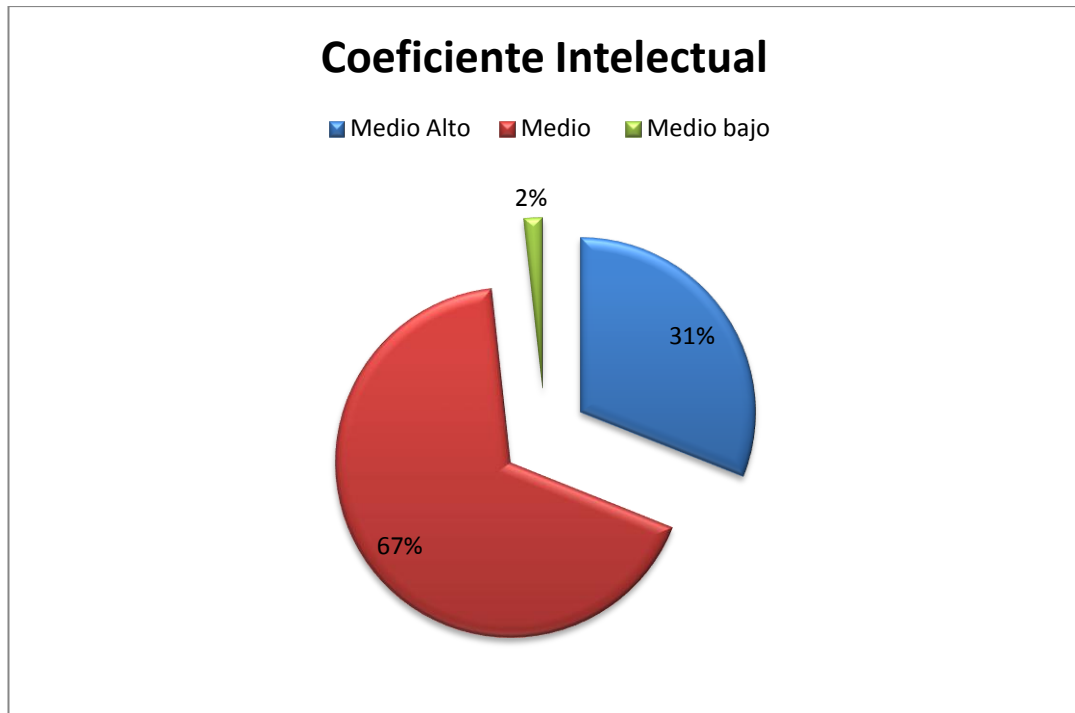


Grafico EstadísticoN.2. Coeficiente Intelectual/Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

El coeficiente intelectual que predomina en la población evaluada es el nivel medio con un total del 67% con un nivel medio alto un total de 31%. Esto destaca un marcado patrón de coeficiente intelectual normal seguido de un nivel medio alto y con ausencias notables para niveles bajos y muy altos.

Resultados Del Sub Test Matrices

MATRICES	
Muy Alto 130 - mas	5
Alto 120 - 129	8
Medio Alto 110 - 119	17
Medio 90 -109	18
Medio Bajo 80 - 89	9
Bajo 70- 79	1
MuyBajo 69 - menos	0
	58

Tabla N.3. Matrices/Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De los 58 estudiantes de a los que se les aplico el test de coeficiente intelectual K-BIT obtenemos que en la sub prueba denominada matrices 18 personas presentan un nivel medio, 17 presentan un nivel Medio Alto, 8 personas presentan un nivel Alto, 5 personas presentan un nivel Muy Alto ,9 personas presentan un nivel Medio Bajo, una persona presenta un nivel Bajo, y Muy Bajo ninguna persona.

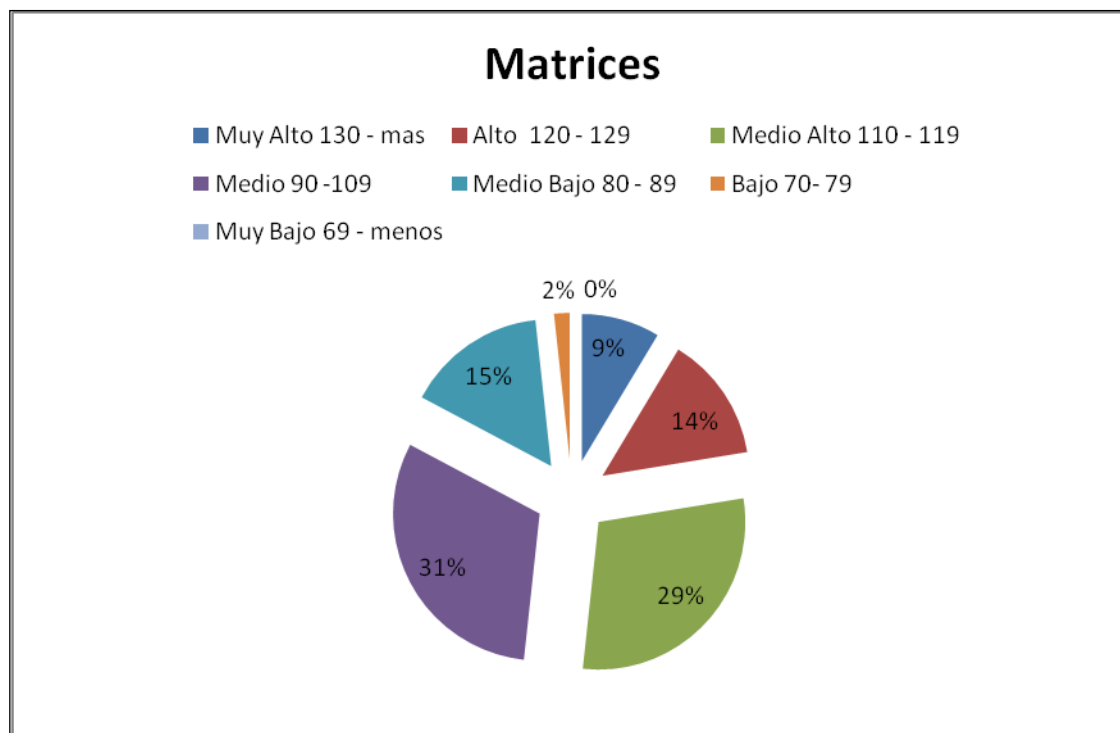


Grafico EstadísticoN.3. Matrices /Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Interpretación:

Las puntuaciones adquiridas en esta sub prueba 31% de la población se encuentra en el nivel medio considerado normal ; para medio bajo y medio alto con porcentajes del 15% y 14 respectivamente. Un 9% con puntuación muy alta ; un 2% con porcentaje bajo y ausencia de porcentajes muy bajos lo que nos indica que la mayor parte de la población posee una inteligencia fluida .

Resultados Del Sub Test Vocabulario

Vocabulario		
<i>Muy Alto 130 - mas</i>	6	10%
<i>Alto 120 - 129</i>	6	10%
<i>Medio Alto 110 - 119</i>	12	21%
<i>Medio 90 -109</i>	26	45%
<i>Medio Bajo 80 - 89</i>	5	9%
<i>Bajo 70- 79</i>	3	5%
<i>MuyBajo 69 - menos</i>	0	0%
	58	

Tabla N.4. Vocabulario/Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De los 58 estudiantes de a los que se les aplico el test de coeficiente intelectual K-BIT obtenemos que en la sub prueba denominada Vocabulario 26 personas presentan un nivel medio, 12 presentan un nivel Medio Alto, 6 personas presentan un nivel Alto, 6 personas presentan un nivel Muy Alto , 5 personas presentan un nivel Medio Bajo , 3 personas presentan un nivel Bajo, y Muy Bajo ninguna persona.

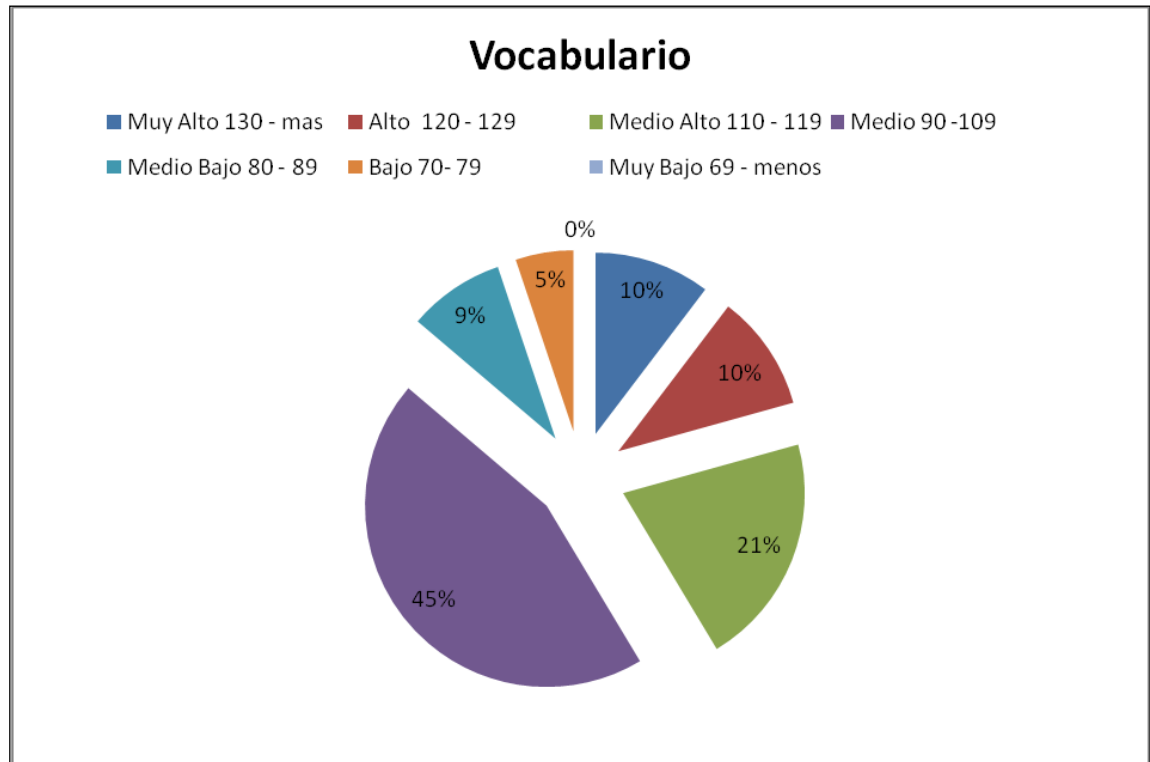


Grafico Estadístico N.4. Vocabulario /Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Interpretación:

Las puntuaciones adquiridas en esta sub de Vocabulario tenemos que el 45% se encuentran en el nivel medio; para medio bajo 9%; y medio alto con porcentajes del 21%. Un 10% con puntuación muy alta: 5 % con porcentaje bajo; 9% muy bajos .

4.2.- Análisis e Interpretación De La Variable Dependiente

Trastornos Alimenticios: Test de Bulimia de Edimburgo

(Bulimic Investigatory test Edinburgh, BITE), Test de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT).

Objetivo de la escala: Valorar objetivamente la presencia de trastornos Alimenticios

4.1.1.- Resultados Muestra Total

4.1.1.1.- Resultados Reactivos

Test de Bulimia de Edimburgo

(BulimicInvestigatogatory test Edimburgh, BITE)

A continuación se graficaran tres Preguntas, las cuales son las que presentaron mayor porcentaje:

Pregunta - Literal 1

1.- ¿tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?

SI	NO
36	64
36%	64%

Tabla N.5. Pregunta1/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De los 100 estudiantes de danza evaluados el 64% no posee costumbres regulares en su alimentación diaria mientras que un 36% menciona que posee costumbres regulares.

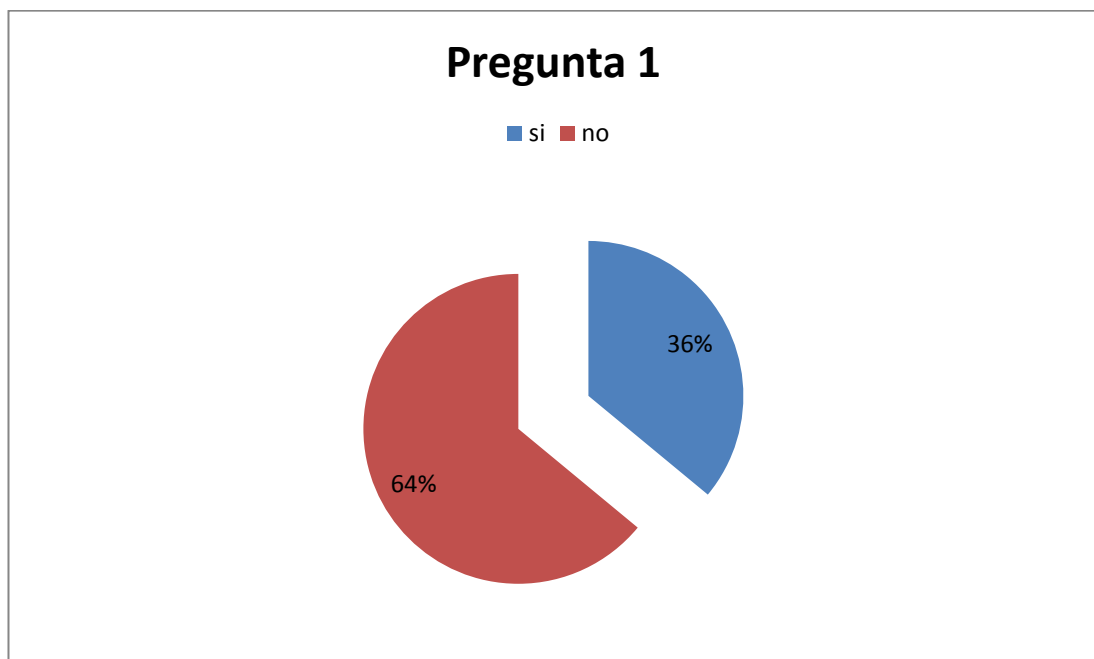


Grafico N.5. BITE 1/Fuente: Test K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

Cuando hablamos de costumbres regulares en la alimentación podemos hablar de metabolismos alterados lo que provoca la acumulación de lípidos en el cuerpo a esta forma de vida responde negativamente un 64% de los evaluados, mientras que un escaso 36% si posee costumbres regulares en la alimentación.

Pregunta 2 - literal 10

10.- ¿Le ha ocurrido alguna vez "comer y comer" hasta que las molestias físicas le obligan a parar?

SI	NO
62	38
62%	38%

Tabla N.6. Pregunta2/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De los 100 estudiantes de danza evaluados un 62% come hasta tener molestias físicas frente a un 38% que come hasta sentirse satisfecho.

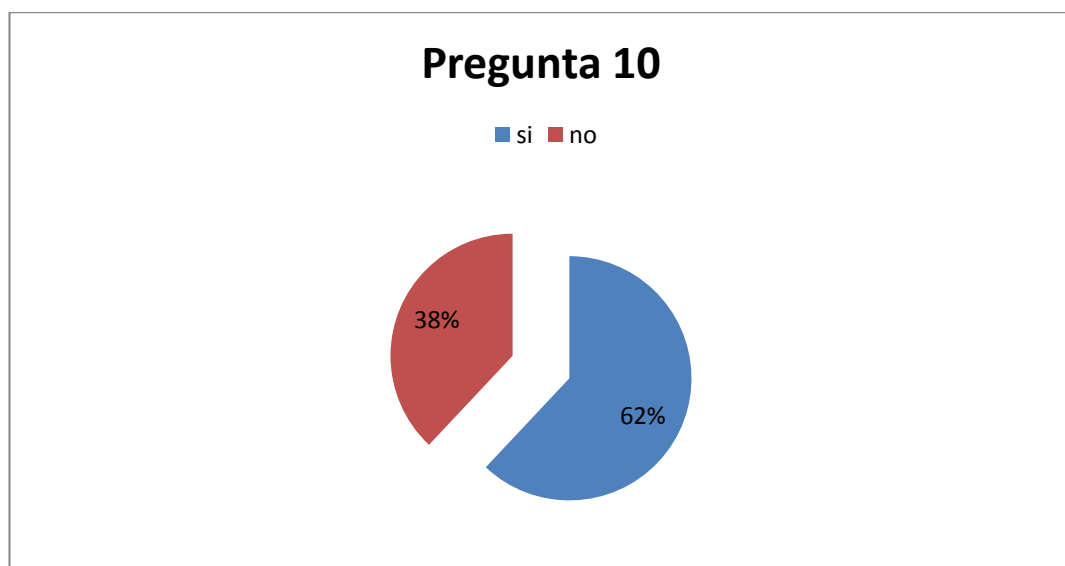


Grafico N.6. Pregunta 2/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

El consumo de alimentos de manera indiscriminada hasta tener que sentir las molestias físicas para poder dejar de comer está presente en la mayor parte de la población de estudiantes frente a quienes no necesitan tener molestias para dejar los alimentos

Pregunta 3 - Literal 15

15.- ¿Cuándo se siente ansioso /a tiene tendencia a comer demasiado?

SI	NO
69	31
69%	31%

Tabla N. 7. Pregunta3/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De los 100 estudiantes de danza evaluados un 62% come hasta tener molestias físicas frente a un 38% que come hasta sentirse satisfecho.

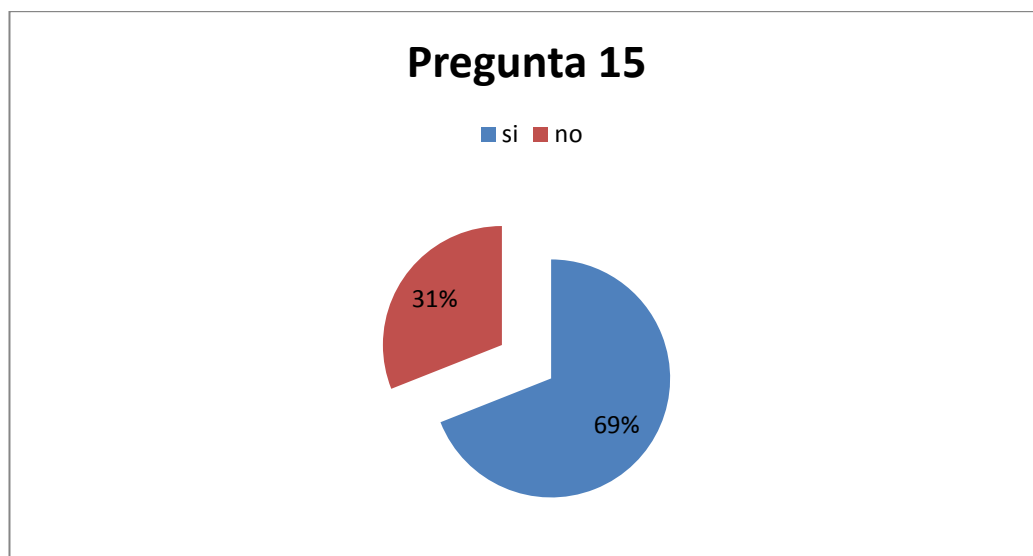


Grafico N.7. Pregunta3/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

Ante la presencia de síntomas ansiosos la manera de descargar energía de más de la mitad de la población evaluada es llevarse alimentos a la boca para de esta manera disminuir la tensión y llevar sus pensamientos a otra idea.

4.2.1.3.-DATOS GENERALES DE TEST BITE (bulimia):

Interpretación	N.	Porcentajes
Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	43	43%
Patrones alimentarios anormales	28	28%
Posible bulimia nerviosa subclínica	29	29%
Patrón de comportamiento muy alterado	0	0%
	100	100%

Tabla N.8.Datos generales/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014

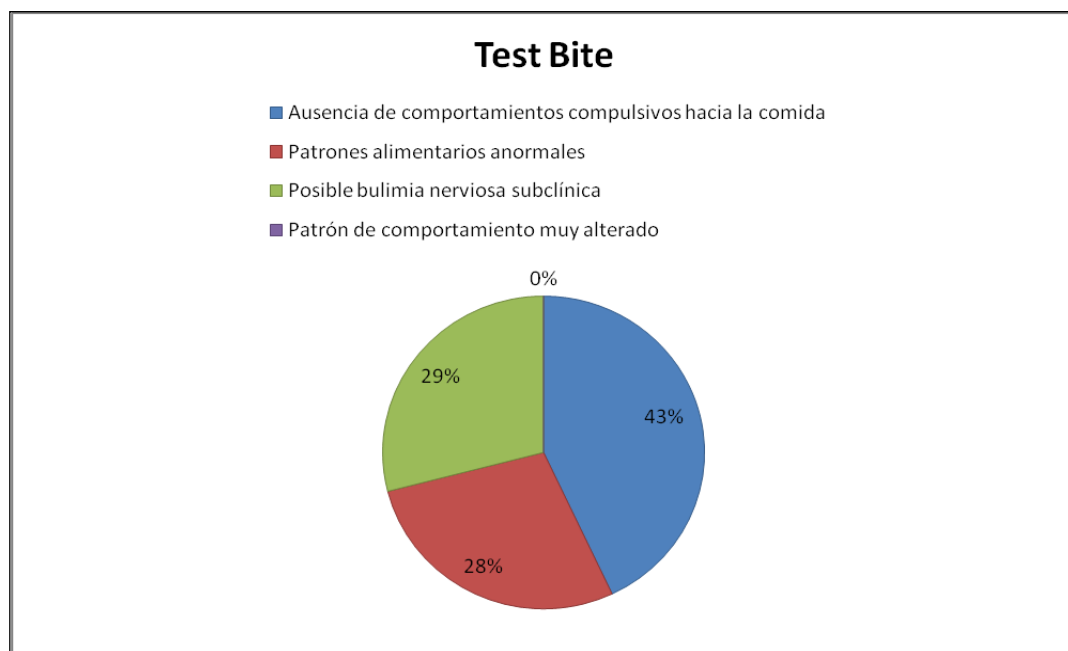


Gráfico N.8. Datos generales/Fuente: Test BITE/Autora: Tello Lorena, 2014.

Análisis Cuantitativo:

De los 100 estudiantes de danza encuestados 43 presentan ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, 28 Patrones alimentarios anormales que no necesariamente significaría la presencia de bulimia ,29 Posible bulimia nerviosa sub clínica es decir se puede indagar más a fondo con la entrevista psicológica. Y ningún factor para patrones de comportamiento muy alterado. Obteniendo un total de 57 estudiantes con conductas alteradas hacia la alimentación. Para hacer relación de los datos obtenidos y de la prevalencia de este trastorno tomamos en cuenta las encuestas realizadas en España se refleja

que, los adolescentes de entre 14 y 18 años 2,4% desarrolla bulimia.(Matey, 1997).

En general qué porcentaje de la población mundial tiene este trastorno, y compare este dato con el suyo; igual para anorexia

INTERPRETACION:

La mayor parte de la población evaluada posee patrones alimentarios anormales un 57% de la totalidad de la población, en donde se refleja las costumbres y pensamientos negativos hacia la alimentación, contrario a esto otra porción muy considerable que no presenta compulsiones alimentarias ligadas a la bulimia

Test de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT)

Preguntas con mayor puntuación:

Pregunta 1 - Literal 7

7.- Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas)

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
10	8	23	28	22	9
10%	8%	23%	28%	22%	9%

Tabla N.9.Preg.1 general/Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De la evaluación de 100 estudiantes de danza que evitan consumir alimentos con carbohidratos tenemos que 10 nunca lo hacen, 8 casi nunca, 23 algunas veces, 28 bastantes veces, 22 casi siempre y 9 siempre.

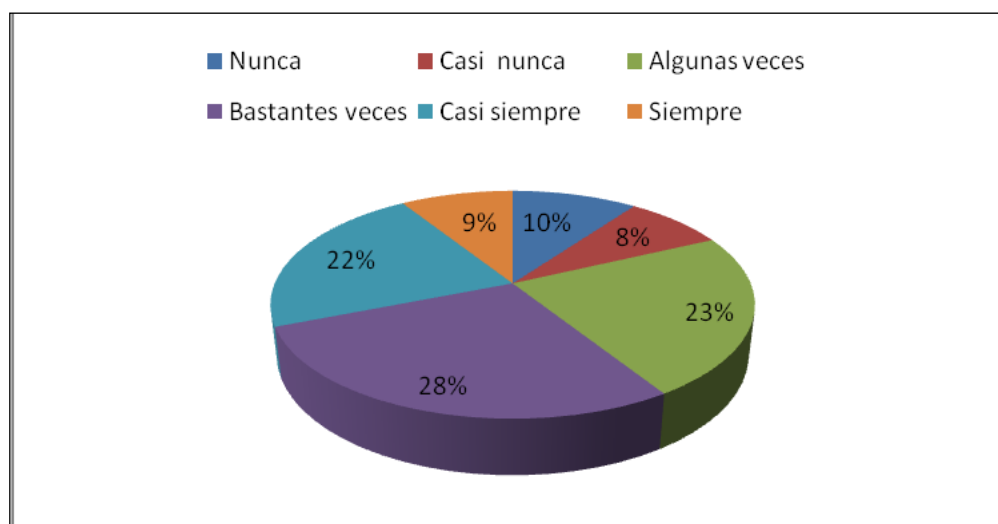


Gráfico N.9.Pregunata1/Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

Los porcentajes más elevados se encuentran en conductas que se repiten hasta poder ser un hábito, siendo muy bajo el porcentaje de personas que no evitan los carbohidratos.

Pregunta 2 - Literal 10

10.- Me siento muy culpable después de comer

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
3	12	10	36	31	8
3%	12%	10%	36%	31%	8%

Tabla N.10.Pregunta2 general/Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De la evaluación de 100 estudiantes de danza 3 mencionan no sentirse culpables después de comer. 12 casi nunca, 10 algunas veces, 36 bastantes veces, 31 casi siempre y 8 siempre.

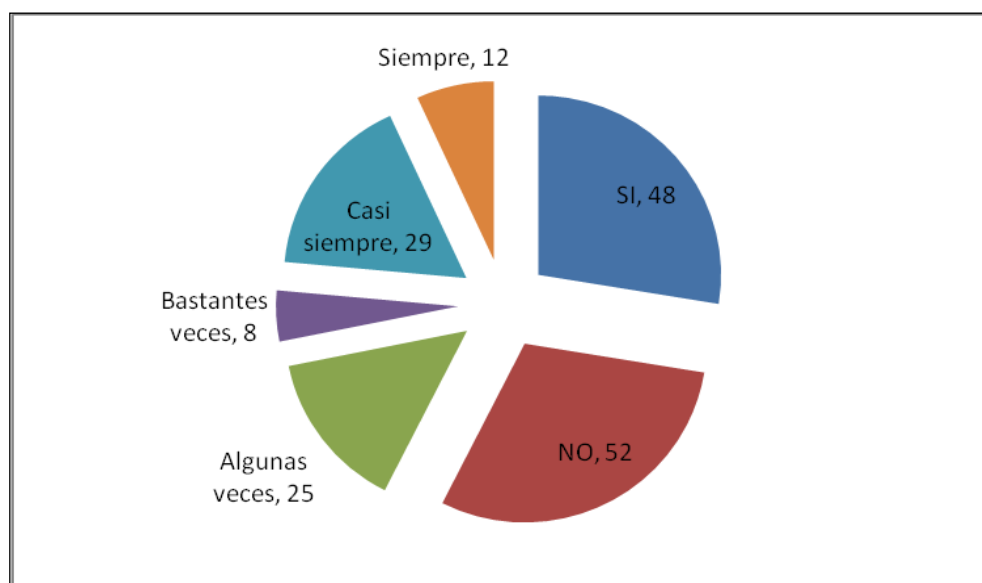


Grafico N.10.Pregunta2 general/Fuente: Test EAT /Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

De la evaluación de 100 estudiantes de danza la mayor parte se siente culpable después de comer lo que demuestra que sus conductas no concuerdan con sus ideas de alimentación presentándose solamente 3 personas que no padece de este sentimiento.

Pregunta 3- Literal 13

13.-Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
8	18	25	8	29	12
8%	18%	25%	8%	29%	12%

Tabla N.11.Pregunta3/Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De la evaluación de 100 estudiantes de danza 8 no piensa en quemar calorías cuando hace ejercicio , 18 casi nunca, 25 algunas veces, 8 bastantes veces, 29 casi siempre, 12 siempre.

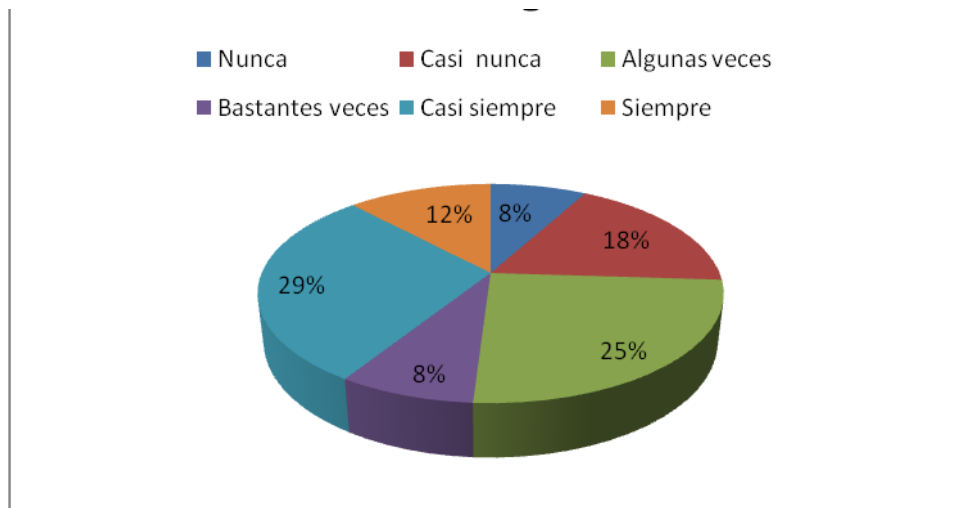


Gráfico N.11. Pregunta 3 /Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

En la mayor parte de la población evaluada la idea de realizar ejercicios de quemar calorías y de esa manera quemar la grasa, frente a un muy bajo porcentaje de personas que hace ejercicios por otras razones ajenas a quemar calorías

RESULTADOS GLOBALES DEL TEST EAT

EAT		
INTERPRETACION	NUMERO	PORCENTAJE
Mayor a 20	9	9%
Menor a 20	91	91%
TOTAL	100	100%

Tabla N.12. Global Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De un total de 100 personas evaluadas 91 no presentan conductas comunes a la anorexia y 9 si presentan conductas que se relacionan con la sintomatología de la anorexia.

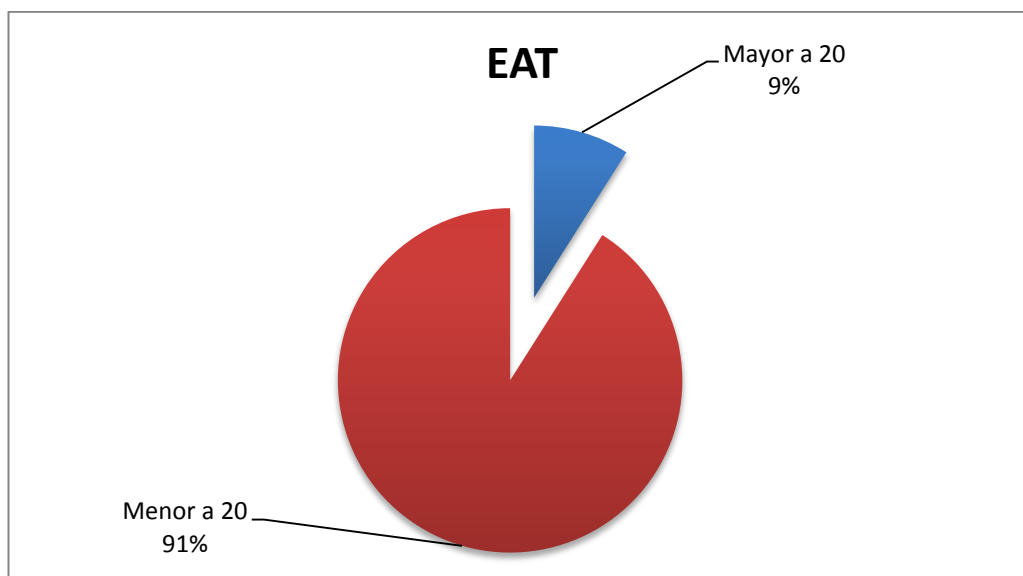


Grafico N.12globales general/Fuente: Test EAT/Autora: Tello Lorena, 2014

INTERPRETACION:

Los rasgos sintomáticos que corresponden a la enfermedad se presentan en un 9% de la población frente que un 91% de personas que no presentan conductas sintomáticas de importancia. Para hacer relación de los datos obtenidos y de la prevalencia de este trastorno tomamos en cuenta las encuestas realizadas en España (Matey, 1997), las mismas que reflejan que aproximadamente, una de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años cae en los trastornos referentes a la anorexia.

Resultados generales test de conductas alimentarias.-

CONDUCTAS ALIMETARIAS	Número	Porcentaje
Presencia de Alteraciones en conductas Alimentarias	58	58%
Ausencia de Alteraciones en conductas Alimentarias	42	42%
	100	100%

Tabla N.13. general.C.A/Fuente: Test EAT-BITEg/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cuantitativo:

De un total de 100 personas encuestadas un total de 58 personas presentan un determinado tipo de alteración respecto a sus conductas alimentarias y 42 personas presentan ausencia de alteración respecto a sus conductas alimentarias.

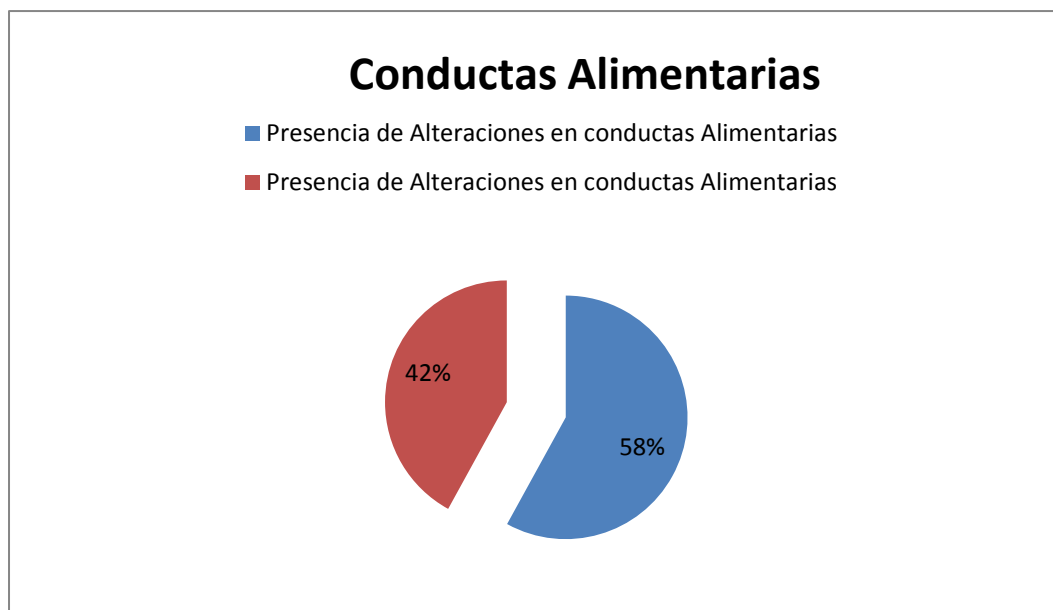


Grafico N.13. general.C.A/Fuente: Test EAT-BITEg/Autora: Tello Lorena, 2014

Análisis Cualitativo

Más de la mitad de la población (58%) presenta una preocupación por la alimentación, ligada a la imagen corporal el 42% restante no presenta una calificación significativa que involucre alteraciones en sus conductas alimentarias.

4.2.1.3. Tabla de relación variable

Tabla de relación de Anorexia con KBI-T

Anorexia / CoeficienteIntelectual

		Anorexia_Escala		Total
		AusenciaCond uctasasociadas	Presencia de ConductasAsoc iadas	
KBI-T escala	Medio Bajo	1	0	1
Total				
	Medio	31	7	38
	Medio Alto	17	2	19
Total		49	9	58

Tabla N.14. AN/CI/Fuente: Test EAT-KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La relación con el coeficiente intelectual y la anorexia demuestra que con el coeficiente medio bajo 1, medio31 y medio alto 17 conforman un total de 49 personas con ausencia de conductas asociadas a la anorexia y que por el contrario un total de 9 personas el coeficiente medio 7 y medio alto 2 presentan conductas asociadas a la anorexia

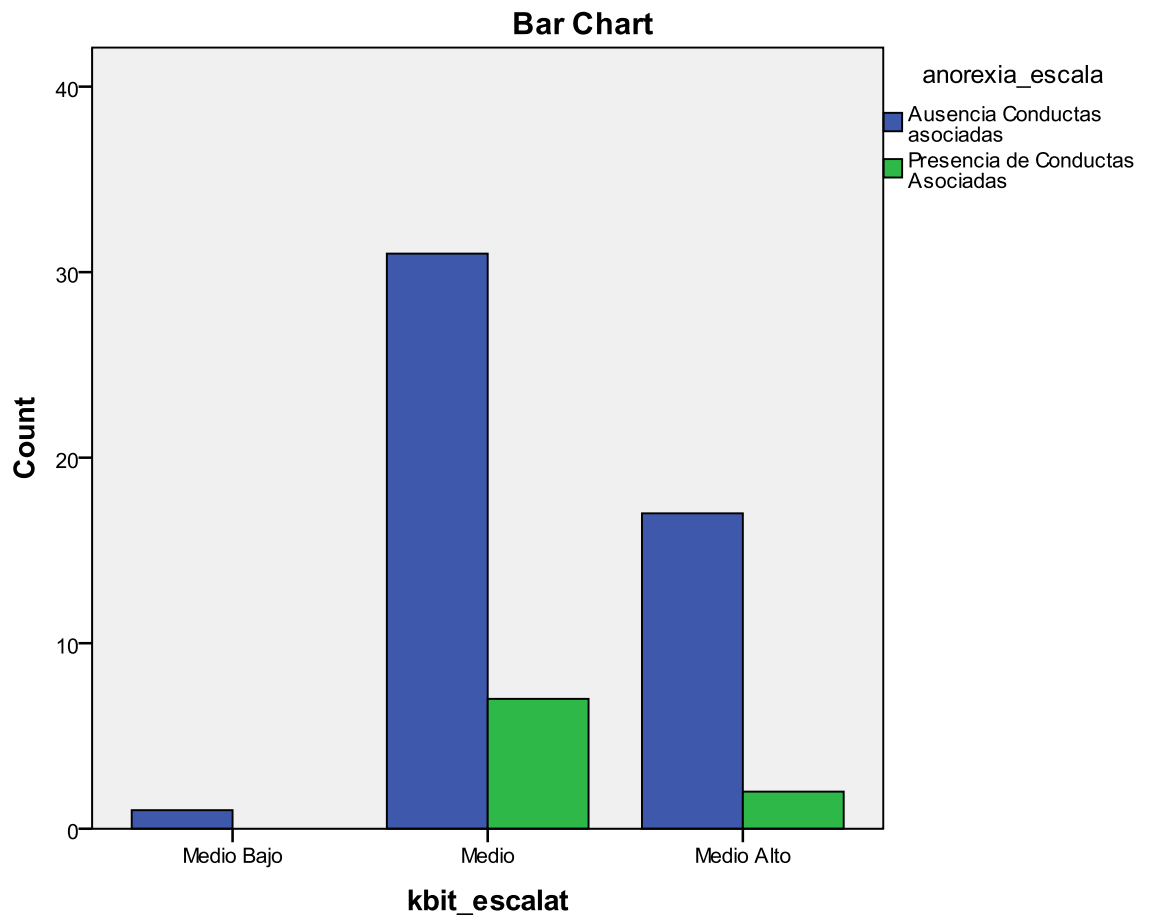


Grafico N.14. AN/CI/Fuente: Test EATKBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

El presente grafico muestra la relación entre las dos variables a investigar el Coeficiente Intelectual y Anorexia encontrando mayor relación entre el nivel de coeficiente intelectual medio y los patrones normales de anorexia.

Tabla de relación de Bulimia con KBI-T

Bulimia / Coeficiente Intelectual

		Bulimia Escala			Total
		Ausencia de Comportamientos Compulsivos	Patrones Anormales	Posible Bulimia	
KBI-T escala total	Medio	0	1	0	1
	Bajo				
	Medio	1	18	19	38
	Medio Alto	0	9	10	19
Total		1	28	29	58

Tabla N.15. BL/CI/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La relación con el coeficiente intelectual y la bulimia demuestra que con el nivel medio y la ausencia de comportamientos compulsivos se relaciona a una persona. Un total de 28 personas divididas en: medio bajo 1, coeficiente medio 18, medio alto 9 presentan patrones anormales y un total de 29 personas divididas en: medio bajo 1, coeficiente medio 38, medio alto 19 presentan posible bulimia.

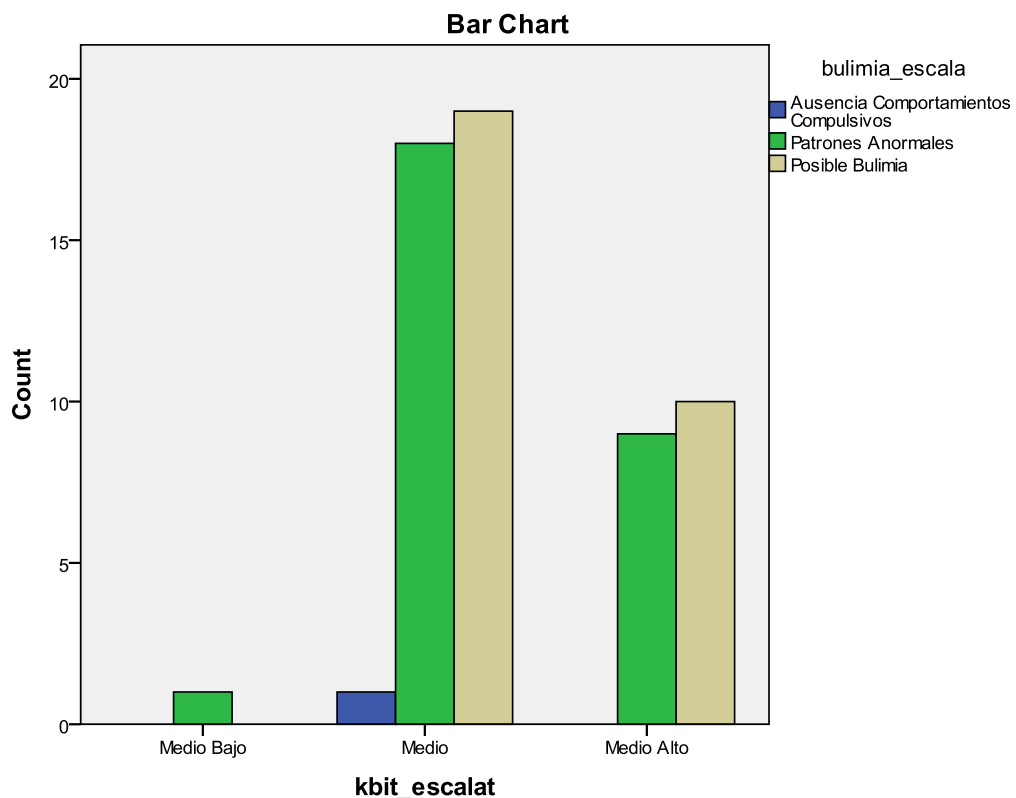


Grafico N.15. BL/CI/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

El presente grafico muestra la relación entre el Coeficiente Intelectual y Bulimia encontrando mayor relación con el nivel de coeficiente intelectual medio y medio alto y los patrones normales de Bulimia.

4.2.1.4.- Tabla de relación con escalas

Tabla de relación de Anorexia con Escala Verbal

Escala Verbal -Anorexia

		Anorexia escala verbal		Total
		Ausencia de Conductas asociadas	Presencia de Conductas asociadas	
KBI-Tescala verbal	Bajo	1	0	1
	Medio Bajo	9	0	9
	Medio	16	2	18
	Medio Alto	13	4	17
	Alto	7	1	8
	Muy Alto	3	2	5
Total		49	9	58

Tabla N.16. EV/AN/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La relación de anorexia con la escala verbal del KBI-T en función de la ausencia de conductas asociadas a la anorexia presenta; un nivel medio de C.I, un total de 16 personas, seguido de un nivel medio alto con un total de 13 personas, colocándose en rangos inferiores el nivel medio bajo con 9 personas, alto con 7 personas, muy alto con 3 personas y bajo con 1 persona. La relación de anorexia con la escala verbal del KBI-T en función de la presencia de conductas asociadas a la anorexia presenta; un nivel medio de C.I, un total de 18 personas, seguido de un nivel medio alto 17 personas, colocándose en rangos inferiores el nivel medio bajo con 9 personas, alto con 8 personas, muy alto con 5 personas y bajo con 1 persona.

Tabla de relación de Bulimia con Escala Verbal

Escala Verbal - Bulimia

		Bulimia escala			Total
		AusenciaCompor tamientosCompul sivos	PatronesAnor males	Posible Bulimia	
kbit_escala	Bajo	0	1	0	1
verbal	Medio	0	6	3	9
	Bajo				
	Medio	0	9	9	18
	Medio	0	8	9	17
	Alto				
	Alto	0	3	5	8
	Muy Alto	1	1	3	5
Total		1	28	29	58

Tabla N.17. EV/BL/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La relación de Bulimia con la escala verbal del KBI-T en función de ausencia de comportamientos compulsivos presenta 1 persona con nivel muy alto en los demás ítems del test hay ausencia de indicadores; con patrones anormales hacia la alimentación encontramos mayor puntuación en el nivel medio de C.I, con un total de 9 personas, nivel medio alto con 8 personas, seguidos de un nivel medio bajo con 6 personas, un nivel alto con 3 personas y bajo y muy bajo con una persona respectivamente, con posible bulimia encontramos un indicador idéntico para nivel medio y medio alto con 9 personas, nivel alto con 5 personas y para nivel medio bajo y muy alto con tres personas.

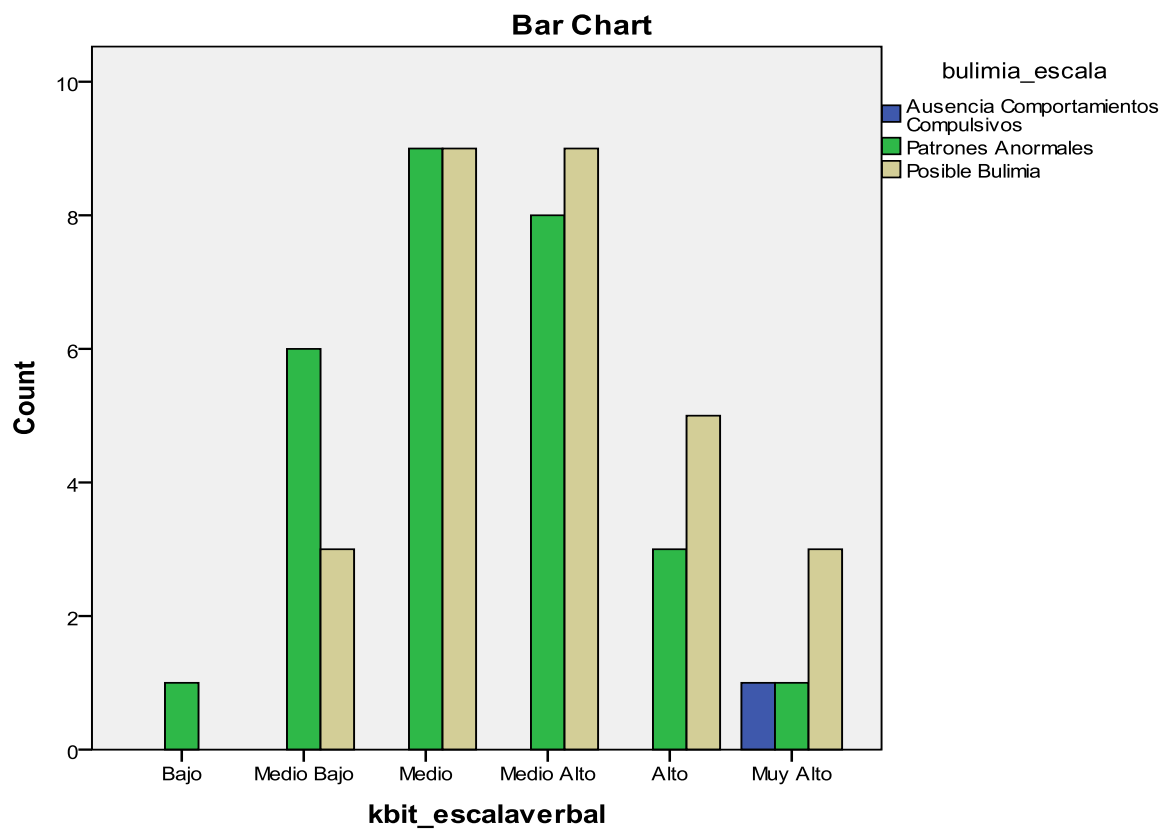


Grafico N.16. EV/BL/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

El presente grafico muestra la relación entre la escala verbal relacionado con el pensamiento cristalizado (formación de conceptos y conocimientos de palabras) del KBI-T con bulimia encontrando mayor relación entre Posible Bulimia y Patrones alimentarios anormales predominando el coeficiente intelectual medio y el coeficiente intelectual medio alto. En una relación más baja el nivel medio alto con la Bulimia.

Tabla de relación de Matrices con Anorexia

Escala Matrices - Anorexia

		Anorexia escala		Total
		Ausencia de Conductas asociadas	Presencia de Conductas asociadas	
KBI-T escala matrices	Bajo	3	0	3
	Medio bajo	1	4	5
	Medio	23	3	26
	Medio Alto	11	1	12
	Alto	5	1	6
	Muy Alto	6	0	6
Total		49	9	58

Tabla N.18. Mat/AN/Fuente: Test EAT/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La relación de anorexia con la escala matrices del KBI-T en función de la ausencia de conductas asociadas a la anorexia; se observa un nivel medio de C.I, un total de 23 personas, seguido de un nivel medio alto con un total de 11 personas , colocándose en rangos inferiores el nivel medio bajo con 3 personas, medio bajo con 1 persona, muy alto con 6 personas y alto con 5 persona.

La relación de anorexia con la escala matrices del KBI-T en función de la presencia de conductas asociadas a la anorexia presenta; un nivel medio de C.I, un total de 26 personas, seguido de un nivel medio alto 12 personas, colocándose en rangos inferiores el nivel medio bajo con 5 personas, alto y muy alto con 6 personas respectivamente, y bajo con 3 personas.

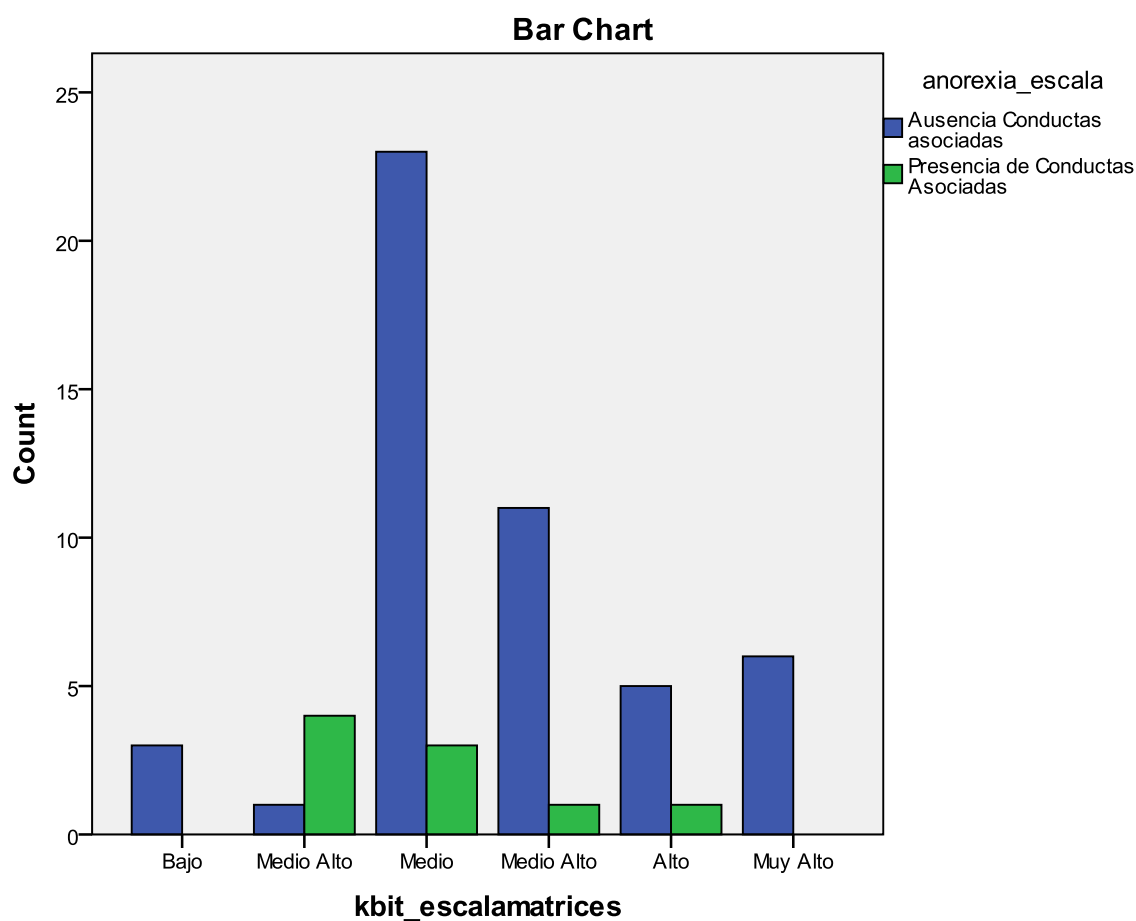


Gráfico N.17. Mat/AN/Fuente: Test EAT/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

El presente grafico muestra la relación entre la escala matrices relacionado con el pensamiento cristalizado (habilidades verbales y no verbales) del KBI-T con anorexia encontrando mayor relación con ausencia d conductas asociadas con la anorexia predominando el coeficiente intelectual medio y el coeficiente intelectual medio alto. En una relación más baja el nivel medio alto con la anorexia.

Tabla de relación de Matrices con Bulimia

Escala Matrices-Bulimia

		Bulimia escala			Total
		AusenciaComportamientosCompulsivos	PatronesAnormales	Posible Bulimia	
KBI-T escala matrices	Bajo	0	0	3	3
	Medio bajo	1	1	3	5
	Medio	0	16	10	26
	Medio Alto	0	5	7	12
	Alto	0	3	3	6
	Muy Alto	0	3	3	6
Total		1	28	29	58

Tabla N.19. Mat/BL/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

La relación de Bulimia con la escala matrices del KBI-T en función de ausencia de comportamientos compulsivos presenta con nivel bajo, medio, medio alto, alto y muy alto ausencia de indicadores, mientras que con nivel medio alto le corresponde con 1 persona. Con patrones anormales hacia la alimentación encontramos mayor puntuación en el nivel medio de C.I, con un total de 16 personas, nivel medio alto con 5 personas, seguidos de un nivel medio bajo, alto y muy alto con 3 personas respectivamente. Con posible bulimia encontramos un indicador idéntico para nivel alto y muy alto con 3 personas respectivamente, nivel alto con 7 personas y para nivel medio con 10 personas.

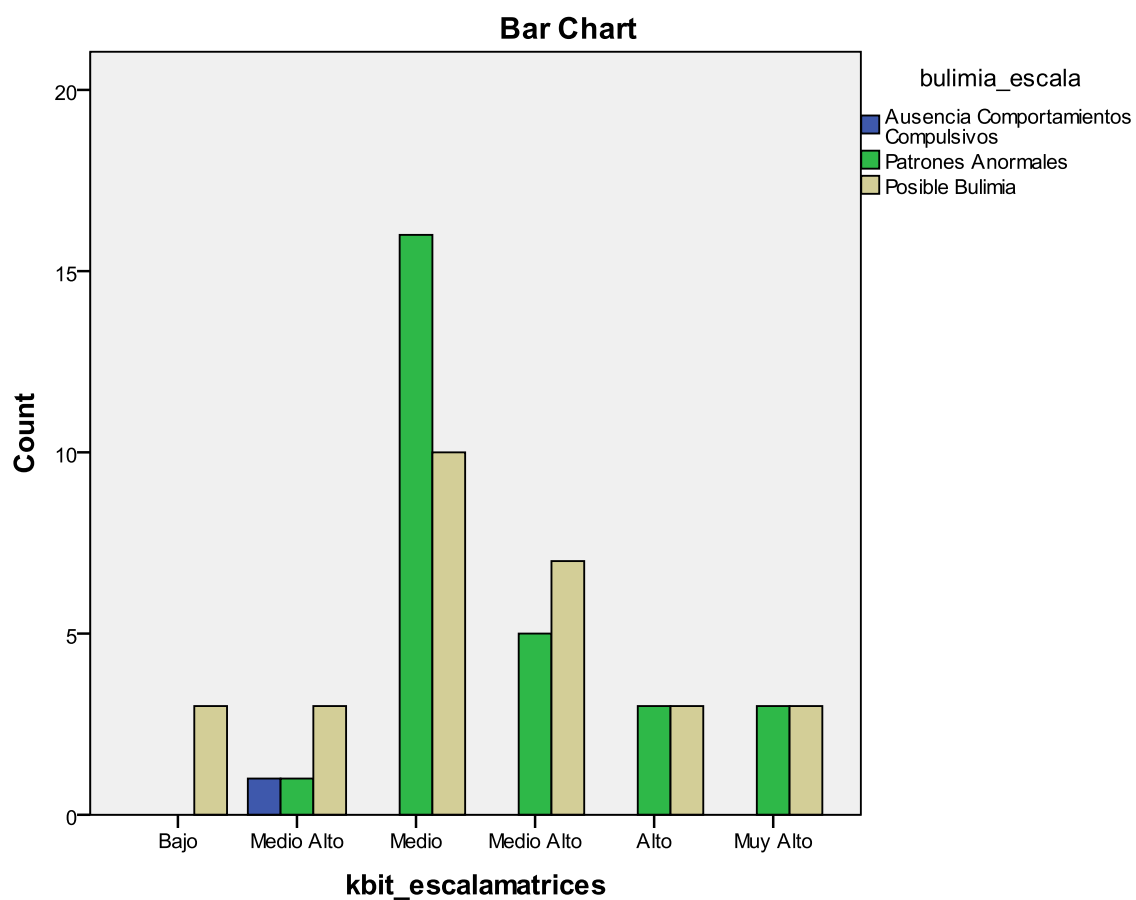


Grafico N.18. Mat/BL/Fuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 201

El presente grafico muestra la relación entre la escala matrices relacionado con el pensamiento cristalizado (habilidades verbales y no verbales) del KBI-T con bulimia encontrando mayor relación entre Posible Bulimia y Patrones alimentarios anormales predominando el coeficiente intelectual medio y el coeficiente intelectual medio alto. En una relación más baja el nivel medio alto con la Bulimia.

4.2.2.-. Interpretación de Variables

4.2.2.1. Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

En donde:

X²= Chi Cuadrado

O= Frecuencias Observadas

E= Frecuencias Esperadas

Variable Independiente: K-BIT

Variable Dependiente: EAT / BITE

Para el cálculo se realizó una tabla de relación en la que se colocó a las 58 personas que presentaron rasgos de trastornos de conductas alimentarias de un total de 100 evaluados, Para el test K-BIT se tomaron las puntuaciones del rango centil que se encuentra en el manual de aplicación del test para poder realizar una correlación entre los resultados obtenidos de las 58 personas a las que se les aplicó el test de coeficiente intelectual y la media de normalidad que indica el test

4.3.- Comprobación de Hipótesis

La hipótesis se cumple para la anorexia e inteligencia con un valor significativo de 0.048, dando una correlación inversa de 26%.

CRUCE DE VARIABLES

		KABIT _TOTAL	KABIT VERBAL	KABIT MATRIC ES	ANORE XIA	BULI MIA
KABIT_TOTAL	Pearson Correlation		,343**	,346**	-,261*	,055
	Sig. (2-tailed)		,008	,008	,048	,680
	N		58	58	58	58
KABIT_VERBAL	Pearson Correlation	,343**		-,753**	-,022	,077
	Sig. (2-tailed)	,008		,000	,872	,568
	N	58		58	58	58
KABIT_MATRICES	Pearson Correlation	,346**	-,753**		-,164	-,058
	Sig. (2-tailed)	,008	,000		,217	,667
	N	58	58		58	58
ANOREXIA	Pearson Correlation	-,261*	-,022	-,164		-,096
	Sig. (2-tailed)	,048	,872	,217		,475
	N	58	58	58		58
BULIMIA	Pearson Correlation	,055	,077	-,058	-,096	
	Sig. (2-tailed)	,680	,568	,667	,475	
	N	58	58	58	58	

Tabla N.20. Cruce de VariablesFuente: Test BITE/KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

4.2.2.1.-Percentiles de KBI-T

Tabla de relación del test de coeficiente intelectual entre la población en riesgo y los percentiles de normalidad

KABI-T TOTAL

Percentiles	1	89,00
	5	97,65
	10	99,00
	15	100,00
	25	100,00
	30	101,00
	35	102,00
	40	104,00
	45	105,00
	50	107,00
	55	108,00
	60	109,00
	65	109,00
	70	111,00
	75	111,00
	80	112,00
	85	113,15
	90	114,00
	95	115,05
	99,9	.

Tabla N.21. Relación porcentajes/Fuente: Test /KBIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Gráfico:

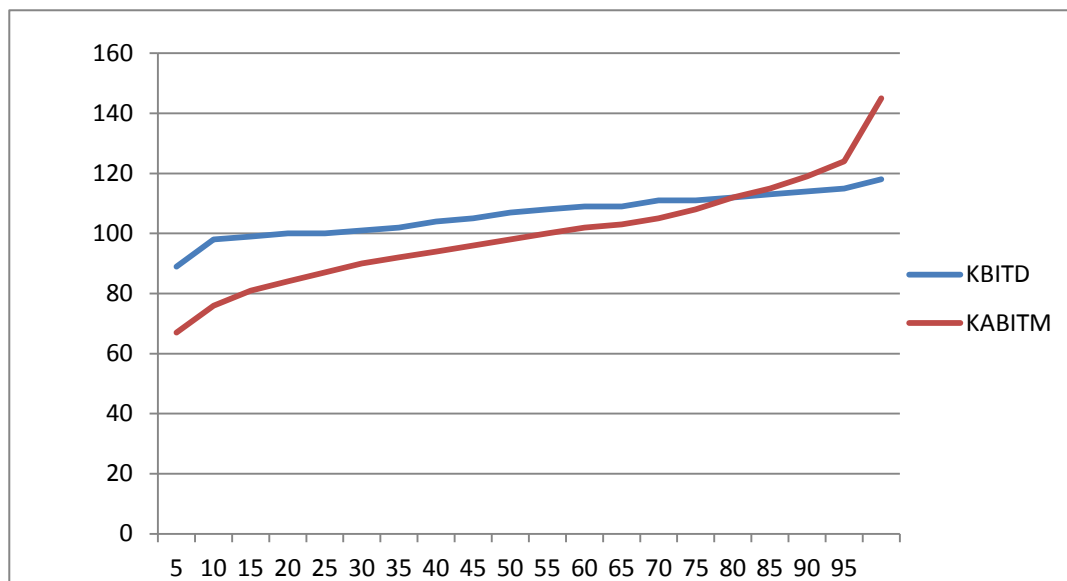


Grafico N.19. Relación porcentajes/Fuente: Test /K-BIT/Autora: Tello Lorena, 2014

Del análisis del coeficiente intelectual entre la población con presencia de conductas anormales hacia la alimentación (K-BITD) y los percentiles del manual del K-BIT (KABITM) se evidencia un mayor nivel de C.I en los grupos que practican danza.

4.3.- Verificación de la Hipótesis

La hipótesis se cumple para la relación entre anorexia e inteligencia aceptando la hipótesis alterna (H1), por ende dentro de la población investigada de los estudiantes de danza clásica y contemporánea de la ciudad de Ambato, se evidencia la influencia respecto a la aparición de anorexia y el coeficiente intelectual por encima de lo establecido como norma.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- A partir de los resultados de la investigación se concluye que el coeficiente intelectual se relaciona con la anorexia, además que el rango de estudiantes con rasgos de trastornos de conducta alimentaria son elevados un 58%, de un total de 100% encuestado. Lo que nos indica que son una población en riesgo de presentar trastornos de conducta con la intensificación de signos y síntomas.
- Del análisis del coeficiente intelectual entre la población con presencia de conductas anormales hacia la alimentación y los percentiles de normalidad, se evidencia un mayor nivel de C.I en los grupos que practican danza; además de un porcentaje significativo 31% de personas con un coeficiente intelectual medio alto.
- La aplicación de test BITE revela que los encuestados poseen conductas alimentarias anormales en un 57% y ausencia de estos comportamientos en un 43%. Los resultados del test EAT revelan un 91% de la población con ausencia de conductas comunes en Anorexia y un 9% con presencia de conductas comunes en Anorexia. En los países europeos se acepta una prevalencia cercana al 1% para AN y del 2-3% para BN; ambos porcentajes corresponden a mujeres jóvenes. La incidencia para la anorexia nerviosa es de 5-10/100.000 de la población mundial. No obstante, la prevalencia puede ser mayor en determinadas profesiones como modelos, bailarinas y gimnastas de competición. (Acerete, Trabazo).

En base a estos datos podemos relacionar a la población estudiada como un conglomerado en riesgo de padecimientos alimenticios presentándose en mayor prevalencia la sintomatología de dichos trastornos.

5.2. Recomendaciones

- Promover el desarrollo de conductas alimentarias saludables, socializando información sobre imagen corporal y los estereotipos sociales.
- En el área Cognitiva; identificar las creencias erróneas con respecto a su apariencia física, en las que basan en sus creencias irracionales.
- Trabajar en talleres grupales para desarrollar alternativas de afrontamiento a creencias erróneas, evitando de esta manera la instauración de un trastorno de conducta alimentaria.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.- Datos Informativos

Título: “APLICACIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE). PARA MANEJO CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LOS ESTUDIANTES DE DANZA CLASICA Y CONTEMPORANEA DE LA CIUDAD DE AMBATO”.

6.2.- Datos Informativos:

- **Beneficiarios:**
Estudiantes de las escuelas de danza del "Honorable Consejo Provincial de Tungurahua", y "Danzas Jazz"
- **Institución Ejecutora:**
Universidad Técnica De Ambato.
- **Ubicación:**
Cantón Ambato.
- **Tiempo Estimado Para La Ejecución:** 7 meses
Inicio Septiembre 2014. Fin Diciembre 2014

- Equipo Técnico Responsable:
Lorena Tello
Médico – Nutriólogo
2 pasantes de psicología clínica de las universidades del país.
- Costo: 3000 dólares

6.2.- Antecedentes de la Propuesta.

El Proyecto de investigación “Coeficiente intelectual y su influencia con la aparición de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato en edad 13 a 20 años” revela que un 58% de la población presenta conductas alimentarias anormales basadas en la ideas de mantener una figura estilizada, lo que convierte a este conglomerado en una población en riesgo, teniendo en cuenta las ideas obsesivas que giran hacia la alimentación; lo cual puede resultar dañino a nivel de salud y afecta a las relaciones interpersonales. Por lo cual se sugiere la aplicación de una intervención terapéutica basada en la terapia racional emotiva (TRE), con la finalidad de desarrollar estrategias de manejo de pensamientos relacionados a conductas alimentarias anormales en los estudiantes de las escuelas de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato.

La presente propuesta de intervención recae a nivel teórico sobre el modelo de la terapia racional emotiva, el cual permitirá el conocer al trastorno de tal manera que permita desarrollar estrategias y herramientas cognitivas y conductuales para un adecuado manejo de las conductas alimentarias, estas herramientas irán orientadas a la reestructuración cognitiva.

6.3.- Justificación.

Teniendo en cuenta el significativo porcentaje de estudiantes de las escuelas de danza del Cantón Ambato que presentan estrategias de conductas alimentarias

anormales (58%) se considera necesario intervenir en la población como una intervención primaria para de esta manera prevenir la instauración de trastornos de conducta alimentaria . Se opta como alternativa de mayor viabilidad realizar un modelo de intervención racional emotivo grupal, pues resulta una herramienta que ofrece los beneficios de la psicoterapia individual a un costo mucho menor en cuanto a recursos económicos, humanos y tecnológicos, además de ofrecer el beneficio de generar una red de apoyo social con el manejo de técnicas Cognitivas, Emocionales y Conductuales para los participantes del proyecto en los diferentes espacios educativos.

En cuanto al modelo teórico sobre el que descansa la presente propuesta se ha optado por la escuela cognitivo-conductual teniendo en cuenta el abanico de posibilidades que esta presenta en el área de desarrollo de habilidades y manejo de comportamientos y pensamientos. Se considera esta aproximación teórica la más apropiada también, debido a que la investigación” “Coeficiente intelectual y su influencia con la aparición de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea del cantón Ambato en edad 13 a 20 años” concluye la aparición de culpa y autopercepción errónea (elementos cognitivos) y malos hábitos alimenticios (elemento conductual)

El presente proyecto ofrece gran viabilidad y factibilidad debido a que presenta la apertura de las instituciones participantes, a la vez que la aplicación de un formato grupal de trabajo permite el generar resultados economizando en recursos tanto económicos, como tecnológicos y humanos.

6.4.- Objetivos.

GENERAL:

- **APLICAR LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE) PARA MANEJO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS”**

ESPECÍFICOS:

- Generar conductas adecuadas a la imagen corporal y a la alimentación.
- Modificar la ingesta inadecuada de alimentos.
- Reestructurar las ideas irracionales sobre la imagen corporal

6.5.- Fundamentación Científico - Técnica.

6.6.1.- Terapia Racional Emotiva (TRE)

La terapia racional emotiva es un modelo psicoterapéutico desarrollado por el psicólogo estadounidense Albert Ellis desde el año 1955 hasta su muerte en 2007. Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo representado por la secuencia A-B-C, encaminada a la reestructuración cognitiva.

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se basa en ciertos presupuestos teóricos:

- a) El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.
- b) Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y auto registros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
- c) Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos. El modelo cognitivo en que se

basa la Terapia Racional Emotiva Conductual ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores (p.ej., Ellis, 1979a). Las tres letras se refieren a lo siguiente:

- A.- Se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real
- B.- Se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no.
- C.- Se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B

Es decir, la teoría básica de la Terapia Racional Emotiva es que las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las alteraciones emocionales en particular. No son los acontecimientos en si los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos.

Ellis en algún momento enumeró una serie de creencias irracionales, es decir, aquellas creencias que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria. Algunas de ellas son:

- Ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema.
- Sólo se puede considerar válido el ser humano si es competente, suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone.
- Las personas que no actúan como «deberían» son viles y deben pagar por su maldad.
- La desgracia y el malestar humanos están provocados externamente y están fuera del control de una persona.
- Si existe algún peligro, debo sentirme bastante perturbado por ello.
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- Mi pasado ha de afectarme siempre.

Las ideas irracionales se han definido dentro de la Terapia Racional Emotiva como el conjunto de creencias que no coinciden con la lógica y el método empírico-analítico, que además no sean funcionales para el individuo y sean auto derrotistas. Son equiparables con las distorsiones cognitivas propuestas por Beck. Además de creencias irracionales que pueda tener el consultante, las personas emocionalmente perturbadas se traban en demandas rígidas y absolutistas, que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes. Estas exigencias versan sobre:

- Uno mismo: «*Yo debo...*» o «*Yo necesito...*». Por ejemplo: «Debo hacer las cosas bien», «No debo hacer el ridículo».
- Los demás: «*Él debe....*» o «*tú debes...*»: «Las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo».
- El Mundo: «*El mundo debe...*» o «*la vida debe...*»: «El mundo debería ofrecerme una vida cómoda», «No es justo que la vida sea así».

La persona no siempre se da cuenta de que las tiene de forma clara, y menos aún de que son irracionales.

6.6.2.-Etapas De La Terapia Racional Emotiva

1ª Etapa Psicodiagnóstico

OBJETIVOS:

- Descubrir las creencias o filosofías “irracionales” que producen emociones o conductas contraproducentes.
- Comprender cómo contribuyen a los problemas del paciente.
- Señalar metas realistas (acuerdo terapeuta - paciente).

TAREAS:

Clasificar los problemas del paciente en:

- a) Externos.- son problemas en las “A”

- b) Internos.- son problemas en “B” y “C”
- c) Mixtos.- son problemas “internos” acerca de los problemas externos
 - Detectar, a través del relato del paciente, sus creencias irracionales.
 - Detectar los problemas secundarios que son las ideas irracionales sobre sus problemas primarios
 - Establecer metas flexibles, conceptualizar el cuadro sintomático en términos del modelo ABC y comentar al paciente las opciones posibles y las recomendadas. Suele ser:
 - Explicarle las bases de la Terapia Racional Emotiva
 - Empezar a hacer autorregistros.

2ª etapa insight intelectual

Promueve esclarecer los siguientes conocimientos:

- Las creencias irracionales actuales son el principal determinante de sus problemas emocionales y conductuales.
- Las creencias se mantienen por refuerzo.
- Comprender qué creencias irracionales causan sus problemas (usar cuestionarios y registros).
- Tomar conciencia de que no existen pruebas que apoyen las ideas irracionales y de que, en cambio, si existe evidencia de que mantener esas actitudes es perjudicial.
- Autoaceptación.
- Comprender que si quieren librarse de sus creencias irracionales han de trabajar por algún tiempo, para afianzar y mantener sus nuevas actitudes racionales.

3ª etapa insight emocional: cambio de actitudes

Se trata de lograr un cambio de actitudes; es decir, de creencias, emociones y conductas. Esto implica, según Ellis, una creencia muy fuerte en que la creencia irracional es dañina y su creencia racional alternativa, es sana y deseable. Es la etapa más extensa.

El Objetivo de esta etapa es crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas.

La estructura de una sesión de Terapia Racional Emotiva es la siguiente

- 1) Identificar emociones y conductas problemáticas, e identificar creencias irracionales que las sustentan.
- 2) Refutar esas creencias contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales.
- 3) Afianzar las alternativas racionales con tareas

Los principales objetivos de esta etapa son:

4ª Etapa: fortalecer los hábitos racionales

- Preparar al paciente a automatizar los cambios adquiridos en la terapia
- Prepararle para que, en el futuro, él sea su propio terapeuta

Técnicas de la Terapia Racional Emotiva

Técnicas Cognitivas

- Discusión o debate de las ideas irracionales (la principal)-
- Tareas escritas para detectar y cambiar pensamientos
- Resolución de problemas: ver la vida en términos de resolución de problemas, y manteniendo una actitud de preferencia, de no exigencia.
- Precisión semántica: en base a la idea de que el lenguaje determina al pensamiento
- Referenciar (ventajas e inconvenientes de mantener un hábito)
- Frases de superación y autoindocctrinamiento en filosofías racionales
- Detectar, discutir, y cambiar las falsas atribuciones, buscando hipótesis alternativas
- Usar la imaginación y la fantasía
- Leer y escuchar materiales Terapia Racional Emotiva.

- Humor e intención paradójica

Técnicas Emocionales

- Exposición a emociones indeseables: IRE (similar a la exposición imaginada)
- Técnicas de expresión emocional, pero detectando las ideas que están en su base
- Aceptación incondicional a nivel cognitivo, verbal, emocional y conductual para facilitar la auto aceptación incondicional por parte del propio paciente
- Autodescubrimiento del terapeuta: contar si han tenido problemas similares y los han superado mediante Terapia Racional Emotiva
- Usar historias, chistes, leyendas, parábolas y canciones
- Ejercicios para superar la vergüenza
- Ejercicios de autorrevelación de algo íntimo, secreto o vergonzoso
- Dramatización (psicodrama y juegos de roles)
- Autoafirmaciones violentas y dramáticas

Técnicas Conductuales

- Tareas para casa
- Premios y castigos autoimpuestos supervisados por el terapeuta y, o un familiar
- Exposición en vivo, tipo inundación más que gradual
- Entrenamiento en habilidades
- Control de estímulos.

MODELO OPERATIVO

Fase 1.- FASE DE INDUCCION-CONCEPTUALIZACION

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Presentación del Programa	Dar a conocer a los participantes la temática de la intervención.	Charla explicativa	Instalaciones Infocus Laptop	Lorena Tello	1ra sesión
Presentación de los participantes	Socialización de los participantes. Generar cohesión.	Dinámica de presentación	Instalaciones Papelógrafos. Marcadores. Cartulina	Lorena Tello	1ra sesión
Evaluación de conductas alimentarias y autoimagen	Generar línea base en relación a la temática.	Evaluación	Test EAT	Lorena Tello	2da sesión
Conceptualización de la Terapia Racional Emotiva y las cogniciones asociadas a conductas alimentarias anormales	Dar a entender la relación existente entre sus cogniciones y sus conductas alimentarias	Charla explicativa	Instalaciones Infocus Laptop	Lorena Tello	3ra sesión
		Discusión			

Tabla N.22. Fase de inducción/Fuente: Psicología Cognitiva/Autora: Tello Lorena, 2014

Fase 2.- ADQUISICION DE HABILIDADES

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Inducción a registros de pensamiento	Enseñar a los participantes a registrar sus pensamientos y las conductas y emociones que generan (Modelo ABC)	ABC de	Instalaciones Infocus Laptop	Lorena Tello	4ta y 5ta sesión
		Discusión			
	Razonamiento del proceso de registro de sus pensamientos, conductas y emociones	Técnica de Discriminación		Lorena Tello	6ta Sesión
Auto aceptación	Generar en los participantes un conocimiento realista de sí mismos y su imagen física	Técnica FODA	Instalaciones Infocus Laptop Papelotes Marcadores Espejo	Lorena Tello	7ma sesión
		Técnica de la silueta			
		Técnica del espejo.	Infocus Laptop Papelotes Marcadores Espejo	Lorena Tello	8va sesión

Desarrollo de técnicas de TRE	Desarrollar herramientas de manejo de pensamientos y emociones relacionados a conductas alimentarias	Técnica de discusión de pensamiento	Instalaciones Infocus Laptop	Lorena Tello	9na Sesión
		Técnica de auto instrucciones	Instalaciones Infocus Laptop	Lorena Tello	10 ma sesión

Tabla N.23. Fase Adquisición/Fuente: Psicología Cognitiva/Autora: Tello Lorena, 2014

Fase 3.- CONSOLIDACIÓN

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Aplicación de herramientas de manejo de pensamientos y emociones relacionados a conductas alimentarias	Poner en práctica las herramientas desarrolladas	Observación de modelos en video y en vivo.	Instalaciones Infocus Laptop	Lorena Tello	11va/ 12va sesión
		Aplicación de técnicas a situaciones hipotéticas y reales.	Papel Lápices Infocus Laptop	Lorena Tello	13va/ 14va sesión
Seguimiento	Verificar la eficacia del trabajo realizado	Discusión vivencial	Instalaciones	Lorena Tello	15va / 16va sesión
		Retroalimentación	Instalaciones	Lorena Tello	17va/ 18va

Tabla N.24. Fase Consolidación/Fuente: Psicología Cognitiva/Autora: Tello Lorena, 2014

6.8.- Administración De La Propuesta.

Recursos institucionales:

Escuela de danza del "Honorable Consejo Provincial"

Escuela de danza "Danzas Jazz"

Universidad Técnica de Ambato

Recursos humanos:

Coordinadora: Lorena Tello

Presupuesto:

	Valor
Instalaciones	0
Infocus	700
Laptop	800
Copias	200
Material oficina	150
Salarios	1000
Imprevistos	285
	3115

9.- Plan De Monitoreo Y Evaluación.

Preguntas básicas:	
¿Qué evaluar?	Conductas Alimentarias
¿Por qué evaluar?	Determinar las conductas alimenticias de los participantes
¿Para qué evaluar?	Evaluar eficacia del proyecto
¿Con que criterios?	Criterios establecidos en el test BITE
Indicadores	Puntuaciones test BITE
¿Quién evalúa?	Lorena Tello
¿Cuándo evaluar?	Inicio y fin del proyecto
¿Cómo evaluar?	Aplicación BITE
Fuentes de información.	Bibliográfica
¿Con que evaluar?	Test BITE

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Bibliografía

- Bumbl, J (2006).Psicoeducación: Una Intervención psicoterapéutica básico para los pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Bulletin.
- Dorsch, F. (1994). Psicopatología, Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.
- Durand, B. (2003). Psicopatología., Psicopatología. España
- Feldman, R. (2002). Cerebro, Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. México.
- Hogarty, G.(1991).Psicoeducaciónfamiliar:Entrenamiento en habilidades sociales y la quimioterapia de mantenimiento en el tratamiento de la esquizofrenia postratamiento. Arch.
- Phres, T. (2006). Psicología Clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión.
- Subbotsky, E. (2009). Retrieved from <http://psych.hanover.edu>
- Worchel, S. (2001). Inteligencia . Psicología: Fundamentos y AplicacionesMadrid.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

BASE DE DATOS UTA

- EBRARY. Bravo, P.; Bravo, S.; Porras, B. (2006). Prevalencias de Sustancias Psicoactivas asociadas con muerte violentas en Cali. Editorial Red Colombia Médica. Recuperado el: 13 Noviembre 2014. De:site.ebrary.com.
- EBRARY. Mingote, José C. El malestar de los jóvenes: contextos, raíces y experiencias. Recuperado 13 de Noviembre 2014, desde la base de datos.
- E-LIBRO: Ugarte, H. (2004). Conducta humana: instintos y sociedad. Recuperado Noviembre de 2014, de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10638515&p0>

0=conducta.

- E-LIBRO: Ugarte, H. (2004). Conducta humana: instintos y sociedad. Recuperado Noviembre, de :
<http://search.proquest.com/docview/315731298?accountid=36765>
- PROQUEST: Molina, A. (25 de mayo de 2004). Recuperado, Noviembre de :
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10638515&p00=conducta>.

LINKOGRAFIA:

- Arias, M. (2012). UTN. Recuperado en Abril de 2014, Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2071>
- Arízaga. A. (2007). Dspace. Recuperado el 2014, Disponible en:
<http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/5760>
- Betancourt. G. (2006). Repositorio Digital PUCE. Recuperado en Mayo de 2014, Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4416>
- Calvo. D. (2012). Unizar. Recuperado en mayo de 2014, Disponible en:
<http://zagan.unizar.es/record/9900/files/TESIS-2012-135.pdf>
- Campos. J. (2001). Dialnet. Recuperado en Julio de 2014, Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3040144>
- Cruz. M. (2012). UTN. Recuperado el 2014, Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2071/1/TESIS%20COMPLETA%20MORALES%20Y%20Y%C3%89PEZ.pdf>
- Dominguez. A. (2012). Unisabana. Recuperado en mayo de 2014, Disponible en:
http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3485/1/Angela%20Mar%C3%ADa%20Dom%C3%ADnguez%20Ardila_152783.pdf
- Forero D. (2013). Web Consultas. Recuperado en Julio de 2014, Disponible en: de <http://www.webconsultas.com/bulimia/bulimia-277>
- Fortunato J. (s.f.). Mnonografias.com Recuperado en junio de 2014, Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos78/psicopatologia-clinica-basica-aplicaciones/psicopatologia-clinica-basica-aplicaciones2.shtml>

- Gobierno de Cantabria. (s.f.).Gobierno de Cantabria. Recuperado en Julio de 2014,Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/>
- Leonoir M. (s.f.). Scielo. Recuperado en Julio de 2014, Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s032500752006000300011&script=sci_arttext
- Matey P. (1997).Salud y Medicina. Recuperado el 2014. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S262/S262alimentacion.html>
- Mendoza P. (2001).UAPUEC .Recuperado el 2014,Disponible en aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html
- Mendoza P. (2012).R&A Psicólogos. Recuperado en Julio de 2014,Disponible en: <http://www.ryapsicologos.net/Terapia-Cognitivo-Conductual.html>
- Morales. A .(2013). Psicología. Recuperado en Marzo de 2014,Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2071>
- Peláez M. (2003). Biblioteca.UCM.Recuperado en marzo de 2014, Disponible en; biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26738.pdf
- Preláez M. (2003). UCM.Recuperado en Mayo. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26738.pdf> de Julio de 2014,.
- Rocamora A. (2007).UNCU Recuperado el 2014,Disponible en: <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/tesis.pdf>
- Rocamora A. (2011).UNCO. Recuperado en Mayo de 2014, Disponible en: <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/tesis.pdf>
- Rocamora M. (s.f.).UNCU. Recuperado en mayo de 2014, Disponible en: <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/tesis.pdf>
- Sánchez A. (2013). UCO .Recuperado en Mayo de 2014,Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10537/791.pdf?sequence=1>
- Sánchez A. (s.f.).UCO. Recuperado en mayo de 2014, Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10537/791.pdf?sequence=1>

- Suárez P. (2013). Universidad Tecnica De Ambato.Recuperado en Abril de 2014, Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3955>
- Subbotsky, E. (2009). Hanover.Recuperado en Abril de 2014.Disponible en <http://psych.hanover.edu>
- Turón V. (s.f.). Psiquiatría.Recuperado en Abril de 2014,Disponible en: www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc5846.pdf
- Villoria O. (2005). Mailxmail. Recuperado en Julio de 2014,Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-trastornos-alimentarios-anorexia-bulimia/trastornos-alimentarios-definiciones-caracteristicas>.

2.- ANEXOS



ANEXO N.1

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA



Test de Bulimia de Edimburgo (BulimicInvestigatory Test Edinburgh, BITE)
orientado para evaluar síntomas y conductas comunes en la anorexia nerviosa.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrara una lista de preguntas. Léalas detenidamente y conteste con franqueza.

Marque una sola respuesta SI o NO. Encontrará otras preguntas que poseen respuestas en torno a frecuencias, por favor marque solo una de ellas.

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SI	NO																																								
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SI	NO																																								
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SI	NO																																								
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen? SÍ NO	SI	NO																																								
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SI	NO																																								
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?																																										
Díasalternos (5) 2-3 vecesporsemana (4) Un día a la semana (3) Algunavez (2) Unavez (1)																																										
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nunca</th> <th>Raramente</th> <th>1 vez/semana</th> <th>2-3 veces/semana</th> <th>Diariamente</th> <th>2-3 veces/día</th> <th>5 veces/día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pastillas para adelgazar</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Diuréticos</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Laxantes</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Provocar el vómito</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>				Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día	Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7	Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7	Laxantes	0	2	3	4	5	6	7	Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día																																			
Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7																																			
Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7																																			
Laxantes	0	2	3	4	5	6	7																																			
Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7																																			

8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	SI	NO
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	SI	NO
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	SI	NO
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	SI	NO
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	SI	NO
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	SI	NO
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	SI	NO
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	SI	NO
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	SI	NO
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	SI	NO
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	SI	NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?	SI	NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SI	NO
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SI	NO
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	SI	NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?	SI	NO
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?	SI	NO
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?	SI	NO
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?	SI	NO
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?		
Raramente (1) Unavez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6)		
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracón»? SÍ NO	SI	NO
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	SI	NO
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SI	NO
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SI	NO
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?	SI	NO
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	SI	NO



Anexo N.2
UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA



Test de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT) orientado para evaluar síntomas y conductas comunes en la anorexia nerviosa.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una lista de preguntas, léalas detenidamente y conteste con franqueza.

Deberá elegir su respuesta basado en las siguientes claves:

N	Nunca
CN	casi nunca
AV	algunas veces
BV	bastantes veces
CS	casi siempre
S	Siempre

	EAT 26	N	CV	AV	BV	CS	S
1	Me gusta comer con otras personas						
2	Procuro no comer aunque tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	A veces me he «atraca» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						

13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						