

Scipione, María Felicitas

*Trastornos alimentarios y calidad de vida en
adolescentes de 15 a 21 años de edad de la
ciudad de Paraná*

**Tesis de Licenciatura en Psicología
Facultad “Teresa de Ávila” - Paraná**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Scipione, M. A. (2018). *Trastornos alimentarios y calidad de vida en adolescentes de 15 a 21 años de edad de la ciudad de Paraná* [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=trastornos-alimentarios-calidad-vida> [Fecha de consulta:]



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA
ARGENTINA
FACULTAD “TERESA DE AVILA”
DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES

*“Trastornos alimentarios y Calidad de vida en
adolescentes de 15 a 21 años de edad de la Ciudad de
Paraná”.*

Tesista: Ma. Felicitas Scipione

Director de Tesis: Ps. C. Eduardo Blanco.

Asesor Metodológico: Cesar Sione.

Tesis para acceder al título de Licenciatura en Psicología

Año 2018

*“Comer es una necesidad, pero comer de forma
inteligente es un arte.” -La Rochefoucauld-*

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos por el apoyo y sostén incondicional.

A mi director de tesis, Ps. C. Eduardo Blanco por guiarme durante todo el proceso.

A mi Asesor Metodológico, Cesar Sione por la ayuda y las recomendaciones pertinentes.

A las instituciones que abrieron las puertas para poder participar de la investigación.

A todas las adolescentes que colaboraron y participaron del estudio.

A todos los que de alguna u otra forma contribuyeron a lo largo de todo este proceso.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
LISTA DE GRAFICOS.....	7
LISTA DE TABLAS.....	8
RESUMEN.....	9
CAPITULO I. INTRODUCCION.....	10
1.1.-Planteamiento y formulación del problema.....	10
1.2.- Objetivos de la investigación.....	12
1.2.1. Objetivo General.....	12
1.2.2. Objetivos Específicos.....	12
1.3.- Hipótesis.....	12
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	14
2.1.- Estado del arte.....	14
2.2.-Marco teórico.....	16
2.2.1. Conceptos centrales.....	16
2.2.2. Trastorno Alimentarios.....	16
2.2.3. Anorexia Nerviosa.....	16
2.2.4. Bulimia Nerviosa.....	17
2.2.5. Calidad de Vida.....	30
2.2.6. Adolescencia media o final.....	35
2.2.7. Adolescencia final o alta adolescencia.....	36
2.2.8. Tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual.....	39

2.2.8.1. Modelo Cognitivo-conductual.....	39
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO.....	47
3.1. Tipo de Investigación.....	47
3.2. Muestra.....	47
3.2.1. Descripción de la muestra.....	48
3.3. Técnicas de recolección de datos.....	49
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	51
3.5. Procedimientos de análisis de datos.....	51
CAPITULO VI. RESULTADOS.....	52
4.1. Diferencias en la calidad de vida de los distintos grupos.....	52
4.2. Relación entre trastornos alimentarios y calidad de vida.....	54
4.3. Descubrimientos más allá de los objetivos.....	55
4.4. Tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual y calidad de vida.....	57
CAPITULO V. CONCLUSION.....	59
5.1. Discusión.....	59
5.2. Conclusiones.....	62
5.3. Limitaciones de la investigación.....	62
5.4. Recomendaciones.....	64
Anexo.....	65
A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS.....	65
B. MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO.....	73
C. SALIDAS ESTADISTICAS (SPSS).....	75

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....94

LISTA DE GRAFICOS

1. Edades de las jóvenes adolescentes.....
2. Casos según la realización de tratamiento del trastorno de alimentación.....
3. Niveles de Calidad de Vida según la realización de tratamiento o no del trastorno de alimentación.....
4. Perfil de la escala de Calidad de Vida de las adolescentes que realizan tratamiento del trastorno de alimentación.....

LISTA DE TABLAS

1. Comparación de la Calidad de Vida según sujetos con y sin tratamiento del trastorno alimentario.....
2. Correlación entre Trastornos Alimentarios y Calidad de Vida.....
3. Comparación de la escala de desordenes alimentarios según sujetos con y sin tratamiento.....
4. Estadísticos descriptivos de la escala de Calidad de Vida de las adolescentes con tratamiento.....

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir, analizar y comparar la calidad de vida de jóvenes adolescentes entre 15 a 21 años de edad que presentaran algún tipo de trastorno alimentario, mayoritariamente bulimia nerviosa, anorexia nerviosa o trastorno por atracón, que se encontraran institucionalizadas, bajo algún tipo de tratamiento psicológico o no. Para ello fue necesario primeramente determinar la existencia de un trastorno alimentario dentro de las jóvenes.

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y comparativo, de corte transversal, donde se trabajo con una muestra de 45 adolescentes mujeres de 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario Eating Disorder para determinar la existencia de trastorno alimentario y la Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF.

Como resultado se hallo que las adolescentes con trastorno alimentario que no se encontraban bajo tratamiento evidenciaron una mayor calidad de vida a diferencia del grupo de las jóvenes que se encontraban institucionalizadas o bajo tratamiento, si bien cabe destacar que este último grupo presento una calidad de vida “normal”. Además, se corroboró que no existe una correlación estadísticamente significativa de los trastornos alimentarios con respecto a la calidad de vida.

Cabe mencionar las limitaciones encontradas en dicho estudio, donde la muestra al ser pequeña arribó a resultados dando una descripción general de las adolescentes. El cuestionario utilizado para Calidad de Vida a su vez, no sirvió para una evaluación exhaustiva de las distintas áreas que presenta. También dentro de la definición de calidad de vida utilizada no se evaluó la percepción del sujeto hacia su sistema de valores, como tampoco el significado otorgado a calidad de vida. El estudio, al haber sido de corte transversal no permitió ver si las adolescentes que se encontraban bajo tratamiento o institucionalizadas presentaban una mejoría, ya que no se pudo controlar la variable de tiempo como así también, la adherencia del terapeuta al paciente y al tratamiento.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1.-Planteamiento y formulación del problema

Durante un largo tiempo se ha hablado sobre trastornos alimenticios, específicamente de la anorexia y bulimia nerviosa. En el siglo donde nos encontramos estas patologías se han vuelto más comunes en los jóvenes adolescentes de todo el mundo, para muchos ha pasado a naturalizarse, considerándose uno de los trastornos con mas alta tasa de mortalidad.

Rivarola (2003) describe como con asiduidad, los medios de comunicación y la sociedad cobran gran relevancia con estos trastornos, invadiendo y vendiendo de forma engañosa que obteniendo un estereotipo de lo que muestran como cuerpo perfecto, se logra el éxito y la felicidad.

Según la Asociación Nacional de Anorexia (2017) los trastornos de alimentación tienen la característica general de la obsesión por los alimentos y el peso que perjudica el bienestar de una persona. Aunque preocuparse por el peso sea algo que actualmente tiene mucha relevancia, las personas que padecen trastorno de la alimentación toman medidas extremas para evitar aumentar de peso. Existen dos trastornos de la alimentación principales: la anorexia nerviosa y la bulimia.

La autora Ortiz (2013) demuestra cómo las personas que sufren de anorexia nerviosa o bulimia, están afectadas en gran medida en su calidad de vida.

Según ella expresa:

- En la anorexia nerviosa, a medida que avanza la enfermedad, y se disminuye de peso, los pacientes se van sintiendo más cansados, surgen dificultades para concentrarse y para mantener el ritmo diario. A su vez, se aíslan socialmente y su mundo empieza a girar en torno a las calorías ingeridas y a cómo quemarlas. La anorexia disminuye la calidad de vida del paciente de manera cierta.

- En la bulimia disminuye de manera radical la calidad de vida, perturbando a todas las áreas del paciente. El paciente bulímico muestra en general una conducta desordenada, al comienzo con la alimentación y más adelante en otros aspectos de su vida (familiar, social y laboral). La vida del paciente bulímico comienza a girar alrededor de lo alimentario (cuando comer, cuándo y cómo vomitar, etc.). Se evidencia que la alteración de la imagen corporal, el deseo de adelgazar y los mecanismos empleados para

conseguirlo tiene repercusiones en el ámbito personal y socio familiar. Además, se objetiva psicopatología asociada (ansiedad, ánimo depresivo, rasgos patológicos de la personalidad, etc.

Cabe destacar lo expresado por Belloch, Sandin y Ramos (2008) los cuales determinaron que en los estudios epidemiológicos es donde mayor se aprecia la relevancia de los factores socioculturales en el desarrollo y la incidencia de los trastornos alimentarios, ya que afecta principalmente a mujeres (un 95% de pacientes son mujeres) entre 10 y 30 años (edad de inicio entre los 13 y 18).

Por otra parte, la OMS, citado en el Programa de Salud Mental (s.f.) afirma que:

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.(p.1)

En dos investigaciones llevadas a cabo por Gonzalez, Padierna, Quintana, Arostegui y Horcajo (2001) y por Etxeberría, González, Padierna, Quintana y Ruiz de Velasco (2002) se han realizado estudios sobre la calidad de vida en personas afectadas por trastornos de la alimentación. Ambos estudios arribaron a resultados similares, ya que, en uno se mostro cómo los pacientes con trastorno de la alimentación presentaban peor calidad de vida en comparación a la población en general, y en otro cómo tanto pacientes, familiares y profesionales coincidieron en que las relaciones sociales y familiares y el estado de ánimo eran los aspectos más afectados, junto con la salud física, la alimentación, los estudios y la vida laboral.

A partir de lo expuesto anteriormente se observa la dificultad que tienen las personas con dicho trastorno para desempeñarse en los distintos ámbitos de la vida.

Ante toda esta descripción realizada se presentan los siguientes interrogantes, que guiarán la investigación:

- ¿Qué calidad de vida llevan las adolescentes que presentan trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento con respecto a las adolescentes que presentan el trastorno alimentario pero no están institucionalizadas ni bajo tratamiento?

- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida entre las adolescentes que presentan trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento con las adolescentes que presentan el trastorno alimentario pero no están institucionalizadas o bajo tratamiento?

1.2.- Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo General

- Describir la calidad de vida que presentan las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual, con aquellas adolescentes de igual edad y trastorno que no se encuentran bajo tratamiento.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la calidad de vida de las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual, con aquellas adolescentes de igual edad y trastorno que no se encuentran bajo tratamiento.
- Comprobar que existe relación entre los trastornos alimentarios con la calidad de vida que presentan las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná.
- Demostrar si las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual presentan problemas en su calidad de vida.

1.3.- Hipótesis

- “Las adolescentes que tienen entre 15 y 21 años de edad de la Ciudad de Paraná, que están institucionalizadas y bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual por presentar trastorno alimentario tienen mayor calidad de vida que aquellas adolescentes con igual edad y trastorno que no se encuentran bajo tratamiento”.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.- Estado del arte

A continuación se expondrán distintas investigaciones que guardan relación con respecto a la temática planteada, ya que constituyen antecedentes en el presente estudio de investigación.

Los autores, Gonzalez, Padierna, Quintana, Arostegui y Horcajo (2001) presentaron un estudio sobre la Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación, en el cual su objetivo fue analizar la calidad de vida percibida de pacientes ambulatorios con trastornos de la alimentación en relación a la gravedad de su sintomatología y en comparación a otros trastornos psiquiátricos y con la población general. El estudio abordo 180 pacientes reclutados en una unidad de trastornos de la alimentación. Los resultados arribaron a que los pacientes con trastornos de la alimentación mostraron peor calidad de vida que la población general de su mismo sexo y edad y similar a la de pacientes con otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, depresión y trastornos de pánico. No se apreciaron diferencias significativas entre los pacientes con diagnóstico de anorexia restrictiva, anorexia purgativa y bulimia.

Otra investigación llevada a cabo por González, Padierna, Quintana y Ruiz de Velasco (2002) se refiere a un estudio sobre la Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación, el cual tuvo como objetivo obtener información directa de pacientes con trastornos de alimentación y se sus familiares y clínicos sobre como su enfermedad repercutía y afectaba a distintos aspectos de su vida. Tanto pacientes, familiares y profesionales coincidieron en que las relaciones sociales y familiares y el estado de ánimo eran los aspectos más afectados, junto con la salud física, la alimentación, los estudios y la vida laboral.

Las autoras Rausch y Bay (1997) describen una investigación realizada en Argentina por la Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia en cuanto a los datos de prevalencia, elaborando una estadística sobre 2346 encuestas en doce colegios secundarios de distintas ciudades del país. Advierten como porcentaje de todo tipo de patologías alimentarias en los diferentes niveles educativos, un 5,3% en nivel primario; un 58,4% en el secundario; un 21,4% en la universidad y un 14,9% en el nivel terciario. A su vez, comentan como estas cifras superan considerablemente las de las otras partes del

mundo, y es posible que se deba a los criterios utilizados para diagnosticar la enfermedad y por la metodología de las encuestas. Se puede observar una mayor incidencia de patologías alimentarias en un nivel secundario con grandes diferencias respecto de los otros niveles.

Una tesis presentada por Sanchez Jara (2013) en Paraguay, tuvo como objetivo principal conocer si las adolescentes, alumnas de la carrera psicología presentaban síntomas y conductas de trastornos alimentarios. La muestra investigativa correspondió a un total de 40 alumnas solo sexo femenino de 18 a 22 años de la carrera psicología. De las cuarentas alumnas de la carrera de psicología, en su mayoría los resultados revelaron puntuaciones con un nivel bajo de trastornos alimenticios que fueron representadas por 28 alumnas (70 %), mientras que solo 12 alumnas (30 %) se ubicaron en un nivel medio indicado por sus puntuaciones de la conducta de trastornos alimenticios.

El Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.de México (2014) realizó una investigación sobre los factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria de acuerdo a su sexo. Se trabajó con 316 alumnos de ambos sexos de una escuela privada del nivel medio superior. Los resultados mostraron que un 17% de la muestra estudiada reveló síntomas de trastorno alimentario, predominando la anorexia y siendo mayor en las mujeres, siendo estas el grupo que estableció las diferencias estadísticamente significativas en ambas variables. Los resultados permitieron concluir que los adolescentes de zonas externas a las grandes ciudades pudieran ser propensos a desarrollar este tipo de trastornos, siendo las mujeres el grupo más afectado.

Asimismo, otra investigación realizada por Quiroga, S. y Cryan, G. (2005) tuvo como objetivo analizar la evolución de la depresión clínica en adolescentes tardíos que presentaban trastornos alimentarios, más específicamente bulimia nerviosa y trastorno por atracón, y además la evolución de los principales ítems del Inventario de Depresión de Beck a lo largo de un año de tratamiento para cada uno de los abordajes psicoterapéuticos propuestos (Psicodinámico y Cognitivo-conductual). El porcentaje de disminución de la sintomatología depresiva para el tratamiento cognitivo-conductual fue de 39,6 %, y para el tratamiento psicodinámico, fue 30,5 %. Las temáticas de cada uno de los ítems del Inventario de Depresión de Beck señalaron que los ítems con más elevados puntajes fueron: 4) Sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar, equivalente a la presencia-ausencia de Anhedonia; 11) Esquema corporal y 17) Sentimiento de autocrítica. A su vez,

la evolución de estos ítems demostró que el sentimiento de placer y la capacidad de disfrutar fue el que más descendió en los dos abordajes terapéuticos.

Un estudio realizado por Moreno González y Ortiz Viveros (2009) investigó la relación existente entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo conformado por adolescentes de secundaria. Se usaron tres instrumentos para aplicar a 298 alumnos: 153 eran mujeres y 145 hombres, con una edad media de 13 años. Como resultado se arribó a un riesgo de trastorno alimentario de un 8%, y en un 10% la patología estaba instalada, con mayor prevalencia en las mujeres, si bien ambos sexos presentaban una preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una elevada predisposición a presentar trastornos alimentarios en las mujeres.

Por último, los autores Murawski y Rutzstein (2009) realizaron un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias sobre los hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal en la Ciudad de Buenos Aires, con el objetivo de comparar el grado de satisfacción con la imagen corporal, así como los hábitos, conductas y actitudes hacia la alimentación de mujeres y varones de escuelas secundarias. La metodología se basó en una muestra conformada por 454 adolescentes, mujeres y varones, estudiantes de cuatro escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, con edades entre 13 y 18 años. Los resultados obtenidos arribaron a que las mujeres presentaban puntajes significativamente mayores en búsqueda de delgadez, bulimia, insatisfacción con la imagen corporal, ineficacia y conciencia interoceptiva, que sus pares varones. A su vez, una proporción significativamente mayor de mujeres presentó conductas compensatorias inadecuadas con el fin de mantener o bajar de peso y se encontraron insatisfechas con su imagen corporal.

2.2.- Marco Teórico

2.2.1. Conceptos centrales

Sería importante primeramente considerar la definición de los trastornos alimentarios.

2.2.2. Trastornos Alimentarios

Según, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – quinta edición (DSM-V) – de la Asociación Estadounidenses de Psiquiatría (2014) refiere a los

trastornos alimentarios en la sección dos, denominados como “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”, en el cual determina los criterios para la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones que se mencionaran a continuación.

2.2.3. Anorexia Nerviosa

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que transporta a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se refiere a un peso que es menor al mínimo normal o esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento constante que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o naturaleza, influencia inoportuna del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta constante de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar el tipo:

- *Tipo restrictivo*: durante los últimos tres meses, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas), pero dentro de este subtipo la pérdida de peso se consigue por medio de la dieta, el ayuno y el ejercicio en exceso.

- *Tipo compulsivo/purgativo*: durante los últimos tres meses, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

- **En remisión parcial**: posteriormente de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A no se ha cumplido durante un período prolongado, pero aún se cumple el Criterio B o el Criterio C.

- **En remisión total**: luego de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período extendido.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se fundamenta, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes provienen de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes:

- **Leve:** $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Moderado:** $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- **Grave:** $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- **Extremo:** $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

La CIE10 (1992) presenta los criterios diagnósticos a saber:

- a) Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal de menos de 17,5).
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo.
- c) Distorsión de la imagen corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado
- e) Si el comienzo es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o ésta se detiene. En el caso de que se produzca una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía va ser tardía.

2.2.4. Bulimia Nerviosa

A. Episodios repetidos de atracones.

B. Comportamientos compensatorios inadecuados periódicos para impedir el aumento de peso, como por ejemplo, el vómito autoprovocado, el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados se provocan, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce únicamente en el transcurso de los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

- **En remisión parcial:** Posteriormente de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, unos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período prolongado.

- **En remisión total:** Posteriormente de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período extendido.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se fundamenta en la asiduidad de comportamientos compensatorios inadecuados. La gravedad puede acrecentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Tipos de gravedad:

- **Leve:** Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inadecuados a la semana.

- **Moderado:** Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inconvenientes a la semana.

- **Grave:** Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inadecuados a la semana.

- **Extremo:** Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inconvenientes a la semana.

Asimismo, La CIE10 (1992) presenta los siguientes criterios:

a) Preocupación incesante por la comida, con grandes deseos de ingerir alimentos, de modo tal que la persona termina por rendirse a ellos, presentándose sucesos de polifagia en los cuales ingiere grandes cantidades de alimentos en momentos cortos de tiempo.

b) El sujeto pretende contrarrestar el aumento de su peso, mediante alguno de los siguientes métodos: abuso de laxantes, vómitos autoprovocados, periodos extensos de ayuno, utilización de algún tipo de fármaco supresor del apetito, diuréticos.

c) La psicopatología de la bulimia nerviosa radica en un miedo intenso a engordar, y la persona se fija de una manera estricta un peso por debajo al que presentaba anterior a su enfermedad o al de su peso sano.

Habitualmente, se manifiestan como antecedente previo la anorexia nerviosa, con un intervalo de ambos trastornos durante varios meses o incluso años.

Los autores Belloch, Sandin y Ramos (2008) los criterios de investigación para el trastorno por atracón, los cuales se presentan a continuación:

A. Episodios periódicos de atracones. Estableciendo que un episodio de atracón se caracteriza por:

1- Ingesta de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo, mayor a lo que la gran mayoría de la gente podría consumir en este tiempo y en dicha circunstancia.

2- Pérdida de control durante el episodio de la ingesta de alimento.

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los síntomas siguientes:

1- Ingesta mayormente más rápida de lo frecuente

2- Ingerir alimentos hasta saciarse, quedando con una sensación desagradable

3- Ingesta desmedida, a pesar de no presentar hambre

4- Ingerir alimentos a solas, para no dejar ver su voracidad

5- Sentirse disgustado con uno mismo, presentar depresión o culpabilidad luego del episodio de atracón

C. Gran malestar al recordar los episodios de atracones.

D. Los atracones suelen ocurrir por lo menos dos veces durante un periodo de seis meses.

E. El episodio de atracón no se relaciona a estrategias compensatorias impropias, como por ejemplo, las purgas, ayuno, etc, ni tampoco aparecen de manera exclusiva durante el transcurso de la anorexia o bulimia nerviosa.

Fairburn (2017) describe como para varias personas un atracón puede significar un desliz, un exceso de alimento, pero sin embargo, existen otras personas para las cuales el atracón implica una pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos. Asimismo, el episodio de atracón suele tener dos elementos en común: la cantidad de ingesta consumida de alimentos que se considera excesiva, y la sensación de la pérdida de control sobre los mismos.

El autor, expone distintas características que puede presentar un atracón, las cuales se describirán brevemente a continuación:

- Sensaciones: los primeros minutos del episodio de un atracón suelen ser placenteros e intensamente disfrutables, pero a continuación se presentan sensaciones de malestar arribando a la repugnancia por lo que están haciendo, pero continúan con la ingesta de comida.

- Velocidad en la ingesta: durante el episodio de atracón habitualmente las personas comen más rápido, suelen beber mucha agua para poder tragar e ingerir mas comida, esto ayuda después a generar más fácilmente el vomito.

- Agitación: en el atracón las personas suelen presentar un aspecto inquieto y desesperado.

- Sensación de conciencia alterada: el atracón suele vivenciarse como un episodio de trance. Las personas relatan que para tener que evitar pensar en lo que están haciendo se distraen involucrándose en cualquier otra actividad, por ejemplo, mirar televisión, escuchar música, etc.

- Secretismo: el atracón suele llevarse a cabo en forma secreta, a escondidas, las personas realizan cualquier tipo de cosa para que los demás no lo noten.

- Pérdida de control: uno de los dos elementos fundamentales mencionados anteriormente sobre la ingesta de alimentos.

Dentro de un estudio citado en Fairburn (2017) se analizaron treinta y dos pacientes atendidos en una clínica de trastornos alimentarios en Sidney, Australia, donde se determinaron los porcentajes de los principales desencadenantes de los atracones, a saber:

- Ansiedad 91%
- Comer algo (cualquier cosa) 84%
- Estar solos 78%
- Deseo de determinadas comidas 78%
- Pensar en comida 75%
- Volver a la casa (después del trabajo o clases) 72%
- Sentirse aburrido y solo 59%

Asimismo, Fairburn (2017) describe otros desencadenantes de los episodios de atracón, algunos similares a los anteriormente mencionados:

- Romper alguna regla de la dieta
- Beber alcohol
- Emociones desagradables
- Tiempo desestructurado
- Estar solo
- Sentirse gordo
- Ganar peso
- Tensión premenstrual

La psicopatología básica de los trastornos de la alimentación es la sobrevaloración de la figura, el peso y su control. Las personas que presentan dicho trastorno se evalúan a sí mismas en su mayor parte, o bien exclusivamente, a diferencia de la mayoría de las

personas que se autoevalúan en base a la percepción de sus desempeños en las distintas áreas de sus vidas. Un gran porcentaje con esta psicopatología se encuentran la mayoría del tiempo del día preocupados por su peso, y temen el aumento de éste o la gordura.

La anorexia nerviosa generalmente empieza en la mitad de la adolescencia con el surgimiento de la restricción dietaria, la misma se vuelve gradualmente más extrema e inflexible, y esto genera la pérdida de peso en la persona, la cual queda con un peso significativamente por debajo de lo normal. No obstante, la práctica de caer en atracones se suele desarrollar con mucha continuidad, donde se gana peso de nuevo y se puede avanzar hacia la bulimia nerviosa o hacia una forma mixta de trastorno alimentario no especificado.

Belloch, Sandin y Ramos (2008) determinaron que en los estudios epidemiológicos es donde mayor se aprecia la relevancia de los factores socioculturales en el desarrollo y la incidencia de los trastornos alimentarios, ya que afecta principalmente a mujeres (un 95% de pacientes son mujeres) entre 10 y 30 años (edad de inicio entre los 13 y 18).

La prevalencia de anorexia en la población general probablemente sea menos del 1%, pero hay unas poblaciones más sensibles que otras, en concreto, aquellas que viven en los llamados países desarrollados, y que poseen un alto estatus económico, aunque también se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas. Este trastorno también se encuentra muy extendido entre ciertas profesiones tales como gimnastas y modelos.

La anorexia quiere decir literalmente falta de apetito, y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe. Sin embargo, cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un “organismo hambriento”, no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso.

Las tres características esenciales de la anorexia nerviosa (AN), a juicio de una autora clásica (Bruch, 1973) son la distorsión en la percepción de la imagen corporal sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez; la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos; y un sentimiento general de ineficacia personal.

A su vez, mencionan que la característica fundamental de la AN es el rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla; un deseo de

perder peso y terror ante la gordura que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones y que trastorna arduamente el resto de facetas de la vida de estas personas. Otra de las características clínicas es la distorsión de la imagen corporal, manifestada en el verse gorda aun estando demacrada, si bien hay varios estudios que ponen de manifiesto que no es una característica patognomica exclusiva de la AN y no siempre se manifiesta en estos términos.

La protesta a comer va a generar graves consecuencias físicas. En muchas adolescentes se retarda su desarrollo sexual y, en adultas, no solo reduce su interés por el sexo sino que este se convierte en un tema dificultoso. La paciente anoréxica, fortalecida por los valores sociales y a veces por su propia familia, empequeñece el problema y su gravedad. Esta falta de conciencia de enfermedad hace que asista a consulta cuando se halla en un estado muy adelantado de demacración, la cual se manifiesta en un conjunto amplio de signos a saber: hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo, estreñimiento, osteoporosis, fracturas, cifosis (encorvamiento de la columna vertebral), y una seria de cambios metabólicos. En algunos estudios que hay sobre las complicaciones asociados a la mortalidad suelen aparecer la tuberculosis y los trastornos gastrointestinales; asimismo, un gran número de características pato-fisiológicas suelen desaparecer a medida que se recupera el peso.

Los mismos autores anteriormente mencionados contienen un apartado sobre la evolución y pronóstico de la anorexia nerviosa, donde determinan que la misma, presenta un curso crónico y a su vez, se acompaña de un conjunto de complicaciones adicionales tanto de comorbilidad como de mortalidad. En caso de no generarse ninguna intervención alguna o si se hizo no resulto efectiva, la paciente seguirá un curso de progresiva desnutrición que podría tener consecuencias en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50% de su peso indicado. Asimismo, existen otros casos en donde su peso puede estabilizarse en porcentajes menores al 20-25%.

Hasta el momento no existe una teoría etiológica o de la patogénesis del trastorno de anorexia nerviosa que haya logrado una aprobación difundida. A pesar de que se han diseñado algunas teorías biológicas atrayentes, la mayoría de los autores concuerda en la multideterminacion de esta enfermedad, en la cual coinciden factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos (Rausch y Bay, 1997).

Diversos estudios manifiestan que la tasa de mortalidad es seis veces mayor de lo que se esperaba, con un 3% de la tasa de suicidio, que luego de la desnutrición, es la segunda causa de muerte. Luego de 20 años o más donde el trastorno ha perdurado, la mortalidad es del 18%. Por consiguiente, estos estudios remarcaron que si bien una vez

conseguido una estabilización del peso, las pacientes continúan manifestando una psicopatología considerable en relación a la preocupación con el peso y la figura corporal, con lo que se evidencia la existencia aun de ciertos patrones anómalos de alimentación.

A su vez, existen diversos indicativos de mal pronóstico, donde ha habido mayor coincidencia, los cuales son: un mínimo peso alcanzado, mayor duración del trastorno con varios intentos de abordaje terapéutico, la edad de comienzo en asociación con un pobre ajuste premórbido, también una personalidad premórbida, relaciones familiares deterioradas y dificultades sociales.

Al hablar de diagnóstico diferencial en cuanto al trastorno de anorexia nerviosa, cabe aclarar que se encuentran diversas alteraciones que presentan pérdidas de peso significativas y patrones alimentarios que hay que diferenciarlo de un trastorno alimentario propiamente dicho. Belloch, Sandin y Ramos (2008) destacan ciertas diferencias con otros trastornos:

- La depresión, puede ir acompañada de anorexia con pérdida de peso, y otros síntomas en conjunto, como la incapacidad para concentrarse, tristeza problemas en el sueño, etc. A pesar de ello, en la depresión no se observa un miedo patológico a engordar ni presenta dificultades con la imagen corporal.

- En el TOC (Trastorno obsesivo compulsivo), puede generarse cierta evitación a los alimentos, por temor a que se encuentren contaminados, o rituales en torno a los mismo, orientados a su purificación.

- En algunos trastornos psicóticos, pueden darse patrones anómalos de la alimentación, debido a la presencia del algún delirio, por ejemplo, al envenenamiento de la comida.

En síntesis, la característica que diferencia un trastorno alimentario y otro que puede cursar con signos o síntomas similares, se encuentra en la idea sobrevalorada de perder peso que únicamente se da en los trastornos alimentarios.

No obstante, el mejor modo de aprehender el significado de la anorexia nerviosa, es poder adoptar una perspectiva multidimensional, es decir tomando al trastorno como el resultado de un conjunto de múltiples fuerzas que interactúan y se relacionan como los factores predisponentes, los desencadenantes y los perpetuantes.

Dentro de los factores predisponentes suelen remarcar más los factores individuales y socioculturales. En una amplia gama de estudio donde se ha analizado la estructura familiar de pacientes con el trastorno de anorexia nerviosa, se ha destacado la importancia de una serie de variables que obstaculizan el desarrollo de la autonomía e independencia esperada dentro de la adolescencia, además, acompañado de esta

sobreprotección y el no reconocimiento de la individualidad, se suma generalmente la preocupación por la apariencia, autovalía y el éxito. Existe una lista de los factores predisponentes de la anorexia nerviosa, mencionada por los autores Toro y Vilardell (citado en Belloch, Sandin y Ramos, 2008) los cuales son los siguientes:

- Factores genéticos
- Edad (13-20 años)
- Sexo femenino
- Trastorno afectivo
- Introversión o inestabilidad
- Obesidad
- Nivel social medio/alto
- Familiares con trastorno afectivo
- Familiares con adicciones
- Familiares con trastorno de la ingesta
- Obesidad materna
- Valores estéticos dominantes

Existen a su vez, diversos factores precipitantes, los cuales son aquellos que comienzan el trastorno y se especifican por el fracaso de la persona por adaptarse a las circunstancias y demandas que se le presentan en cierto momento. En los trastornos alimentarios suele aparecer en las historias algunos antecedentes de sobrepeso, o haber recibido críticas por su figura corporal, o algún acontecimiento vital que haya vivenciado en la etapa de la adolescencia que haya significado un cambio repentino. Entre ellos pueden encontrarse:

- Cambios corporales
- Separaciones y pérdidas
- Rupturas conyugales del padre
- Contactos sexuales
- Incremento rápido de peso
- Críticas sobre el cuerpo
- Enfermedad adelgazante
- Traumatismo desfigurador
- Incremento en la actividad física
- Acontecimientos vitales

Por último, los factores perpetuantes podrían explicar la autoperpetuación que se encontraría dentro del cuadro por medio de las consecuencias psicológicas y físicas provenientes de la psicopatología del trastorno alimentario, ellos son:

- Consecuencias de la inanición
- Interacción familiar
- Aislamiento social
- Cogniciones anoréxicas
- Actividad física excesiva
- Iatrogenia

El modelo presentado anteriormente, sirve de gran utilidad para poder conformar un análisis sobre los factores de riesgo, e intentar prevenir e intervenir antes que el trastorno se desarrolle arribando a una gravedad extrema. Por eso, es fundamental, el conocimiento presentado en todos los factores que interactúan para llegar al desarrollo del trastorno y no es válido hablar de una causa única del mismo.

Rausch y Bay (1997) definen a la anorexia nerviosa como un síndrome que perturba generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepuberes, mujeres mayores y, en pequeña medida, a hombres, representado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la limitación alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón.

La generalidad de las enfermedades hacen su exposición con síntomas (dolores, decaimiento, fiebre, etc) que alertan a los pacientes y/o a su familia de que algo anormal está sucediendo y es necesario realizar una consulta médica. La anorexia nerviosa, en cambio, suele ser insidiosa en su forma de presentación; los pacientes se proponen comenzar un programa de adelgazamiento, con dieta acompañada a veces por un aumento de la actividad física, y así comienza la pérdida de peso. En general, esto genera bienestar en el paciente y pasa inadvertido para la familia como señal de que algo grave se ha iniciado. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación se hace evidente, o cuando aparece la amenorrea. No es poco frecuente que sea alguien del entorno familiar quien destaque los cambios que se han hecho manifiestos y sugiera la consulta.

A su vez, el aumento de la incidencia de los desordenes alimentarios constituye motivo de preocupación desde hace algunos años hay pocos estudios epidemiológicos. Algunos recaban la información de las consultas hospitalarias o psiquiátricas, y otros, de regiones geográficas circunscriptas. Las limitaciones metodológicas de estos estudios se

deben en algunos de ellos a la imprecisión de los criterios diagnósticos considerados, indagación incompleta de los casos y falta de estudios en áreas geográficas determinadas.

Siguiendo la misma línea de los autores, Belloch, Sandin y Ramos (2008) establecen que la bulimia significa “hambre desmesurada”. Dentro del ámbito clínico se observan pacientes con episodios caracterizados por una necesidad incontrolable de ingerir, de manera descontrolada, grandes cantidades de alimentos, usualmente de gran contenido calórico. Luego de estos episodios descriptos, el paciente se encuentra asaltado por grandes sentimientos de culpa y autorrepulsa, y se le presenta una necesidad de aminorar los efectos de su desenfreno, utilizando ciertas conductas inapropiadas, como por ejemplo la recurrencia al vomito. Sin embargo, se ha sabido desde hace varios años atrás, que la existencia de episodios de ingesta de comida irrefrenable se ha atribuido a pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa, personas obesas, o incluso a adolescentes cuyo peso era normal. Según lo menciona Casper (1983) citado en Belloch, Sandin y Ramos (2008) la bulimia ha acrecentado su frecuencia más en la década de los cuarenta, ya que, el aumento de los episodios bulímicos sería el resultado de los valores socioculturales que han aumentado a la delgadez al estatus de valor ético, y ha generado un población de gran riesgo, sobre todo entre las mujeres, que condenan o son condenadas por su figura corporal.

No obstante, existen características fundamentales de dicho síndrome, las cuales son tres:

1. La pérdida de control sobre la ingesta y los episodios bulímicos
2. Las conductas dirigidas al control del peso corporal
3. Una preocupación excesiva por la figura y peso corporal

La bulimia nerviosa, suele ser un trastorno difícil de detectar, ya que la persona intenta ocultar todos sus comportamientos, y a diferencia de la anorexia nerviosa el peso no tiene por qué llamar la atención. Suelen tener mayor repercusión en el sexo femenino, casi la misma proporción con la anorexia, estimando que un 95% son mujeres. El trastorno suele iniciarse alrededor de los 18-25 años de edad, y se encuentra más distribuida socialmente a nivel de consulta.

Aunque la preocupación excesiva por la imagen corporal es una característica esencial, las pacientes suelen relatar con frecuencia la queja de la pérdida de control sobre su comportamiento alimentario. Suelen sentirse incapaces frente a ese impulso desenfrenado de ingesta de alimento, al cual se denomina atracones. Éstos, hacen referencia a un comer embriagador, a una consumición rápida y muy elevada de alimentos con ninguna o muy poca satisfacción. La comida ingerida en estos episodios suele ser de

gran contenido calórico, como se ha descrito anteriormente, y el aporte energético normalmente supera entre 3 a 27 veces de las calorías recomendadas por día. Como resultado luego del episodio de atracón, se produce en el sujeto una sensación de gran malestar abdominal y fuertes sentimientos de culpa y repulsa.

También es importante poder establecer una diferencia entre la impresión subjetiva que una paciente puede tener sobre un atracón y el juicio clínico en torno a la presencia del mismo, ya que, algunas de ellas suelen relatar que han tenido un atracón y no necesariamente han ingerido grandes cantidades de comida, sino que se ha manifestado por haber comido un alimento que suelen definir como “prohibido”. Por lo tanto hay que tener en cuenta siempre los criterios diagnósticos en caso de presentarse algún tipo de confusión, recordando que los mismos determinan que para la existencia de un atracón debe hallarse presente tanto la cuestión de la cantidad de comida, como también la sensación de pérdida de control sobre la ingesta.

Los atracones suelen efectuarse de forma secreta, y luego de la realización de los mismos sobrevienen conductas compensatorias con el objetivo evitar el aumento de peso, para ello se recurre a ciertas conductas inadecuadas que se dividen en dos tipos: las que implican purgas (recurrencia a la provocación del vomito, uso de laxantes o diuréticos), y las que no (exceso de ejercicio físico, llevar una dieta estricta o ayunar). La preocupación excesiva por mantener el peso que las pacientes puedan considerar ideal se manifiesta como una forma de idea sobrevalorada y no como idea obsesiva. Asimismo, presentan de la misma manera que las anoréxicas nerviosas un miedo intenso a convertirse en personas gordas.

Al hablar de la comorbilidad dentro de la bulimia nerviosa, se observa generalmente, la presencia de distintos cuadros que van acompañados, tales como ansiedad, depresión, irritabilidad, como así también puede existir ideación suicida, mayormente vista en la fase de episodios bulímicos. Existen además, otros síntomas de la bulimia nerviosa que suelen ser frecuentes, entre los cuales se destacan, las conductas adictivas y el control de impulsos.

Así como se menciono anteriormente las complicaciones físicas que presentaba la anorexia nerviosa, en el caso del síndrome de bulimia nerviosa también puede observarse un conjunto de dificultades que acarrear las pacientes, sobre todo las de tipo purgativas, es decir, las que recurren al vomito, uso de laxante, diuréticos, etc. Algunas de las complicaciones físicas pueden ser:

- Depleción de los niveles de pérdidas de potasio

- Hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico

- Hipocalemia
- Infecciones urinarias
- Arritmias cardíacas
- Crisis tetánicas
- Parestesia periférica
- Crisis epilépticas
- Daño renal
- Irregularidades menstruales
- Estreñimiento
- Callosidad en el dorso de la mano
- Erosión de esmalte dental y caries

Diversos estudios describen que el pronóstico es del 40% de las bulímicas que persisten sintomáticas y crónicamente, y alrededor de 40-60% de pacientes tratados con distintos métodos suelen recaer en el seguimiento. Pero a diferencia de la anorexia nerviosa, no se encuentra una alta proporción de mortalidad por resultado de las complicaciones físicas ni por índice de suicidio. Es probable, por todo esto, que la bulímica nerviosa presente una naturaleza episódica con recaídas y remisiones, a diferencia de la anoréxica nerviosa. Las pacientes que presentan un peor pronóstico como lo describe Russell (citado en Belloch, Sandín y Ramos, 2008) son aquellos casos de bulimia que precedían de una anorexia previa; asimismo, otros componentes que pueden encontrarse que empeoran el pronóstico pueden ser la impulsividad, el uso o abuso de ciertas sustancias, una mayor presencia de conductas autolesivas, y antecedentes familiares de abuso de alcohol.

Al igual que en la anorexia nerviosa, en la bulimia juega un papel muy importante la delgadez, y en ambos se ha detectado una gran insatisfacción con su cuerpo por parte de las pacientes, previo al desarrollo del trastorno.

Así también, a través de diversos estudios se ha observado y podido destacar dentro de la historia del trastorno de bulimia nerviosa, una predisposición a engordar, y hacer dietas, como así también, una historia de trastornos afectivos. Además, otro factor relevante ha sido la susceptibilidad a padecer un trastorno afectivo.

Fairburn (2008) describe como la bulimia nerviosa a diferencia de la anorexia nerviosa comienza un poco más tarde, generalmente en la adolescencia tardía o adultez

temprana. Comúnmente inicia de un modo muy similar a la anorexia nerviosa. Alrededor de la cuarta parte de los casos satisfacen por un tiempo los criterios diagnósticos de la anorexia.

Los pacientes con frecuencia exponen una historia de aproximadamente 8 a 10 años de alimentación alterada, y 5 a 10 años después de la presentación, entre una tercera parte y la mitad de ellos aun presentan un trastorno alimentario clínicamente grave, aunque varios casos pasan de la bulimia nerviosa a una forma mixta de trastorno alimentario no especificado.

Existen relaciones entre la anorexia y la bulimia nerviosa, donde no cabe duda alguna que comparten diversas características. Si bien, muchas veces es ardua la tarea de clasificar a los pacientes en un cuadro específico, el criterio fundamental que termina diferenciando ambos trastornos es el estado de demacración que presente el paciente, es decir, el peso del mismo (Belloch, Sandin y Ramos, 2008).

Lo que caracteriza principalmente a la anorexia y bulimia nerviosa es su exagerada preocupación en relación al su peso y figura corporal, y lo que va a tener un significado diagnóstico será la idea sobrevalorada que presenten sobre la delgadez. Los pacientes determinan su autoestima en función del peso y la figura corporal que presenten, y de ello como consecuencia los comportamientos ya mencionados, como la preocupación sobre su cuerpo la comida, etc.

Asimismo, Fairburn y Cooper (1989) citados en Belloch, Sandin y Ramos (2008) mencionan las características fundamentales psicopatológicas de la anorexia y la bulimia nerviosa, diferenciando:

Psicopatología específica

- Gran preocupación en torno al peso y a la figura corporal
- Comportamiento encaminado hacia el control del peso y la figura corporal.

Ejemplos: ayunos, recurrencia al vómitos, uso de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo.

- Episodios de bulimia (principalmente en bulimia nerviosa)

Psicopatología general

- Gran número de síntomas depresivos y de ansiedad
- Características obsesivas (principalmente en anorexia nerviosa)
- Disminución de la concentración
- Pobre desempeño social

El trastorno por atracón presenta un recorrido desigual con respecto a otros trastornos alimentarios. La generalidad de los pacientes con dicho trastorno es aproximadamente de mediana edad y un tercio o más suelen ser varones. Además, el perfil

que presentan difiere del de los pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado, que suelen ser mujeres adolescentes o adultas jóvenes. El trastorno por atracón generalmente es discontinuo antes que continuo, varios pacientes manifiestan tener períodos mantenidos de atracones y períodos en que logran controlar su alimentación. Es habitual, que estos pacientes tengan una tendencia a sobrealimentarse y ganar peso.

Sintetizando, no teniendo en cuenta el trastorno por atracón, una de las características más importantes de los trastornos alimentarios es la migración diagnóstica, mientras que un menor subgrupo de pacientes conserva un cuadro clínico constante, el resto (la gran mayoría) migra entre distintos diagnósticos. Cabe destacar, que esta migración no es casual, ya que, muestra el hecho de que los trastornos alimentarios suelen iniciar con limitación y restricción dietaria, pero generalmente los pacientes pierden el control y van surgiendo los atracones. Así, compensan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa anticipadamente en el curso del trastorno y rápidamente se trasladan hacia la bulimia nerviosa o el trastorno alimentario no especificado. Además, satisfacen desde el comienzo criterios diagnósticos de bulimia nerviosa o de trastorno alimentario no especificado y fluctúan entre ambos.

2.2.5. Calidad de vida

A su vez, es de gran importancia definir la otra variable expuesta en la investigación denominada Calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) citado en el programa de salud mental (s.f.):

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.(p.1)

Entonces, como se describió anteriormente, el concepto se encuentra atravesado por la salud física, el estado psicológico, la independencia, las relaciones sociales y del entorno del individuo, es por ello que pasaremos a continuación a relatar según la recopilación de distintos autores, una aproximación que como éstas variables influyen en la calidad de vida de un ser humano.

El reconocido Psiquiatra, Rojas (2007) en su libro “¿Quién eres?” hace alusión a lo largo de su escrito, de los diversos componentes que presenta una personalidad sana o una personalidad desequilibrada. Pero solo mencionaremos los más relevantes para la investigación. Establece como la autoestima es esencial para la supervivencia psicológica, porque es el resultado de un camino recorrido de una personalidad bien estructurada. Por eso, el refuerzo de la misma es de suma importancia en el tratamiento de cualquier desajuste de la personalidad. A su vez, menciona que la autoestima se vivencia como un juicio positivo sobre uno mismo, al haber obtenido un entramado personal y coherente fundado en los siguientes elementos básicos del ser humano: físico, psicológico, sociales y culturales. A través de estos componentes va aumentando la propia satisfacción y la seguridad referida hacia uno mismo y a los demás.

Por ello, el autor, menciona distintas áreas que son fundamentales para trabajar dentro de un tratamiento psicológico o psiquiátrico: la visión de uno mismo, la relación con los demás, la visión de la historia personal, y la interpretación de la realidad.

Según Rogers (citado en Rojas, 2007) expresa sobre el proceso de convertirse en persona, que finaliza en un “funcionar integralmente”. La autorrealización de un individuo, lo dirige a obtener el máximo beneficio de sus posibilidades, estando abiertos a su experiencia. El sujeto que marcha integralmente feliz, suele presentar pocas tensiones emocionales, puede pensar de una manera más flexible, y a su vez, tiene la capacidad de aceptar las críticas de los demás.

Los trastornos de la personalidad simbolizan una ruptura en la armonía del sujeto, un obstáculo para alcanzar la felicidad. Quien alcanza la felicidad presenta una personalidad equilibrada, que ha sido capaz de configurar un proyecto de vida. La felicidad misma reposa sobre una actitud mental positiva, un trabajo diario de vivir en armonía con uno mismo.

Las autoras Aspinwall y Staudinger (2007) relatan que los sujetos que se sienten felices presentan un mayor acceso a un gran rango de pensamientos positivos y a una amplia variedad de ellos.

También, Covey (2014) describe al equilibrio como una herramienta fundamental en la vida, en el cual no se debe descuidar ninguna de las áreas fundamentales e importantes de la vida, ya sea, la salud, la familia, la preparación profesional o el desarrollo personal. Menciona como muchas personas suelen tener la creencia que si presentan gran éxito en un área de su vida podrá compensar el fracaso en otra. La realidad es que esto solo puede durar poco tiempo, porque la verdadera efectividad requiere de un equilibrio general, el cual se debe crear y mantener.

Siguiendo con la misma línea, Puig (2017) señala en que la manera en la que una persona enfoca su atención puede ser fuente de equilibrio o desequilibrio de su vida, para ello es fundamental poder adiestrar la capacidad de mantener la atención centrada, donde si el sujeto debe ser capaz de ser dueño de su propia atención, porque donde se dirija la misma irán sus emociones y energía.

Dentro de los factores que más alteran la percepción se encuentran las emociones y los estados de ánimo, es por ello que Goleman (2017) define a la emoción como un sentimiento, pensamientos característicos, estados psicológicos o biológicos, y una variedad de tendencias a actuar, diferenciándolo de los estados de ánimo que los denomina como más apagados y duraderos que una emoción.

A su vez, existen diferentes estados de ánimo que contribuyen a muchos beneficios, y otros que son disfuncionales y provocan sufrimiento, pérdida de eficacia, y pueden dañar las relaciones con los demás. La importancia del estado de ánimo radica en que presenta la capacidad de perturbar en gran medida la forma en la que se comporta el cerebro y el cuerpo de un individuo. Están algunos estados de ánimo que estimulan salud y vitalidad, ayudando a la expansión de la inteligencia y la creatividad, beneficiando la conexión entre personas, la colaboración y el trabajo en equipo; y se encuentran aquellos que hacen lo opuesto, afectando de forma individual o colectivamente a los sujetos. Los estados de ánimo que se caracterizan por la confianza, ilusión, y entusiasmo se vinculan con un aumento del riego sanguíneo en la zona prefrontal izquierda, y los estados de ánimo que se identifican con la angustia, desesperanza y frustración demuestran una disminución del riego sanguíneo en la misma zona. Ésta zona prefrontal izquierda es esencial para sostener el equilibrio personal y la homeostasis emocional. Producto de ella se pueden ver las cosas con mejor claridad y perspectiva (Puig, 2017).

Cabe mencionar que, las emociones negativas como la tristeza y la depresión no solamente muestran la pérdida, sino que también generan comportamientos tales como desconexión, rendición, y hasta el suicidio. Al mismo tiempo, la ansiedad y el miedo marcan la presencia de peligro, lo cual provoca como consecuencia, comportamientos de huida, defensa o protección. Por otro lado, en el caso de la ira, manifiesta que ha habido una ofensa, por lo que como resultado se produce la preparación para atacar al agresor y reprender la injusticia (Seligman, 2003).

Según Fredrickson (como se citó en Seligman, 2003) las emociones positivas tienen una repercusión muy efectiva en la evolución, ya que permiten extender los recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perpetuos, aumentando las reservas de las personas que necesitan en situación de amenaza u oportunidad. Describe

como las personas cuando se encuentran en una actitud positiva mejoran, las relaciones sociales tienen más posibilidades de prosperar, la actitud mental es más flexible, tolerante y creativa, y se encuentran en una apertura a nuevas ideas y a la experiencia.

Asimismo, las emociones negativas, en comparación con las positivas, tienen una mayor repercusión sobre los juicios afectivos, las creencias y el comportamiento. Además, las emociones negativas tienen un alto impacto sobre la salud, afectando la misma, por ello es que se deben evitar o intentar disminuir, antes de quedarse estancado en ellas (Aspinwall y Staudinger, 2007).

Como expresa Facio (2006) gran porcentaje de los jóvenes atraviesan la segunda década de la vida sin demasiados problemas en el plano psicológico, sociales o de salud. Si bien la juventud es una etapa de la vida muy saludable, en la adolescencia crece en gran medida, el predominio de la depresión, trastornos de conducta y alimentación, como comportamientos que atentan contra la salud, como por ejemplo: fumar, el consumo de sustancias, mantener relaciones sexuales sin la adecuada protección.

Según, Ekstrand y Villanueva (2011) las conductas realizadas por parte de las personas que presentan trastorno alimentario generan un serie de riesgos para la salud física, la mayoría causada a través de las purgas, lo que lleva a producir desequilibrios en los fluidos corporales y en los electrolitos, como el sodio, el potasio, etc.

Además, no podrían existir las emociones ni estados de ánimo sin hallarse presente el cuerpo, y el acceso al mismo genera de forma veloz un cambio emocional y podría accederse a las emociones a través del cuerpo. Por lo tanto, en la medida en que una persona cuida su cuerpo, está cuidando su mente, y cuando cuida su mente también está cuidando su cuerpo (Puig, 2017).

De la misma manera, Seligman (como se citó en Mussi, 2005) plantea la existencia de tres dimensiones para lograr obtener un bienestar psicológico y configurar una vida plena:

- Una vida placentera, donde se pueda experimentar emociones positivas, como optimismo, alegría, tranquilidad, etc., en relación al pasado presente y futuro.
- Una vida que este comprometida, donde el despliegue de las actividades diarias se realice en función de las fortalezas individuales, con el objetivo de promover experiencias optimas.
- Una vida significativa, relacionada al sentido de la existencia y metas o desafíos que se encuentren por fuera de uno mismo.

Asimismo, la felicidad se encuentra ligada a los afectos positivos, como la alegría, empatía, optimismo, etc., a niveles altos de satisfacción con la vida, donde se encuentran pocos afectos negativos, como la tristeza, hostilidad, presentándose además, bajos niveles de cortisol y un sistema inmunológico resistente (Mussi, 2005).

Del mismo modo, el afecto positivo significa fuente de potencial humano, que incrementa los procesos cognitivos y de apertura mental, y a su vez, habilita a los individuos para hacer lo que precisan, y así, obtener el mayor beneficio de cada situación presentada. El afecto positivo presenta grandes repercusiones para promover el pensamiento y la capacidad de funcionamiento de las personas, activando las capacidades, como la innovación, creatividad, resolución efectiva de problemas, sirviendo de guía y facilitador de la organización de la memoria, facilitando el pensamiento y el juicio, posibilitando la eficacia cognitiva. Además, fomenta la flexibilidad cognitiva y la capacidad de elegir, frente a diversas perspectivas. Puede funcionar como fuente de autocontrol y recurso para poder resolver situaciones difíciles. En el plano afectivo, el optimismo y afecto positivo dirigen a las personas a ser más abiertas y a observar la verdadera realidad, disminuyendo la capacidad defensiva, aceptando las circunstancias que se presentan y apuntando a una actitud proactiva por parte del individuo, facilitando un procesamiento cognitivo eficiente mejorando la interacción humana. El afecto positivo facilita a la capacidad de ayuda, generosidad y responsabilidad social (Aspinwall y Staudinger, 2007).

2.2.6. Adolescencia media o final

Por otra parte, es fundamental hacer alusión al concepto de adolescencia media y adolescencia final descrita en Griffa y Moreno (2005).

La adolescencia media o propiamente dicha abarca el periodo entre los 12-13 a los 16 años. En este estadio se alcanza el acmé de la construcción de la identidad sexual y personal, el desarrollo corporal ha reducido su ritmo y su cuerpo va adquiriendo las proporciones adultas. A su vez, se produce un distanciamiento afectivo de la familia que va dejando de ser el centro de su existencia; en estos intentos de lograr la independencia respecto a sus padres, son frecuentes las conductas de rebeldías que se presentan frente a los mismos y a la autoridad en general.

Mayoritariamente se adhieren fuertemente a su grupo de pares mostrando conformidad a sus normas y costumbres, y a las exigencias de lealtad a sus líderes y a la ideología que presenta el grupo. Va a predominar la orientación al sexo opuesto y conforman grupos heterosexuales de amigos.

Este periodo se caracteriza por ambivalencias, vacilaciones y contradicciones debido al predominio de fantasías de independencia que lleva a generar separaciones y uniones a nuevos grupos. Son frecuentes la confusión y el descontrol.

Es un momento característico por la búsqueda de sentido de la vida, de descubrimiento de valores y de preocupación ética.

Dentro de la adolescencia final o alta adolescencia se observan dos logros propios de este periodo que giran alrededor de la identidad y la capacidad de establecer vínculos de intimidad. En la adolescencia final se recupera la calma y el equilibrio, predominando los sentimientos de seguridad y afirmación positiva de sí mismo. Es por ello que conoce sus posibilidades y limitaciones, generalmente, surge una conciencia de responsabilidad en relación con su futuro, y los ideales propios tenidos en la adolescencia media tienden a ser suplidos por un ideal concebido de forma singular y concreta. En este periodo se intenta resolver la conflictiva elección y decisión profesional-ocupacional, es una fase de consolidación y ensayo de sus modos de vida y de relación con los demás en los que prevalece la búsqueda de la intimidad.

En este periodo converge un doble movimiento: por un parte hacia el mundo exterior que lo alienta a buscar tanto la amistad en el grupo de pares como en el vínculo biopersonal con el otro sexo; y por otro, un movimiento hacia su interioridad que le permite gestar sus ideales, su responsabilidad, y su conciencia moral, todo esto cultivado en soledad.

2.2.7. Adolescencia final o alta adolescencia

Según lo enunciado por Griffa y Moreno (2005) la finalización de la etapa adolescente es compleja de ubicar en una edad cronológica dentro del ciclo vital. Su terminación va a variar de acuerdo a los criterios que se adopten en los cuales cada uno privilegiara un aspecto, como por ejemplo, la independencia económica, logros laborales, o la autonomía afectiva.

Los dos logros principales dentro de dicho periodo se encuentran alrededor de los temas como la identidad y la capacidad de establecer vínculos de intimidad. En esta etapa se adquiere nuevamente la calma y el equilibrio, los sentimientos de seguridad y afirmación positiva de sí mismo. El adolescente ya conoce sus posibilidades y limitaciones, donde mayoritariamente puede surgir cierta conciencia de responsabilidad con relación hacia el futuro. La elección de una carrera o una profesión jugara un papel importante en esta etapa porque será una de las conflictivas más importantes que el adolescente intentara resolver, y el cual deberá afrontar en soledad.

En la adolescencia final existe un doble movimiento, por un lado hacia el mundo exterior que invita al adolescente a buscar la amistad en su grupo de pares como el vínculo bipersonal con el otro sexo; y por otro lado, un movimiento hacia el interior donde puede gestar y reconocer sus ideales, su conciencia moral, su responsabilidad.

Asimismo, Rojas (2007) describe a la adolescencia como la edad de las carencias, que a su vez es un periodo en que el individuo cree que lo sabe todo, y la constitución de la personalidad será el resultado de diversos criterios de maduración física, psicológica y sociocultural, acompañado de una mezcla de claridad y desorden, nitidez en la captación de lo que es la vida y dificultad en los métodos para aprehenderla.

En el plano físico habrá diversos cambios siendo los más claves: aumento de estatura, cambios en las características sexuales primarias y secundarias, donde se asientan la menarca y eyaculación. Dentro del plano psicológico se destacan grandes cambios en la inteligencia y la efectividad, donde el pensamiento se vuelve más crítico y suele haber enfrentamientos con los padres, donde oscila en distintos comportamientos, pasando de la rebeldía al silencio, del enojo al encierro en sí mismo, buscando en refugio y comprensión en sus amistades que no encuentra en su hogar.

Dentro de esta etapa, la forma de pensar se hace más lógica, sistemática y abstracta, se vuelven idealistas. El sentido crítico e idealismo son dos grandes características del periodo. En el plano de la afectividad los individuos se encuentran con sus sentimientos, emociones y pasiones en plena efervescencia.

Otra característica fundamental es el afán del adolescente por la independencia, es decir, el deseo de sentirse libre en la vida inmediata y en el futuro. Esta independencia sin la ayuda de nadie se moviliza de forma antagónica, si bien buscan la soledad, precisan del grupo o pandilla de amigos. El deseo radica en irse de su casa para no ser controlado, ni vigilado y poder llevar una vida independiente con respecto a sus padres.

Siguiendo la línea del mismo autor, otro rasgo distintivo que menciona es la voluntad, haciendo referencia a la capacidad para hacer algo meritorio y que es dificultoso sin poder tener un resultado inmediato. Educar la misma significa poder renunciar a las satisfacciones inmediatas y a poder valorar y apreciar las cosas antes de actuar. Dentro de la adolescencia la voluntad se presenta en dos campos: en los estudios y en la constancia. En el primero se refiere al aprovechamiento del tiempo en el colegio y en la propia casa, y en el segundo a la propia tenacidad.

Según Arnett (2008) la adolescencia se divide en tres periodos, el primero denominado adolescencia temprana, de los 10 hasta los 14 años, el segundo adolescencia tardía que comprende una etapa de los 15 a 18 años de edad, y por último la denominada

adultez emergente, de los 18 a los 25 años. Nos detendremos sobre el último periodo, el cual expone el autor como un periodo de transición, en el que se realiza un paso de la adolescencia al comienzo de la adultez. Además describe cinco características fundamentales de la adultez emergente que la diferencia del resto de las etapas, ellas son las siguientes:

- 1. *La edad de las exploraciones de la identidad*, se describe como la característica más específica del periodo, la cual hace alusión a un tiempo en que los jóvenes exploran diversas posibilidades de amor y trabajo, donde las elecciones que realicen serán más duraderas. Gracias a esas posibilidades obtienen una identidad más definida, es decir, un mayor conocimiento de quienes son, con el descubrimiento de sus limitaciones y capacidades, sus valores e ideas, como así también, el rol que ocupan en la sociedad.

- 2. *La edad de la inestabilidad*, en la medida que van experimentando las diferentes oportunidades en el amor y trabajo, este tiempo es vivenciado con inestabilidad

- 3. *Edad de centrarse en uno mismo*. Se encuentran en un periodo de transición entre la dependencia de los padres y los compromisos a largo plazo sobre el amor y el trabajo, alcanzando diversos conocimientos, habilidades y comprensión personal para la vida adulta. La meta o el desafío en este tiempo será aprender y educarse en el estar solo, como un individuo que es autosuficiente. Será un paso necesario que deberá transitar para poder adquirir a futuro el compromiso en las relaciones más duraderas con los otros, en el trabajo y amor.

- 4. *La edad de sentirse en medio*. Se encuentran en un tiempo de transición, en una ambigüedad, donde ya no son adolescente, pero tampoco plenamente adultos.

- 5. *La edad de las posibilidades*. Los jóvenes están frente a un abanico de oportunidades y futuros distintos. Suele ser una edad que está acompañada de grandes esperanzas y expectativas, producto de que pocos sueños han sido realizados en la vida real.

Como se ha mencionado anteriormente, que la autoestima es de suma importancia para la supervivencia psicológica, Susan Harter (citada en Arnett, 2008) ha realizado un estudio sobre los aspectos fundamentales de la autoestima de los adolescentes, distinguiendo 8 esferas de la imagen personal:

- Competencia académica
- Aceptación social
- Competencia deportiva
- Apariencia física
- Competencia laboral
- Atractivo romántico
- Comportamiento amistad cercana

Así también, se ha demostrado que los adolescentes no precisan tener en todas las esferas una imagen personal positiva para alcanzar una alta autoestima, sino que dependerá del grado de importancia que le otorgue a cada una, lo que llevara a modificar su autoestima.

Asimismo, en las investigaciones han comprobado que la apariencia física es el componente que tiene más relación con la autoestima, seguida de la aceptación social por parte de los pares. Las mujeres se encuentran más expuestas que los hombres a enfatizar en la apariencia física como la base de la autoestima, ya que las adolescentes tienen una imagen más negativa de su cuerpo, y suelen ser más críticas en su aspecto, también presentan menor satisfacción con su figura corporal y gran porcentaje tiene la creencia de estar en sobrepeso, lo que derivada en la realización de distintas dietas. Por todo esto, en la adolescencia las mujeres presentan una autoestima más baja a diferencia de los varones, donde toda la atención depositada en el atractivo físico como base de la autoestima, tendrá resultados de igual manera en el hecho de que alcanzar la etapa de la adolescencia simboliza tener que enfrentarse a las evaluaciones de los pares.

Pipher (1994) (como se citó en Arnett, 2008) relata cómo las adolescentes comparan constantemente su cuerpo con figuras ideales y culturales, y encuentran los suyos como inadecuados. La insatisfacción con su figura corporal, y el recurrir a dietas se han convertido en reacciones normales de este tiempo. Las jóvenes presentan un gran miedo a estar gordas, se ven expuestas asiduamente a los comentarios y críticas por parte de otras, hacia ellas mismas o dirigidas a sus pares, donde ninguna se siente lo suficientemente delgada. Producto del sentimiento de culpa y la vergüenza que presentan en relación a su figura corporal, las muchachas se encuentran frecuentemente a la defensiva.

2.2.8. Tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual

A continuación se hará referencia al modelo psicoterapéutico utilizado en esta investigación.

2.2.8.1. Modelo cognitivo-conductual

Según Beck (1998) la terapia cognitiva es el resultado de la revolución cognitiva que se ha dado durante los últimos cuarenta años. La misma se ha forjado sólidamente en la base de la ciencia y cuenta con un amplio respaldo empírico para el tratamiento de las afecciones emocionales, como los trastornos de ansiedad, las depresiones unipolares y bipolares, el trastorno en el control de los impulsos y los problemas interpersonales de relación que están siendo abordados por protocolos de tratamientos. Así mismo, la frontera cognitiva ha trascendido el campo de la psicopatología orientándose hacia la Psicología del bienestar, en la búsqueda de las capacidades y fortalezas humanas para una mejor calidad de vida.

Sin embargo la Terapia Cognitiva da primacía a los factores cognitivos en cuanto puerta de entrada para trabajar con la totalidad de la persona. Se refiere a la manera en que los hombres elaboran juicios y toman decisiones y como unos interpretan o malinterpretan las acciones de los otros.

Este enfoque puntualiza como las personas toman decisiones o emprenden acciones y suministra la posibilidad de trabajar con la experiencia concreta en el aquí y ahora del paciente. El terapeuta y paciente en colaboración hacen de la terapia una experiencia de cambio de las creencias distorsionadas que mantienen las dificultades y privan a este último de la salud.

Beck J. (2008) estableció que el modelo cognitivo plantea que todas las perturbaciones psicológicas presentan en común una distorsión del pensamiento, que interviene en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una valoración realista y la consiguiente modificación del pensamiento provocan una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejora permanente se adquiere gracias a la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Actualmente, la terapia cognitiva se administra en todo el mundo, como un tratamiento único, o en conjunto con otros para el abordaje de diversos trastornos. En todas las terapias cognitivas, derivadas del modelo de Beck, el tratamiento se sustenta en la formulación cognitiva de un trastorno en particular, y su aplicación a la conceptualización o entendimiento de cada uno de los pacientes. Por ello, el terapeuta

tiene como objetivo buscar, a través de distintos recursos, generar un cambio cognitivo, es decir, un cambio en el pensamiento, y el sistema de creencias del paciente, para obtener como resultado una transformación en las emociones y comportamientos que sea duradera.

Un desarrollo trascendente y con bastante influencia en los últimos tiempos ha sido el modelo cognitivo-conductual, donde los representantes más destacados son Garner y Bemis, Garfinkle y Garner y Fairburn. Dicho modelo relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste principalmente en hacer que el paciente inspeccione la eficacia de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes (la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso) son examinados escrupulosamente, precisados y luego cada uno es constantemente cuestionado a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos. El modelo ha creado técnicas de suma utilidad siempre y cuando quien las lleve a cabo tenga claro que se está dirigiendo solo a un aspecto parcial de los variados factores que conforman el cuadro (Rausch y Bay, 1997).

En la Psyciencia (2013) un grupo de investigadores del University Hospitals of Heidelberg and Tübingen en Alemania, desarrolló un estudio a larga escala que evaluó dos estrategias de tratamiento y comparó sus resultados con un grupo control. Sus hallazgos fueron publicados en el último número de la revista *The Lancet*.

Tendidamente, la nueva investigación evaluó a 242 mujeres mayores 18 años, por un tiempo de 22 meses (10 meses de terapia seguidos de 12 meses de observación). El general de la muestra se fraccionó en 3 grupos de 80 u 82 personas que recibieron distintos tipos de tratamientos psicológicos ambulatorios, conteniendo dos tipos de psicoterapia fundamentalmente diseñados para el tratamiento de la anorexia y una psicoterapia tradicional que es actualmente manejada por el sistema sanitario alemán para las pacientes que padecen de anorexia.

Los tres tipos de terapia fueron los siguientes:

1- La **Terapia Psicodinámica Focalizada (TPF)**: se subdividió en tres fases de tratamiento. La primera fase se orientó en la alianza terapéutica, la egosintonía del trastorno, y la autoestima. En la segunda fase del tratamiento, el foco primordial se bosquejó en la asociación entre la analogía interpersonal y la conducta alimentaria. En la

última fase, los aspectos notables fueron la transferencia a la vida cotidiana, la anticipación de la terminación del tratamiento y la despedida.

2- La **Terapia Cognitivo-Conductual específica (TCC)**: también radicó en tres módulos de tratamiento. El manual fue asentado en el trabajo de Fairburn. Las hojas de trabajo fueron adecuadas. Y en cada sesión se asignaron tareas para la casa y ejercicios. El foco de tratamiento se centró en la educación de los pacientes sobre el bajo peso, el hambre, el inicio y mantenimiento de hábitos alimentarios regulares y el aumento de peso. La mejora de la autoeficacia y el autocontrol son elementos cruciales de todo el proceso de tratamiento.

3- El **Tratamiento Optimizado Usual (TPU)**: se desarrolló como un tratamiento perfeccionado llevado a cabo por psicoterapeutas especializados y seleccionados por los propios pacientes. Los médicos de los pacientes fueron incluidos en el tratamiento, a su vez, estos pacientes también visitaron cinco veces el centro donde se ejecutó la investigación.

Los resultados indicaron que las pacientes de los tres grupos alcanzaron aumentos de peso reveladores luego de finalizar la terapia, manteniéndose luego en los 12 meses de seguimiento. Se pudo observar como su IMC aumentó en un promedio de 1.4 puntos (el equivalente a 3.8 kg en promedio).

La terapia psicodinámica focalizada manifestó ventajas en términos de recuperación después de los 12 meses de seguimiento, y la terapia cognitivo conductual específica llevo a un aumento de peso más rápido y eficaz, y mostró mejorías en la psicopatología del trastorno alimenticio.

Por otra parte, Ekstrand y Villanueva (2011) mencionan que actualmente las últimas investigaciones realizadas sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos alimentarios, han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es que la ha obtenido un elevado apoyo empírico con respecto a las demás.

El reconocido profesor, Fairburn (2008) ha planteado la teoría transdiagnóstica y la terapia cognitivo-conductual derivada de ella. Al hablar de transdiagnóstico, hacemos referencia a que esta teoría y tratamiento puede ser usada para el conjunto de los trastornos

alimentarios. Los diagnósticos como el trastorno alimentario no especificado, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, comparten más características que diferencias. Presentan una parte de psicopatología específica, es decir, al núcleo psicopatológico, a la sobrevaloración de la figura corporal, su peso y control; y otra parte a diversos componentes de psicopatología general, haciendo alusión a que son compartidos con trastornos no alimentarios, como por ejemplo, síntomas de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, etc.

Fairburn (2008) propone cuatro mecanismos mantenedores de los trastornos alimentarios:

- 1. *El perfeccionismo clínico*. Explicado como un esquema disfuncional de autoevaluación, donde el valor personal es juzgado fundamentalmente por los esfuerzos que están dirigidos a alcanzar las metas elevadas, y por el éxito en conseguir esas metas, de manera independiente de las consecuencias perjudiciales que puedan ocasionar. Se observa un miedo intenso al fracaso, una atención selectiva dirigida a determinadas acciones, y una autocrítica negativa.
- 2. *Baja autoestima*. Se presenta una autoimagen negativa permanente, vivida como parte de su propia identidad. Este mecanismo obstaculiza al cambio, ya que, genera una sensación de desesperanza frente a la capacidad de cambio, y dirige a los individuos a perseguir logros sobre las áreas que se encuentran fuertemente valoradas, como el control sobre la ingesta, el peso y la figura corporal. Las pacientes con esta baja autoestima crónica, generalmente, suelen responder mal al tratamiento.
- 3. *Intolerancia a los cambios en el estado de ánimo*. Se refiere a pacientes que presentan dificultades para afrontar de forma adecuada algunos estados emocionales, ya sean positivos o negativos. al ser incapaces de reconocerlos y aceptarlos, recurren a conductas desadaptativas para modular su estado anímico, como, autolesiones, abuso de sustancias, atracones, vómitos autoinducidos, etc.
- 4. *Dificultades interpersonales*. Hace referencia a las dificultades en las relaciones interpersonales de las pacientes.

El modelo transdiagnóstico describe, que la diferencia básica entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se basa en el grado de éxito alcanzado por controlar su peso corporal. En el caso de las bulímicas nerviosas suelen tener un índice de masa corporal (IMC) saludable, mientras que en las anoréxicas nerviosas los intentos por restringir constantemente su ingesta las lleva a un bajo peso, es decir, a un IMC menor a 17.5. Dicho modelo incluye, a pacientes con un bajo peso significativo, como así también, a las conductas compensatorias, luego de un episodio de atracón.

Como describe Fairburn (2008) la terapia cognitivo-conductual aumentada para los trastornos de la alimentación (TCC-A) se refiere a la construcción de un conjunto de hipótesis de los procesos que mantienen la psicopatología del paciente, que asimismo, el terapeuta utilizará para poder identificar los rasgos que se abordaran durante el tratamiento. Se edifica una formulación personalizada durante el inicio, y se la va revisando sistemáticamente a través de todo el proceso de tratamiento. Es decir, que se diseña un tratamiento a medida para el paciente, según la psicopatología individual que presente. Un objetivo fundamental, es que el terapeuta y el paciente trabajen de una manera colaborativa, generando un equipo, para ayudar al paciente a superar su problemática alimentaria.

El tratamiento transdiagnóstico incluye tratamiento de todos los trastornos alimentarios y es de duración limitada, donde se estructura principalmente en cuatro etapas desarrolladas sobre un total de 20 sesiones a lo largo de 20 semanas, es decir, cinco meses, utilizando distintas estrategias y procedimientos específicos para abordar los diferentes aspectos de la psicopatología presentada. El hecho de que el tratamiento sea limitado en el tiempo, donde se establezca un principio y un fin, otorga grandes beneficios, ya que fomenta la motivación terapéutica, la cual servirá de gran ayuda para generar mejorías, y lograr que el paciente y terapeuta trabajen en conjunto para alcanzar los cambios deseados. Algo fundamental a mencionar es que, en casi todos los casos, el tratamiento puede y debe terminar a tiempo, el poder plantear un final de antemano asegura que puedan cubrirse importantes tópicos a futuro.

La primera etapa constituye, un periodo intensivo conformado por dos citas semanales. Es fundamental, que el tratamiento comience bien, ya que los cambios obtenidos durante el comienzo, servirá de predictor para los resultados.

Los objetivos de dicha etapa son los siguientes:

- Compromiso del paciente en el tratamiento y cambio.
- Crear de manera conjunta, una formulación personalizada.
- Educar e introducir dos procedimientos de la TCC-A que se utilizan para todos los pacientes con trastornos alimentarios (pesarse en sesión y alimentación regular).

En la medida que el paciente pueda cumplir estos objetivos, se encontrará en un buen estado para comenzar a trabajar sobre los procesos básicos que mantienen el trastorno alimentario.

La segunda etapa se la denomina como un periodo de transición breve, donde el terapeuta, en conjunto con el paciente, reveen la situación y van revisando el progreso obtenido, identificando los obstáculos para el cambio que se hayan presentado, y si es necesario modificar la formulación construida. Uno de los objetivos fundamentales de esta etapa es poder detectar aquellos pacientes que no han evolucionado de manera satisfactoria, y así, estimular a los terapeutas a ajustar el tratamiento, de acuerdo a la evolución del trastorno.

La tercera etapa, se la considera como la principal para el tratamiento, ya que, el objetivo será como identificar y trabajar sobre los mecanismos, antes descritos, que mantienen el trastorno alimentario. Este periodo consiste en ocho sesiones semanales.

La última y cuarta etapa, es la etapa final del tratamiento, donde la atención estará depositada sobre el futuro y las sesiones serán quincenales. Los dos objetivos fundamentales son:

- Asegurarse que los cambios se mantendrán durante las 20 semanas restantes, hasta la sesión de revisión.
- Reducir el riesgo de recaídas a largo plazo.

Cabe destacar, que existen dos versiones propuestas para TCC-A, una *focalizada* dirigida de manera exclusiva a la psicopatología del trastorno alimentario, y una versión *amplia*, destinada a los mecanismos externos al trastorno alimentario que contribuyen a su mantenimiento, conformada por tres módulos destinados a el perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades personales. El cuarto modulo, incorporado a la versión focalizada, encaminado hacia la intolerancia de las emociones. Además, se establecen dos versiones de acuerdo a las intensidades, una versión en 20 sesiones para los pacientes con un IMC mayor a 17.5, y otra versión en 40 sesiones, destinadas a pacientes con un IMC entre 15.0 a 17.5.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Según el tipo de diseño la presente investigación fue cuantitativa, ya que se determinó la fuerza de correlación que se da entre las variables, recogiendo y analizando los datos cuantitativos sobre las mismas, a través de la Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF, y el cuestionario Eating Disorder para evaluar las características psicológicas en los trastornos de la conducta alimentaria.

El presente estudio fue una investigación de tipo descriptivo-comparativo, ya que se pretendió comparar y analizar la calidad de vida de dos grupos: adolescentes mujeres entre 15 y 21 años diagnosticadas de trastorno alimentario que se encontraban institucionalizadas o bajo tratamiento, con las adolescentes mujeres de la misma edad que estaban diagnosticadas pero que no se encontraban institucionalizadas ni bajo tratamiento.

Dicha investigación siguió un diseño ex post facto, debido a que no se manipuló la variable independiente, sino que sólo se la controló, ya que previamente ha actuado sobre la variable dependiente.

A su vez, el presente estudio fue de corte transversal, ya que se recopilaron los datos en un tiempo único.

El tipo de fuente fue de campo, donde la recolección de datos se realizó directamente a los sujetos investigados.

3.2. Muestra

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Paraná, donde la selección de la muestra fue intencional, no probabilística, ya que se encontraba constituida por dos grupos de mujeres adolescentes, uno de ellos constituido por adolescentes con trastorno alimentario que se encontraban institucionalizadas o bajo tratamiento de 15 a 21 años de edad, y el otro constituido por adolescentes de la misma edad diagnosticadas con trastorno alimentario pero que no se encontraban institucionalizadas ni bajo ningún tratamiento.

La muestra estuvo conformada por un total de 45 adolescentes mujeres, siendo 20 pertenecientes a adolescentes con trastorno alimentario que se encontraban bajo

tratamiento y las 25 restantes a adolescentes con trastorno alimentario que no se encontraban bajo ningún tratamiento.

Los criterios de inclusión a saber fueron los siguientes:

- Sexo femenino.
- Rango de edad entre 15 a 21 años.
- Jóvenes que asistan tanto a la escuela La Salle, como también a las diferentes instituciones que aborden trastornos alimentarios (CITER, CETIUG, Tratamiento particular).
- Que resida en la ciudad de Paraná.

3.2.1. Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 45 casos de sexo femenino con trastornos alimentarios, con edades entre 15 y 21 años, con una media de edad $ME=16,96$; $DS=1,85$ con la distribución que se observa en el Gráfico 1.

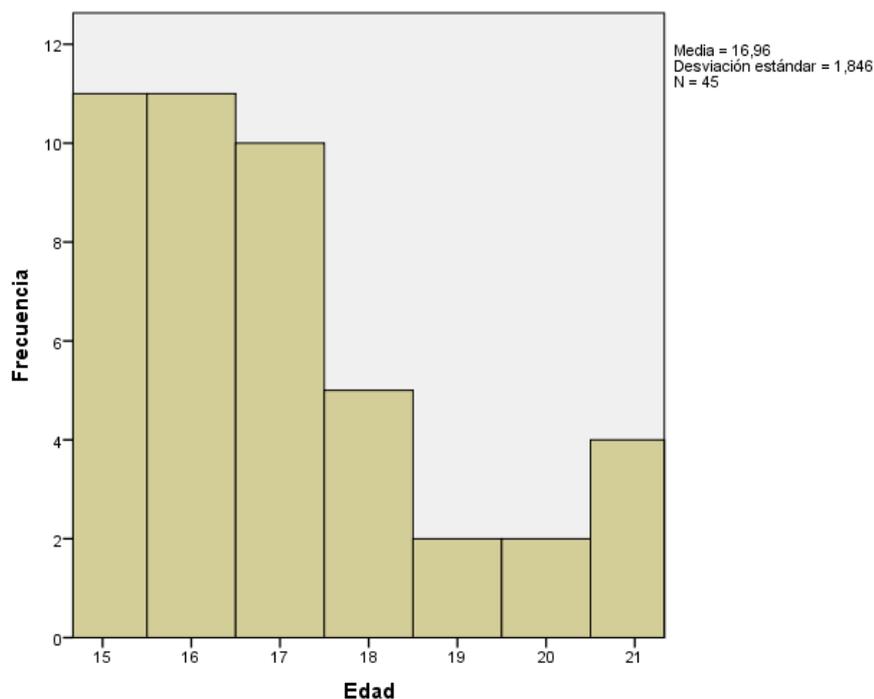


Gráfico 1. Edades de las jóvenes adolescentes.

Asimismo, del total, un 44,44% se encontraban institucionalizadas realizando un tratamiento (20 casos) y el restante 55,56% (25 casos) no realizaba ningún tipo de tratamiento con respecto a su trastorno alimentario (Gráfico 2).

Entre las institucionalizadas, 6 casos correspondieron al CITER, 12 casos al CETIUG y 2 casos con tratamiento particular.

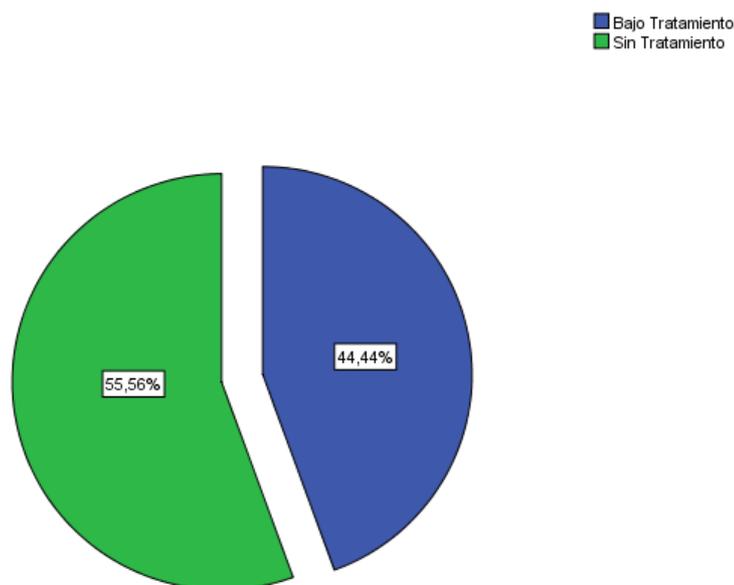


Gráfico 2. Casos según la realización de tratamiento del trastorno de alimentación.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF por Murgieri (2009) que evalúa dicha variable mediante una escala de Likert, en 5 categorías que van del 1 (Nada) al 5 (Totalmente), incluyendo en todas las categorías un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. La escala no presenta un punto de corte, se adjudica mayor calidad de vida a mayor puntaje obtenido.

En relación a su confiabilidad, los autores Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco y Bunout (2011) afirman que fue muy buena, ya que se obtuvo un alpha de

Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88. En relación a los resultados de consistencia interna según dimensiones también se obtienen valores adecuados mayores a 0,7. La mayor correlación ítem-test se encontró en la dimensión psicológica, que al eliminarla del cuestionario provocaba la mayor disminución de la consistencia interna. Sus resultados ofrecieron medidas fiables y estructuralmente válidas en relación al modelo propuesto inicial de evaluación de calidad de vida de la OMS.

La OMS (1993) para demostrar su validez, realizó una comparación entre la versión WHOQOL-100 y la WHOQOL- BREF, a una muestra de 558 sujetos (pacientes ambulatorios, población general, pacientes esquizofrénicos y cuidadores de pacientes esquizofrénicos), a partir de la cual las puntuaciones de las áreas producidas por el WHOQOL-BREF mostraron correlaciones de alrededor de 0,90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. También mostraron una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas.

Además, el otro instrumento utilizado fue el cuestionario Eating Disorder diseñado para evaluar las características psicológicas en los trastornos de la conducta alimentaria. El mismo, consta de 28 preguntas las cuales se refieren solamente a los últimos 28 días, es decir 4 semanas, teniendo 6 posibles respuestas desde 0 (ningún día o nada) a 6 (todos los días o mucho). El cuestionario evalúa cuatro subescalas a saber: la restricción, la preocupación por el comer, la preocupación por la silueta y la preocupación por el peso, más el puntaje global de las cuatro subescalas.

Dicho instrumento presenta distintos puntos de corte, tanto para el puntaje global como para cada subescala a saber:

- Puntaje global: *1,55*
- Restricción: *1,25*
- Preocupación por el comer: *0,62*
- Preocupación por la silueta: *2,15*
- Preocupación por el peso: *1,59*

En relación a su validación los autores Santoncini, Chapela, Carreño García y Caballero Romo (2006) realizaron una investigación para la validación del Eating Disorder Inventory, en una muestra de 523 mujeres mexicanas con trastorno de la

conducta alimentaria de una edad promedio de 19.9 años, donde se arribó a correlaciones positivas y significativas entre las subescalas del Eating Disorder Inventory con las subescalas del Symptom Check List (SCL90), mientras que éstas fueron negativas con el Inventario de autoestima de Coopersmith. El cuestionario Eating Disorder Inventory es apropiado para evaluar actitudes y conductas correspondientes con el comer, la imagen corporal y las características psicológicas de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en México.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Para llevar a cabo esta investigación, se asistió a una escuela secundaria de la Ciudad de Paraná. Luego, se pidió las autorizaciones correspondientes con los directivos de la institución y los padres y/o tutores de las alumnas, dado que eran menores de edad.

Por otro lado, a las participantes se les solicitó que firmen un consentimiento escrito (ver anexo), asegurándole su total confidencialidad y la utilización de la información con fines estadísticos.

Asimismo, los datos fueron recolectados de diversas instituciones que se dedican al abordaje de los trastornos alimentarios, como CITER, Cetiug y tratamiento particular. En estos lugares, se llevaron a cabo los mismos procedimientos descriptos previamente.

3.5. Procedimientos de análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de estadística básica para caracterizar la muestra, obteniéndose frecuencias, medias, desviaciones estándar y puntajes mínimos y máximos.

Además, se llevó a cabo un análisis descriptivo de estadística básica sobre los niveles de calidad de vida en las adolescentes de la Ciudad de Paraná.

Para determinar si existían diferencias significativas entre las adolescentes con trastorno alimentario que se encontraban bajo tratamiento, con aquellas con trastorno alimentario que no se encontraban bajo ningún tipo de tratamiento, se utilizó la Prueba T de Student.

De este modo, para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS Statistical Package for the Social Sciences en su versión 22.0, el cual establece un nivel de significación estadística inferior a .05.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Diferencias en la calidad de vida de los distintos grupos

En relación al primer objetivo específico: “Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la calidad de vida de las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual, con aquellas adolescentes de igual edad y trastorno que no se encuentran bajo tratamiento” se pudo observar, como demuestra el *cuadro 1* y el *grafico 3*, que la comparación de la calidad de vida a partir de las puntuaciones obtenidas mediante la Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF que evalúa dicha variable mediante una escala de 1 (menor calidad de vida) a 5 (mayor calidad de vida), incluyendo en todas las categorías un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales e independencia, expone que la calidad de vida de la muestra es mayor en el grupo de las jóvenes adolescentes que se encuentra sin tratamiento en relación a los trastornos alimentarios respecto de las jóvenes que están institucionalizadas. Estas diferencias son significativas estadísticamente evaluadas en los puntajes medios de las escalas individuales de cada sub-escala y sobre el puntaje global de la calidad de vida, a un valor de significación de la hipótesis nula de $p=.05$ (prueba t de Student).

Tabla 1

Comparación de la Calidad de Vida según sujetos con y sin tratamiento del Trastorno Alimentario.

Calidad de Vida	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Dif. DeMedias	Sig.
Salud Física	Bajo Tratamiento	20	2,98	0,55	0,54	,005(*)
	Sin Tratamiento	25	3,52	0,66		
Estado Psicológico	Bajo Tratamiento	20	2,68	0,93	0,52	,035(*)
	Sin Tratamiento	25	3,20	0,69		
Independencia	Bajo Tratamiento	20	3,48	0,51	0,58	,000(*)
	Sin Tratamiento	25	4,06	0,47		
Relaciones Interpersonales	Bajo Tratamiento	20	3,40	0,62	0,58	,004(*)
	Sin Tratamiento	25	3,98	0,64		
Puntaje Total	Bajo Tratamiento	20	3,14	0,57	0,56	,001(*)
	Sin Tratamiento	25	3,69	0,51		
	Total	45	3,45	0,60		

(*) Significativo al valor $p=.05$.

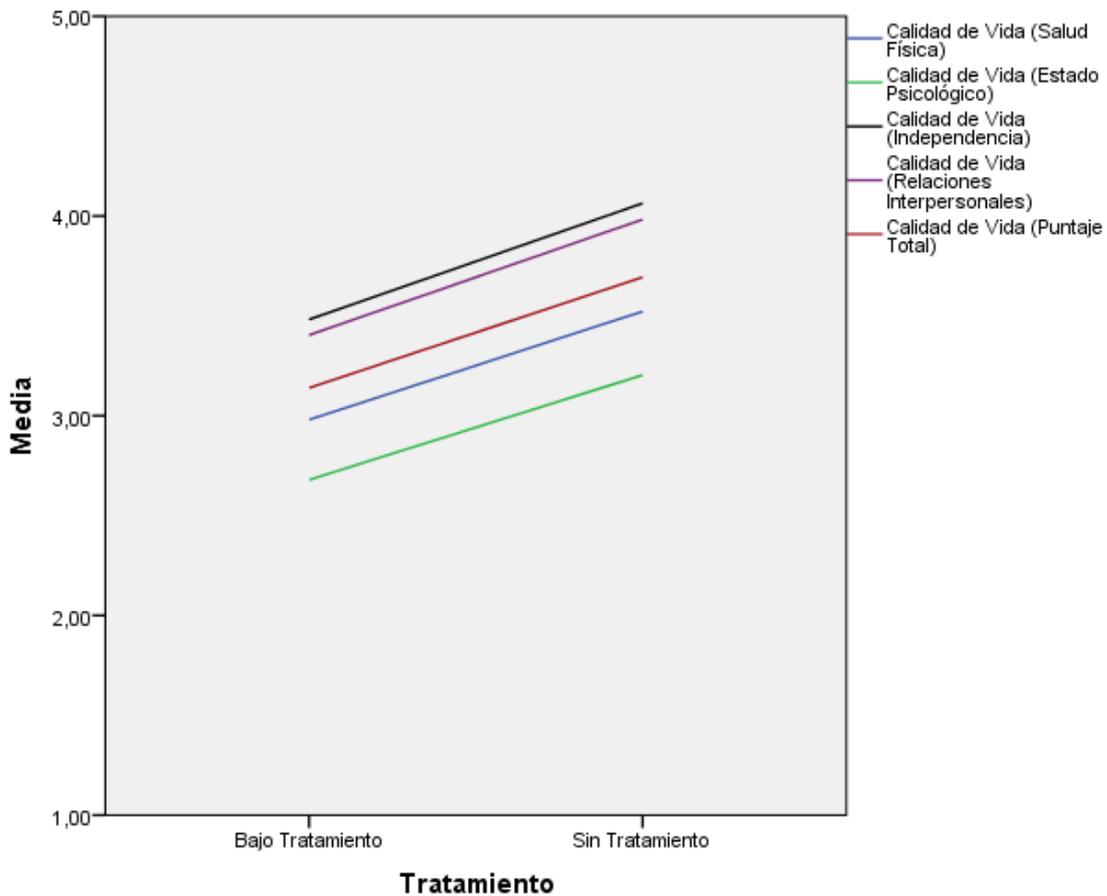


Gráfico 3. Niveles de Calidad de Vida según la realización de tratamiento o no del trastorno de alimentación.

4.2. Relación entre trastornos alimentarios y calidad de vida

En lo referente al segundo objetivo específico: “Comprobar que existe relación entre los trastornos alimentarios con la calidad de vida que presentan las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná” en el Cuadro 2 se presentan los coeficientes de correlación (el utilizado fue R de Pearson) que surgen de verificar si existe o no relación entre los trastornos alimentarios antes analizados y la calidad de vida de las integrantes de la muestra. Dichos coeficientes muestran que hay algunas correlaciones positivas y negativas entre las dimensiones de cada variable y a nivel general, pero ninguna correlaciona de manera significativa en términos estadísticos evaluando un valor probabilístico de $p=.05$. Es decir que no pudo demostrarse la hipótesis de que las variables estén relacionadas entre sí.

Tabla 2

Correlación entre Trastornos Alimentarios y Calidad de Vida.

Trastornos Alimentarios	<i>Estadístico</i>	Calidad de Vida				Puntaje Total
		Salud Física	Estado Psicológico	Independencia	Relaciones Interpersonales	
Restricción	<i>R de Pearson</i>	0,044	-0,048	0,011	-0,103	-0,034
	<i>Sig.</i>	0,775	0,755	0,944	0,500	0,826
Preocupación por el comer	<i>R de Pearson</i>	-0,008	-0,136	0,040	-0,146	-0,084
	<i>Sig.</i>	0,959	0,374	0,793	0,338	0,585
Preocupación por la silueta	<i>R de Pearson</i>	-0,029	-0,192	0,001	-0,123	-0,111
	<i>Sig.</i>	0,851	0,208	0,992	0,422	0,467
Preocupación por el peso	<i>R de Pearson</i>	-0,095	-0,239	-0,070	-0,219	-0,190
	<i>Sig.</i>	0,534	0,114	0,648	0,148	0,211
Puntaje Total	<i>R de Pearson</i>	-0,030	-0,188	-0,007	-0,180	0,129
	<i>Sig.</i>	0,847	0,215	0,964	0,237	,399

Nota: Significación evaluada al valor $p=0.05$

4.3. Descubrimientos más allá de los objetivos

Una vez procesados los datos se observaron y encontraron distintos datos que podrían servir de gran aporte para la investigación, como un descubrimiento interesante, se evaluaron los trastornos alimentarios comparando entre ambos grupos de adolescentes con y sin tratamiento en curso (Cuadro 3). Los valores más elevados de lo normal se encontraron en ambos grupos en la Sub-escala “Preocupación por la Silueta”. Luego, realizando la prueba t de Student para comparar las medias por grupo, no se encontraron diferencias significativas al 95% de confianza ($p=.05$), ni en las mediciones de cada subescala ni a nivel general. En síntesis, los trastornos en relación a la alimentación se

presentan relativamente debajo de lo normal en ambos grupos, a excepción de la sub-escala antes mencionada.

Tabla 3

Comparación de la escala de Desordenes Alimentarios según sujetos con y sin tratamiento.

Sub-Escalas	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Dif. Medias	De Sig.
Restricción	Bajo Tratamiento	20	1,87	1,38	-0,02	,968
	Sin Tratamiento	25	1,89	1,12		
Preocupación por el comer	Bajo Tratamiento	20	2,22	1,50	0,53	,189
	Sin Tratamiento	25	1,69	1,18		
Preocupación por la silueta	Bajo Tratamiento	20	3,43	1,49	-0,15	,713
	Sin Tratamiento	25	3,58	1,21		
Preocupación por el peso	Bajo Tratamiento	20	2,51	1,92	0,21	,648
	Sin Tratamiento	25	2,30	1,10		
	Bajo Tratamiento	20	2,50	1,33	0,14	,680
Puntaje Total	Sin Tratamiento	25	2,36	0,96		

Significación evaluada al valor $p=.05$.

Además, otros datos interesantes obtenidos, a pesar de que la muestra fue pequeña fueron:

- Los mayores trastornos alimentarios se dieron en aquellas adolescentes institucionalizadas en la categoría “Tratamiento Particular”.
- Las mayores diferencias significativas estadísticamente en la escala de calidad de vida a favor de las adolescentes sin tratamiento se dio respecto a las que están institucionalizadas en CITER.
- Por edades, no hubo diferencias significativamente estadísticas ni en el nivel de los desordenes alimentarios ni en la escala de calidad de vida.

4.4. Tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual y calidad de vida

En lo que respecta al último y tercer objetivo específico, el cual era: “Demostrar si las adolescentes entre 15 a 21 años de edad de la Ciudad de Paraná diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual presentan problemas en su calidad de vida”, en el primer objetivo específico se constató que es más baja la calidad de vida del grupo de las adolescentes de 15 a 21 años que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico (N=20). No obstante se quiso evaluar en tal situación, que los indicadores obtenidos de la escala de Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (ECV) no signifiquen algún tipo de problema en la calidad de vida de dichas adolescentes.

La ECV evalúa la variable mediante una escala de Likert, en 5 categorías que van del 1 (Menor) al 5 (Mayor), incluyendo en todas las categorías un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Estableciendo un punto de corte empírico de 3 puntos en la escala para definir una calidad de vida “normal”, si bien se pueden hacer algunas aproximaciones al respecto comparando con los puntajes medios obtenidos por el grupo. En el Cuadro 4 se muestran los valores resultantes.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de la Escala de Calidad de Vida de las adolescentes con tratamiento.

Calidad de Vida	Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Salud Física	2,98	0,55	1,83	4,00
Estado Psicológico	2,68	0,93	1,16	4,16
Independencia	3,48	0,51	2,57	4,57
Relaciones Interpersonales	3,40	0,62	2,33	4,50
Puntaje Total	3,14	0,57	2,15	4,16

El puntaje total de la escala mide la calidad de vida del grupo por encima del umbral de los 3 puntos de calidad de vida “normal”. No obstante, el puntaje medio de 2,68

puntos en la dimensión Estado Psicológico estaría mostrando un déficit en ese componente de la calidad de vida.

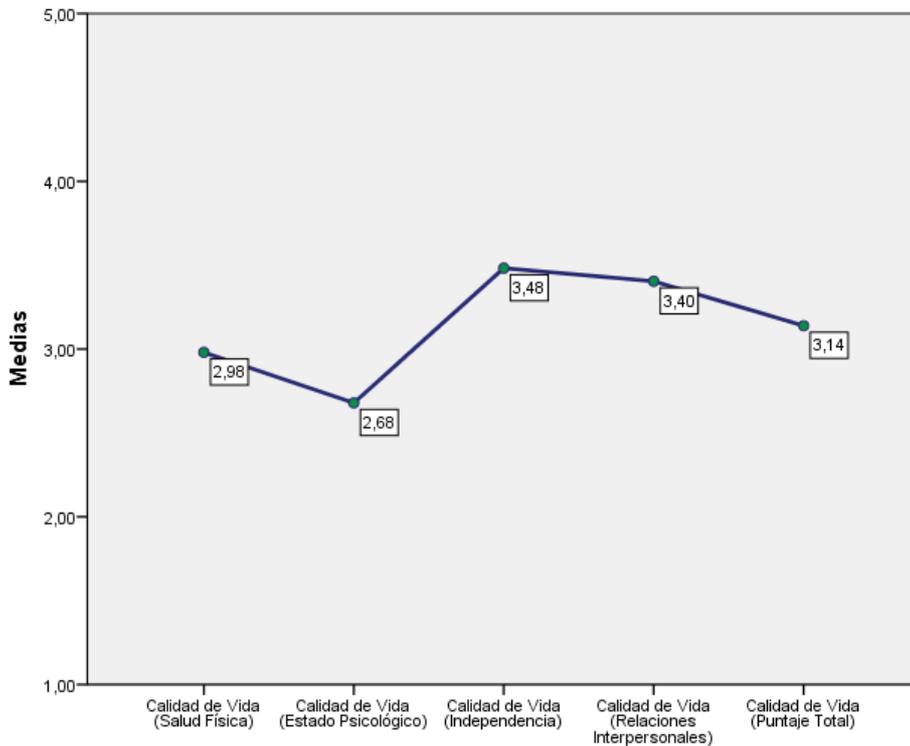


Gráfico 4. Perfil de la escala de Calidad de Vida de las adolescentes que realizan tratamiento del trastorno de alimentación.

CAPITULO V

DISCUSIÓN,CONCLUSIONES,LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El propósito que guió la investigación a lo largo de todo su proceso fue el poder descubrir si la calidad de vida de las adolescentes que tienen entre 15 y 21 años de edad, de la Ciudad de Paraná, que están institucionalizadas y bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual por presentar trastorno alimentario era mayor con respecto de aquellas adolescentes con igual edad y trastorno que no se encontraban bajo tratamiento. Para ello fue necesario primeramente poder identificar, gracias al cuestionario Eating Disorder, las adolescentes que presentaban un trastorno alimentario, a lo cual para la búsqueda del grupo de jóvenes que no se encontraban bajo tratamiento psicológico ni institucionalizadas se concurrió a una escuela donde se realizó la toma del cuestionario a

50 alumnas de nivel secundario, de las cuales un 50%, es decir 25 casos, dio como resultado algún tipo de trastorno alimentario, esto nos llevaría a comparar y a traer a colación el estudio realizado por las autoras Cecile Rausch y Luisa Bay (1997) donde detectaron, como estudio de prevención, un 58,4% de patologías alimentarias en el nivel secundario. Es por ello que es fundamental volver hacer alusión como expresó Alicia Facio (2006) que si bien la juventud es una etapa de la vida muy saludable, en la adolescencia crece en gran medida, el predominio de la depresión, trastornos de conducta y alimentación, como comportamientos que atentan contra la salud. Además, la apariencia física es el componente que tiene más relación con la autoestima, seguida de la aceptación social por parte de los pares, donde en la adolescencia las mujeres presentan una autoestima más baja a diferencia de los varones, en el cual toda la atención depositada en el atractivo físico como base de la autoestima, tendrá resultados de igual manera en el hecho de que alcanzar la etapa de la adolescencia simboliza tener que enfrentarse a las evaluaciones de los pares (Jeffrey Arnett, 2008).

Si bien el primer objetivo específico fue determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la calidad de vida de ambos grupos de adolescentes, se pudo arribar a los resultados gracias a la aplicación de la Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF que evalúa dicha variable mediante una escala de 1 (menor calidad de vida) a 5 (mayor calidad de vida), incluyendo en todas las categorías un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales e independencia, donde se ve reflejado en el *cuadro 1* que la calidad de vida de la muestra es mayor, si bien los resultados no son tan significativos, en el grupo de las jóvenes adolescentes que presenta trastorno alimentario y se encuentra sin tratamiento que obtuvo una media del puntaje global de 3,69, donde las jóvenes que están institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico obtuvo una media de 3,14, lo cual reflejaría que la hipótesis no pudo ser corroborada quedando por nula la misma. Cabe destacar, que lo expuesto anteriormente no significaría que las adolescentes que se encuentran bajo tratamiento psicológico o institucionalizadas presentan una mala calidad de vida, como se observa en el *Gráfico 4* donde se ve el perfil de puntajes medios de la Escala de Calidad de Vida de las adolescentes que realizan tratamiento del trastorno alimentario delata un puntaje global de 3,14, lo que significaría una calidad de vida “normal”, donde la mayoría de las cuatro subescalas se encontrarían dentro de los 3 puntos, a excepción de la dimensión Estado Psicológico que obtuvo una media de 2,68, el cual estaría mostrando un déficit en ese componente, como además la subescala que mayor puntaje tuvo fue la Independencia, de 3,48.

En relación a la última subescala mencionada, como señala Enrique Rojas (2007) la adolescencia es un periodo de carencias, donde una característica fundamental es el afán por la independencia, es decir, el deseo de sentirse libre en la vida inmediata y en el futuro. Esta independencia sin la ayuda de nadie se moviliza de forma antagónica, si bien buscan la soledad, precisan del grupo o pandilla de amigos. El deseo radica en irse de su casa para no ser controlado, ni vigilado y poder llevar una vida independiente con respecto a sus padres. En la adolescencia final existe un doble movimiento, por un lado hacia el mundo exterior que invita al adolescente a buscar la amistad en su grupo de pares como el vínculo bipersonal con el otro sexo; y por otro lado, un movimiento hacia el interior donde puede gestar y reconocer sus ideales, su conciencia moral, su responsabilidad (Griffa y Moreno, 2005).

Con respecto a la subescala que obtuvo un porcentaje más elevado de lo normal del cuestionario Eating Disorder, la cual fue la “Preocupación por la Silueta”, la misma se encontró en ambos grupos de investigación. Si bien éste no fue un objetivo explícitamente mencionado, fue un descubrimiento de gran importancia para con el estudio. Esto puede relacionarse con el estudio realizado por Murawski, Elizathe y Rutzstein (2009) el cual comparó entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias los hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal, llegando a los resultados de que las mujeres presentaban puntajes significativamente mayores en búsqueda de delgadez, bulimia, insatisfacción con la imagen corporal, ineficacia y conciencia interoceptiva, que sus pares varones. A su vez, una proporción significativamente mayor de mujeres presentó conductas compensatorias inadecuadas con el fin de mantener o bajar de peso y se encontraron insatisfechas con su imagen corporal. Es importante mencionar a Mary Pipher (1994), citada en Jeffrey Arnett (2008) la cual señala que las adolescentes comparan constantemente su cuerpo con figuras ideales y culturales, y encuentran los suyos como inadecuados. La insatisfacción que presentan con su figura corporal, y el recurrir con frecuencia a ciertas dietas se han convertido en reacciones normales de este tiempo. Las jóvenes presentan además, un gran miedo a estar gordas, donde se ven expuestas constantemente a los comentarios y críticas por parte de otras, hacia ellas mismas o dirigidas a sus pares, donde ninguna se siente lo suficientemente delgada. Como resultado del sentimiento de culpa y la vergüenza que exhiben en relación a su figura corporal, las adolescentes se encuentran comúnmente a la defensiva.

Cabe mencionar, que el segundo objetivo que era determinar que existía correlación entre los trastornos alimentarios con la calidad de vida no pudo corroborarse, si bien el *Cuadro 2* muestra que hay algunas correlaciones positivas y negativas entre las

dimensiones de cada variable y a nivel general, ninguna se correlaciona de manera significativa en términos estadísticos.

Es importante detenernos en el último objetivo de la investigación el cual fue demostrar si las adolescentes diagnosticadas con el trastorno alimentario que se encontraban institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual presentaban problemas en su calidad de vida no quedo ratificado, ya que si bien en el primer objetivo se demostró que las adolescentes que no se encontraban bajo tratamiento presentaban mayor calidad de vida que las que si se encontraban institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico, se descartó el hecho de que éste último grupo presentara dificultades o problemáticas dentro de su calidad de vida, obteniendo una media del puntaje global de 3,14, es decir dentro del puntaje “normal”. En relación a un estudio realizado por la Psyciencia (2013) en el cual se evaluó distintas estrategias de tratamiento comparando sus resultados con un grupo control, se demostró que la terapia cognitivo-conductual, la cual estuvo centrada en el trabajo de Fairburn, la mejoría de la autoeficacia y el autocontrol que fueron cruciales de todo el proceso de tratamiento. Por ello, sería fundamental tener en cuenta la adhesión del profesional a la terapia, poder evaluar la formación del terapeuta, como los principios generales y pertinentes que se deberían utilizar en todas las sesiones, para no caer en un desequilibrio en las formas de abordar la terapia, que repercutirá en un efecto gravemente nocivo en la práctica (Safran y Segal, 1991).

5.2. Conclusiones

A partir de la investigación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

➤ Del total de la muestra estudiada un 55,56 % de las adolescentes sin tratamiento presentaron una mayor calidad de vida que el 44,44% restante de las adolescentes que se encontraban bajo tratamiento psicológico o institucionalizadas. Cabe destacar que probablemente faltó la descripción subjetiva del significado de calidad de vida para las adolescentes.

➤ Según los datos arrojados se expone que no existe una correlación significativa en términos estadísticos, en la relación de los trastornos alimentarios y la calidad de vida. Ya que la investigación fue de corte transversal, los datos obtenidos se recolectaron al inicio del tratamiento, sería interesante investigar dos años después a las adolescentes realizando las mismas evaluaciones.

➤ El cuestionario Eating Disorder demostró que en ambos grupos estudiados la sub-escala con valores más elevados de lo normal fue la “preocupación por la silueta”, dejando ver una media de 3,43 en adolescentes bajo tratamiento y 3,58 en adolescentes sin tratamiento, es decir, por más que las diferencias entre ambos grupos no sean significativas, el grupo de las jóvenes con trastorno alimentario sin tratamiento evidencian mayor preocupación por la silueta, algo que investigadores como Fairburn observaron en sus estudios con adolescentes bajo tratamiento, su manifestada preocupación por la figura.

➤ Finalizando la investigación, se descubrió que las adolescentes con trastorno alimentario que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual presentan una calidad de vida normal, por más que el puntaje haya sido menor al grupo de jóvenes sin tratamiento. La media del puntaje global obtenida por el primer grupo es de 3,14, dando por debajo, pero no estadísticamente significativo, la media de la sub-escala del estado psicológico (2,68), lo que denotaría un déficit en dicha área.

5.3. Limitaciones de la investigación

Si bien la muestra se limitó a un número pequeño de adolescentes y la selección de la misma fue intencional, la generalización de los resultados de la investigación también se encuentra limitada tanto por el tamaño de la muestra como por la técnica de muestreo no aleatorio. Cabe destacar que los resultados pretenden dar una descripción, hay que tener en consideración que no procuran abarcar toda la realidad ni tampoco tienen el objetivo de ser una explicación exhaustiva de las variables estudiadas.

Es por ello que a continuación se irán relatando las limitaciones encontradas a lo largo de todo el proceso de la investigación. El cuestionario utilizado como instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF sirve para un perfil de la calidad de vida percibida por el sujeto al cual se le administra, pero a su vez, se diseñó para ser usado tanto en población general como en pacientes, es decir aporta una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, pero no permite la evaluación exhaustiva de las dimensiones individuales de las áreas. Al hablar de calidad de vida, en dicha investigación se presentó y siguió el concepto manifestado por la OMS citado en el Programa de Salud Mental (s.f) el cual define la misma de la siguiente manera: “la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de

valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (p.1), como una limitación vemos que en la definición se plantea la percepción hacia el sistema de valores, el cual no se tuvo en cuenta, en los distintos sujetos participantes de la muestra, como asimismo, no fue definido dentro de dicha investigación.

Por otra parte, siguiendo en la misma línea no se planteo dentro de la investigación que significaba calidad de vida para cada persona, solo se administro la escala de calidad de vida que arroja un perfil general, pero no se indagó mas allá de eso, ya que los dos cuestionarios aplicados fueron auto administrados, se tomaron todos los recaudos y medidas necesarias para evitar distorsiones subjetivas, pero los datos suministrados pueden exhibir alguna interpretación errónea frente a los mismos.

Otra limitación encontrada, fue que si bien la investigación fue de corte transversal, donde se recabaron los datos en un tiempo único, no se pudo comprobar si las adolescentes que estaban institucionalizadas o bajo tratamiento presentaban una mejoría, por no haber controlado distintas variables de tiempo, es decir, en que periodo de la terapia se encontraban, como así también la adherencia por parte del terapeuta hacia el tratamiento y hacia el paciente.

Además, la finalidad de la investigación no se baso en demostrar la existencia de una correlación entre los trastornos alimentarios y la calidad de vida de una persona, por lo cual puede expresarse que algún déficit de este último podría ser producto o causa de otros factores que no han sido evaluados en la investigación.

5.4. Recomendaciones

Frente a las limitaciones expuestas anteriormente como a los resultados que se han obtenido seria provechoso poder extender el estudio hacia una muestra mayor y más amplia, como así también la incorporación de otros instrumentos para recabar información y poder profundizar más sobre las variables principales de dicho estudio: trastorno alimentario y calidad de vida, permitiendo enriquecer en gran medida la investigación.

Seria de suma importancia, el poder utilizar otros instrumentos para la recolección de datos, como entrevistas u observaciones, no solamente hacia los sujetos participantes de la muestra, sino ampliar el campo, hacia su familia más cercana, el vinculo que presenta con la pareja parental, como así también tener en cuenta la mirada de los profesores que trabajan con adolescentes.

Por ello, además se recomienda como fundamental el trabajo en las escuelas, preferentemente en los niveles secundarios como forma de prevención ante las patologías

alimentarias que se ven en gran medida en la actualidad, pudiendo otorgar distintos talleres tanto a los alumnos, como a los profesores brindándole distintas herramientas de cómo detectar y abordar la situación, permitiendo espacios de escucha y contención para con los jóvenes si así lo necesitaran.

También, resultaría interesante poder realizar un estudio de tipo longitudinal donde se tuviese en cuenta las variables de tiempo, realizando un seguimiento de las adolescentes que se encuentran institucionalizadas o bajo tratamiento psicológico, como además investigar sobre la adherencia del terapeuta hacia la terapia y al paciente, para poder llegar a obtener resultados sobre la existencia de una mejoría por parte del paciente.

Finalmente se propone poder investigar y estudiar otras variables que no han sido planteadas en la investigación como la escala de valores que presenta un sujeto, el grado de satisfacción que tiene consigo mismo, como además el bienestar tanto físico, psicológico y con el ambiente, además de poder evaluar en profundidad y de manera exhaustiva las áreas propuestas por ambos cuestionarios utilizados: la restricción, preocupación por la silueta, preocupación por el comer y preocupación por el peso dentro del cuestionario de trastorno alimentario, como así también la salud física, el estado psicológico, la independencia y las relaciones interpersonales que conforman la calidad de vida. Todas ellas consideradas en futuros estudios como posibles factores de riesgo para el trastorno alimentario y la calidad de vida.

ANEXO

A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS

Cuestionario Eating Disorder

Eating Disorder Examination Questionnaire

Preguntas 1 a 12. Marque en la parte derecha el número que corresponda. Recuerde que las preguntas se refieren solamente a los últimos 28 días (4 semanas)

	Ningún	1-5	6-	13-	16-	23-	Todos
--	--------	-----	----	-----	-----	-----	-------

	día	días	12 días	15 días	22 días	27 días	los días
1. ¿Trató (deliberadamente) de comer menos para modificar su silueta o su peso (lo haya conseguido o no)?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Pasó largos períodos (8 horas despierta o más) sin comer nada para modificar su silueta o su peso?	0	1	2	3 3	4	5	6
3. ¿Trató de no comer algunas comidas que le gustan para modificar su silueta o su peso (lo consiguiera o no)?	0	1	2 2	3	4	5	6
4. ¿Trató de comer siguiendo ciertas reglas (por ejm, un límite de calorías) para modificar su silueta o su peso (lo consiguiera o no)?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Tuvo un claro deseo de mantener el estómago vacío para así modificar su silueta o su peso?	0 0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Tuvo un claro deseo de tener el estómago totalmente chato?	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensar en comida, comer, calorías ¿le hizo difícil concentrarse en cosas importantes, como leer, seguir una conversación, trabajar?	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensar en la figura o el peso ¿le hizo difícil concentrarse en cosas importantes, como leer, seguir una conversación, trabajar?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Sintió miedo de perder el control sobre su alimentación?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Sintió miedo de aumentar de peso?	0	1	2	3	4	5	6

11. ¿Se sintió gorda/o?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Sintió un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

Preguntas 13 a 18. Escriba en la parte derecha el número de veces que corresponda,.
 Recuerde que las preguntas se refieren solamente a los últimos 28 días (4 semanas)

13. En los últimos 28 días ¿cuántas veces comió una cantidad de comida que la mayoría de la gente consideraría excesivamente grande?	
14. ¿Cuántas de esas veces, tuvo la sensación -mientras comía- de haber perdido el control de su alimentación?	
15. En los últimos 28 días ¿en cuántos <i>días</i> ocurrieron estos episodios de comer una cantidad excesivamente grande mientras tenía la sensación de haber perdido control?	
16. En los últimos 28 días ¿cuántas <i>veces</i> se produjo el vómito con el fin de controlar su peso o su figura?	
17. En los últimos 28 días ¿cuántas <i>veces</i> utilizó laxantes con el fin de controlar su peso o su figura?	
18. En los últimos 28 días ¿cuántas <i>veces</i> hizo ejercicio en exceso con el fin de controlar su peso, su figura, disminuir la grasa o quemar calorías?	

Preguntas 19 a 21. Marque a la derecha el número que corresponda. *Fijese que en estas preguntas "atracon" quiere decir comer cantidades que otros de su edad y sexo considerarían extraordinariamente grandes teniendo, mientras se come, una sensación de haber perdido el control.*

19. En los últimos 28 días ¿cuántos días comió a escondidas? (no cuente los atracones)	0	1-5	6-12	3-15	6-22	3-27	28
	día	días	días	días	días	días	días
20. ¿Cuántas veces se sintió culpable después de comer por el efecto que eso tendría en su peso y su silueta? (no cuente los	0	1	2	3	4	5	6
	Ningun- día	Pocas	Menos de la mitad	La mitad	Más de la mitad	Casi siempre	Siempre

atracones)							
21. En los últimos 28 días ¿cuánto le preocupó que otras personas lo vieran comer? (no cuente los atracones)	Nada	Un poco	Medianamente	Mucho			
	0	1	2	3	4	5	6

Preguntas 22 a 28. Marque el número que corresponda a la derecha. Recuerde que las preguntas sólo se refieren a las últimas 4 semanas (28 días)

En los últimos 28 días...	Nada	Un poco	Medianamente	Mucho			
22. ¿Influyó su <i>peso en la balanza</i> en cómo se juzgó como persona?	0	1	2	3	4	5	6
23. ¿Influyó la <i>forma</i> de su cuerpo en cómo se juzgó como persona?	0	1	2	3	4	5	6
24. ¿Cuánto le molestaría si le pidieran que se pese sólo una vez por semana (ni más ni menos) durante las próximas 4 semanas?	0	1	2	3	4	5	6
25. ¿Cuánta insatisfacción siente con su peso?	0	1	2	3	4	5	6
26. ¿Cuánta insatisfacción siente con la forma	0	1	2	3	4	5	6

de su cuerpo?							
27. ¿Cuánta incomodidad sintió al mirarse su cuerpo? (por ejm, en el espejo, al desvestirse, bañarse, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
28. ¿Cuánta le incomodó que otros miraran su cuerpo (por ejm, al estar en malla o con ropa ajustada o al probarse ropa en las tiendas)	0	1	2	3	4	5	6

¿Cuánto pesa en este momento?

¿Cuál es su altura?

Si es mujer, en los últimos 3-4 meses ¿no le vino alguna vez la menstruación?

Si es sí ¿cuántas veces no le vino?

¿Está tomando la píldora anticonceptiva?

Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREEF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Femenino. Masculino.

¿Cuándo nació? _____ Día. _____ Mes. _____ Año.

¿Qué estudios tiene? Ninguno. Primarios. Medios. Universitarios.

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a. Separado/a. Casado/a. Divorciado/a.

En pareja. Viudo/a.

En la actualidad ¿está enfermo/a? Sí. No.

Si tiene un problema de salud, ¿Qué piensa que es?

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de

qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las últimas dos semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy Mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto pisa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado	1	2	3	4	5

	necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cómo de	1	2	3	4	5

	satisfecho/a está con su sueño?					
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
--	--	-------	-----------	---------------	----------------	---------

26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su participación.

B. MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO

CONSENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES



Señores padres/tutores:

En el marco del Trabajo Final para acceder a la Licenciatura en Psicología, Ma. Felicitas Scipione, realizará una investigación en jóvenes adolescentes con la finalidad de estudiar “Calidad de vida en Trastornos alimentarios”. Para esto se pide la participación voluntaria de las adolescentes, las cuales deberán tener un consentimiento informado por parte de ustedes, el mismo se adjunta a continuación. Los datos tendrán un tratamiento absolutamente anónimo y confidencial y la persona que participe

puede retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo desea sin que eso le ocasione ningún perjuicio.

Datos de Contacto

⇒Ma. Felicitas Scipione: 0343 154164467

✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----✂-----
✂-----✂-----✂-----

Consentimiento Informado

Por la presente autorizo a mi hijo/a.....,

DNI....., a responder a cuestionarios con la finalidad de estudiar “Calidad de vida en Trastornos alimentarios” llevada a cabo por Ma. Felicitas Scipione. Estoy en conocimiento de que los datos tendrán un tratamiento absolutamente anónimo y confidencial y de que mi hijo puede retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo desea sin que eso le ocasione ningún perjuicio.

Firma:.....

Aclaración:.....

CONSENTIMIENTO PARA MAYORES DE EDAD

Consentimiento informado

Por la presente autorizo a María Felicitas Scipione alumno/a de la Carrera de Lic. en Psicología de la Facultad Teresa de Ávila de la Pontificia Universidad Católica Argentina, a administrarme dos cuestionarios para la recolección de datos en el marco del Trabajo Final para acceder a la Licenciatura, el mismo denominado “Calidad de vida en Trastornos alimentarios “.

Tomo conocimiento de que la información que se recabará será resguardada bajo la forma del anonimato y de que no se me realizará una devolución ni se me brindará información acerca de los resultados de la misma, asimismo puedo retirarme de la investigación en cualquier momento si así lo deseo sin que eso le ocasione ningún perjuicio.

Datos de Contacto

⇒Ma. Felicitas Scipione: 0343 154164467

Firma.

C. SALIDAS ESTADISTICAS (SPSS)

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Frecuencias

```
FREQUENCIES VARIABLES=Edad  
/STATISTICS=STDDEV MEAN MODE  
/HISTOGRAM  
/ORDER=ANALYSIS.
```

Estadísticos

Edad

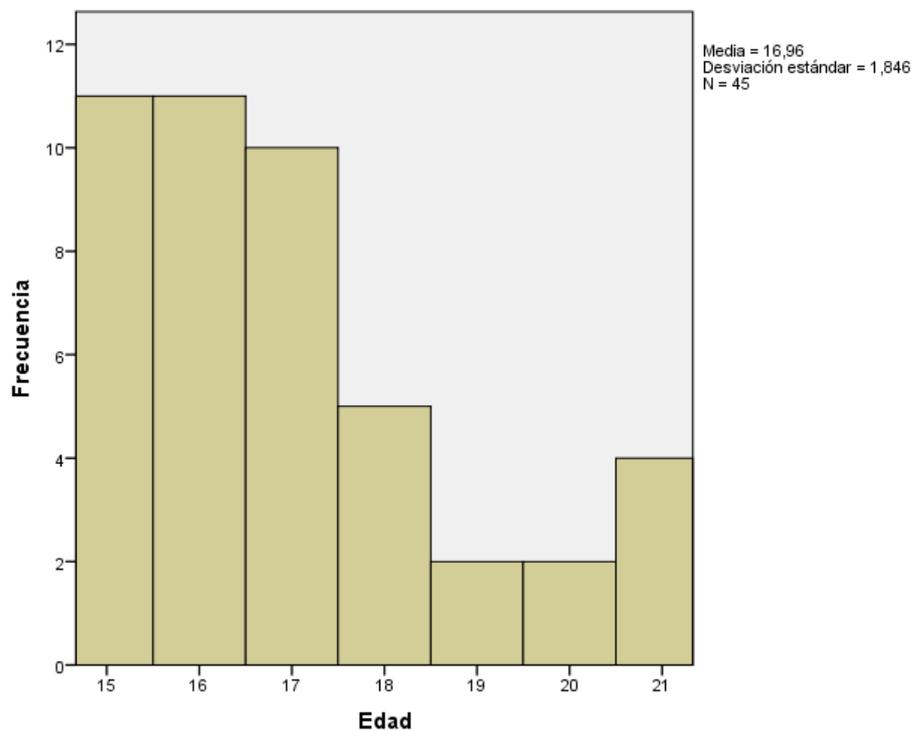
N	Válido	45
	Perdidos	0
Media		16,96

Moda	15 ^a
Desviación estándar	1,846

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15	11	24,4	24,4	24,4
	16	11	24,4	24,4	48,9
	17	10	22,2	22,2	71,1
	18	5	11,1	11,1	82,2
	19	2	4,4	4,4	86,7
	20	2	4,4	4,4	91,1
	21	4	8,9	8,9	100,0
	Total	45	100,0	100,0	



```
FREQUENCIES VARIABLES=Tratamiento
/STATISTICS=STDDEV MEAN MODE
/PIECHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frecuencias

Estadísticos

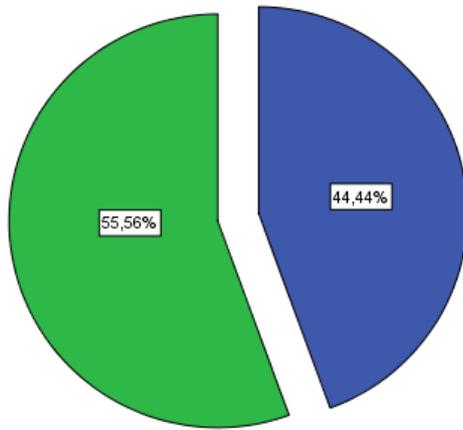
Tratamiento

N	Válido	45
	Perdidos	0
Media		1,56
Moda		2
Desviación estándar		,503

Tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Bajo Tratamiento	20	44,4	44,4	44,4
Sin Tratamiento	25	55,6	55,6	100,0
Total	45	100,0	100,0	

■ Bajo Tratamiento
 ■ Sin Tratamiento



```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(Tratamiento = 1).
VARIABLE LABELS filter_$ 'Tratamiento = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
FRECUENCIES VARIABLES=Tipo_Tratamiento
  /STATISTICS=STDDEV MEAN MODE
  /PIECHART PERCENT
  /ORDER=ANALYSIS.
FRECUENCIES VARIABLES=Tipo_Tratamiento
  /STATISTICS=STDDEV MEAN MODE
  /BARChart FREQ
  /ORDER=ANALYSIS.
```

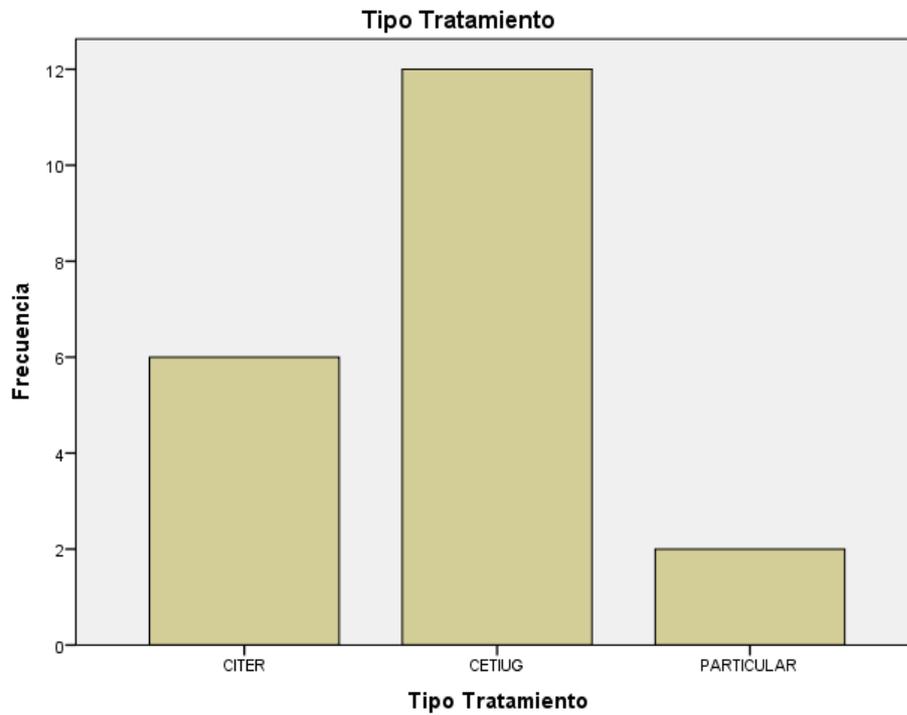
Frecuencias

Estadísticos		
Tipo Tratamiento		
N	Válido	20

Perdidos	0
Media	1,80
Moda	2
Desviación estándar	,616

Tipo Tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CITER	6	30,0	30,0	30,0
CETIUG	12	60,0	60,0	90,0
PARTICULAR	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	



OBJETIVO ESPECÍFICO 1: COMPARAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.

ONEWAY CV_SF CV_EP CV_I CV_RI CV_TOTAL BY Tratamiento
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/PLOT MEANS
/MISSING ANALYSIS
/POSTHOC=SCHEFFE ALPHA(0.05).

Unidireccional

[Conjunto_de_datos1] E:\UCA 2017-2018\Asesoramiento Metodológico\Proyectos recibidos por mail\2018 Scipione Felicitas\Matriz de Datos.sav

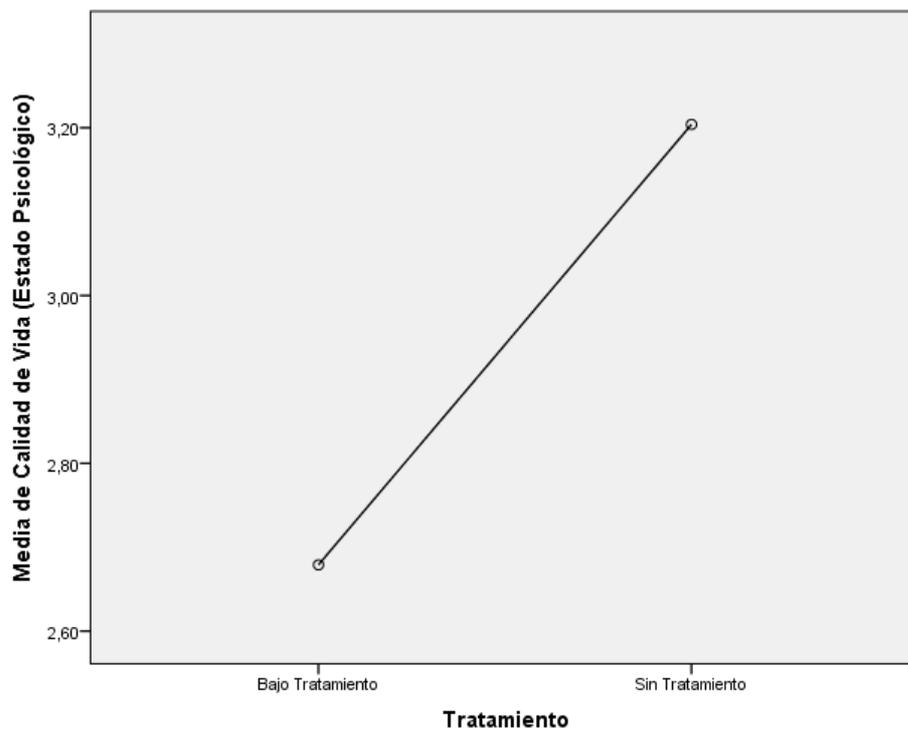
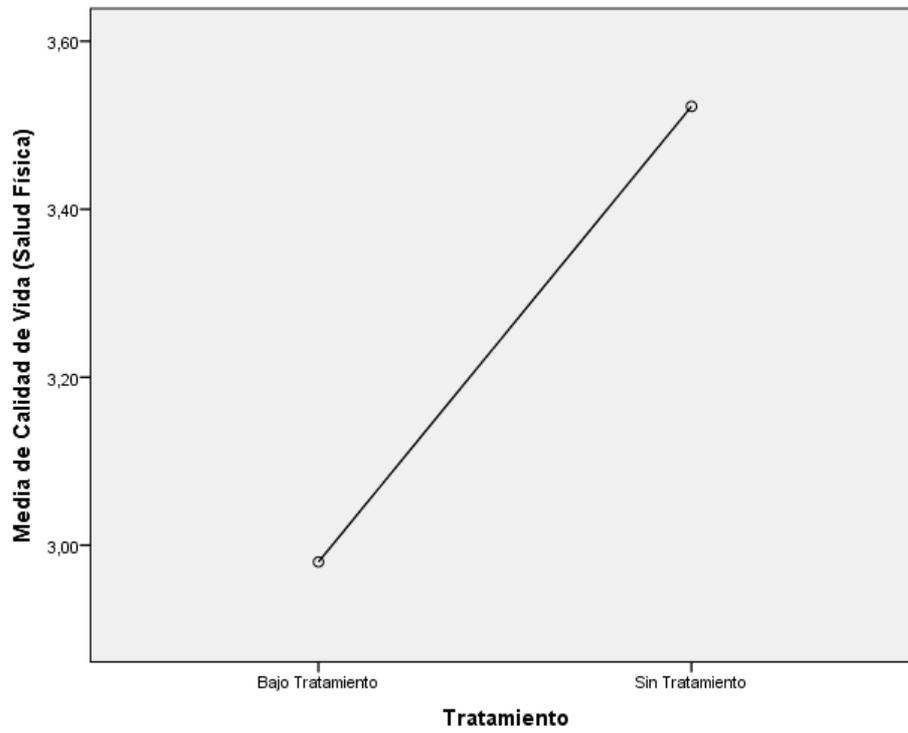
Descriptivos

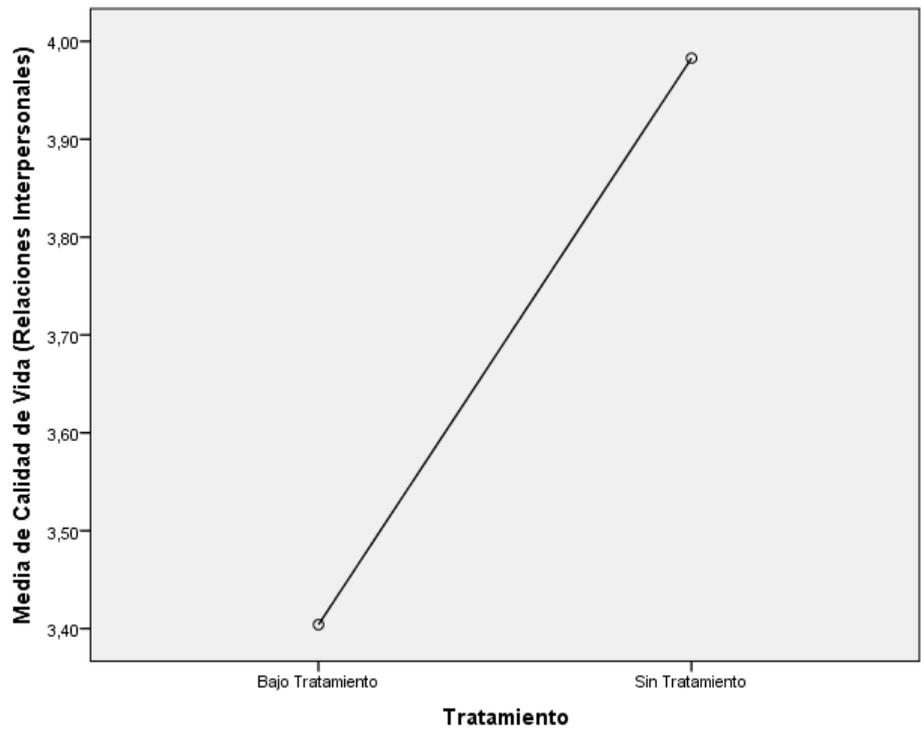
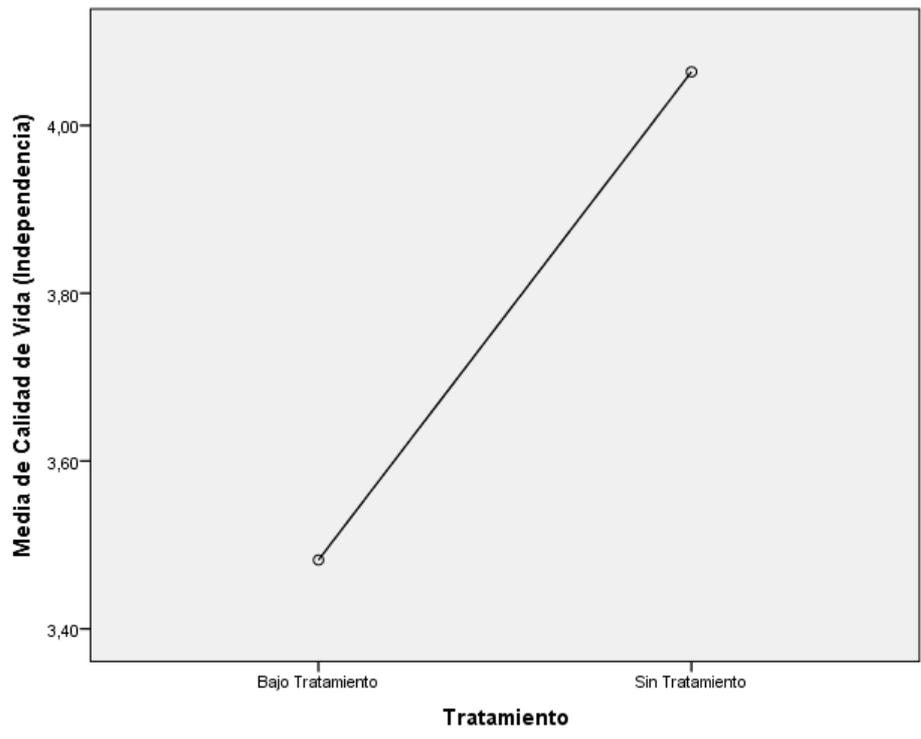
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Calidad de Vida (Salud Física)	Bajo Tratamiento	20	2,9800	,54805	,12255	2,7235	3,2365	1,83	4,00
	Sin Tratamiento	25	3,5224	,65600	,13120	3,2516	3,7932	2,16	4,83
	Total	45	3,2813	,66236	,09874	3,0823	3,4803	1,83	4,83
Calidad de Vida (Estado Psicológico)	Bajo Tratamiento	20	2,6790	,92562	,20697	2,2458	3,1122	1,16	4,16
	Sin Tratamiento	25	3,2040	,69445	,13889	2,9173	3,4907	1,66	4,16
	Total	45	2,9707	,83823	,12496	2,7188	3,2225	1,16	4,16
Calidad de Vida (Independencia)	Bajo Tratamiento	20	3,4820	,51253	,11461	3,2421	3,7219	2,57	4,57
	Sin Tratamiento	25	4,0640	,47395	,09479	3,8684	4,2596	3,28	4,85
	Total	45	3,8053	,56700	,08452	3,6350	3,9757	2,57	4,85
Calidad de Vida (Relaciones Interpersonales)	Bajo Tratamiento	20	3,4040	,62345	,13941	3,1122	3,6958	2,33	4,50
	Sin Tratamiento	25	3,9828	,64384	,12877	3,7170	4,2486	2,66	4,83
	Total	45	3,7256	,69177	,10312	3,5177	3,9334	2,33	4,83
Calidad de Vida (Puntaje Total)	Bajo Tratamiento	20	3,1390	,56958	,12736	2,8724	3,4056	2,15	4,16
	Sin Tratamiento	25	3,6940	,51411	,10282	3,4818	3,9062	2,48	4,42
	Total	45	3,4473	,60170	,08970	3,2666	3,6281	2,15	4,42

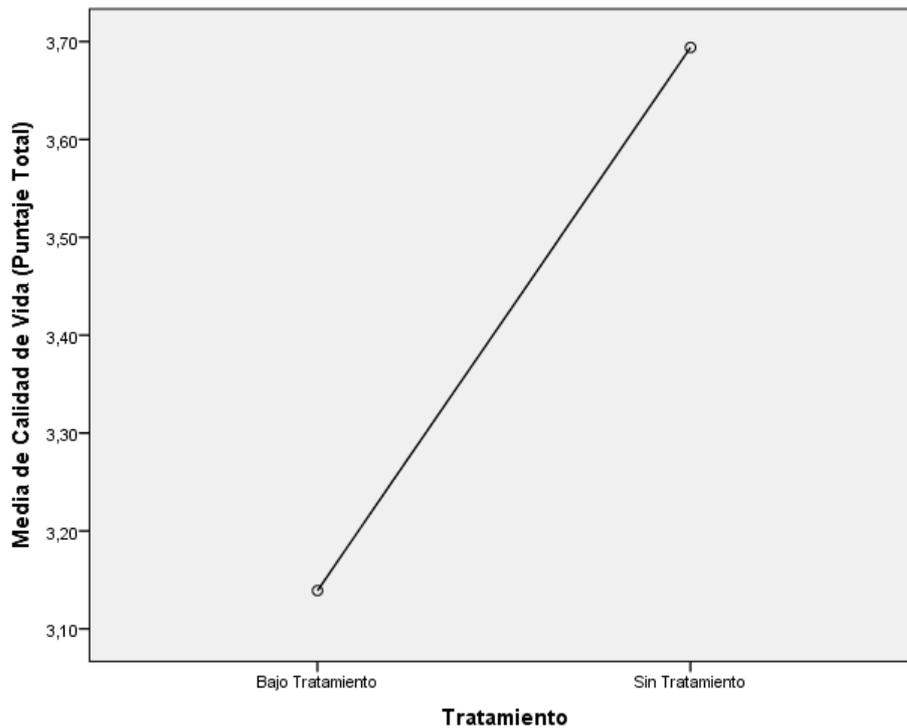
ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Calidad de Vida (Salud Física)	Entre grupos	3,269	1	3,269	8,766	,005
	Dentro de grupos	16,035	43	,373		
	Total	19,304	44			
Calidad de Vida (Estado Psicológico)	Entre grupos	3,062	1	3,062	4,728	,035
	Dentro de grupos	27,853	43	,648		
	Total	30,915	44			
Calidad de Vida (Independencia)	Entre grupos	3,764	1	3,764	15,588	,000
	Dentro de grupos	10,382	43	,241		
	Total	14,146	44			
Calidad de Vida (Relaciones Interpersonales)	Entre grupos	3,722	1	3,722	9,234	,004
	Dentro de grupos	17,334	43	,403		
	Total	21,056	44			
Calidad de Vida (Puntaje Total)	Entre grupos	3,423	1	3,423	11,766	,001
	Dentro de grupos	12,507	43	,291		
	Total	15,930	44			

Gráficos de medias







FILTER OFF.

USE ALL.

EXECUTE.

* Generador de gráficos.

GGRAPH

```
/GRAPHDATASET NAME="graphdataset" VARIABLES=Tratamiento MEAN(CV_SF)
MEAN(CV_EP) MEAN(CV_I) MEAN(CV_RI) MEAN(CV_TOTAL)
```

```
MISSING=LISTWISE REPORTMISSING=NO
```

```
TRANSFORM=VARSTOCASES(SUMMARY="#SUMMARY" INDEX="#INDEX")
```

```
/GRAPHSPEC SOURCE=INLINE.
```

BEGIN GPL

```
SOURCE: s=userSource(id("graphdataset"))
```

```
DATA: Tratamiento=col(source(s), name("Tratamiento"), unit.category())
```

```
DATA: SUMMARY=col(source(s), name("#SUMMARY"))
```

```
DATA: INDEX=col(source(s), name("#INDEX"), unit.category())
```

```
GUIDE: axis(dim(1), label("Tratamiento"))
```

```
GUIDE: axis(dim(2), label("Media"))
```

```
GUIDE: legend(aesthetic(aesthetic.color.interior), label(""))
```

```
SCALE: cat(dim(1), include("1", "2"))
```

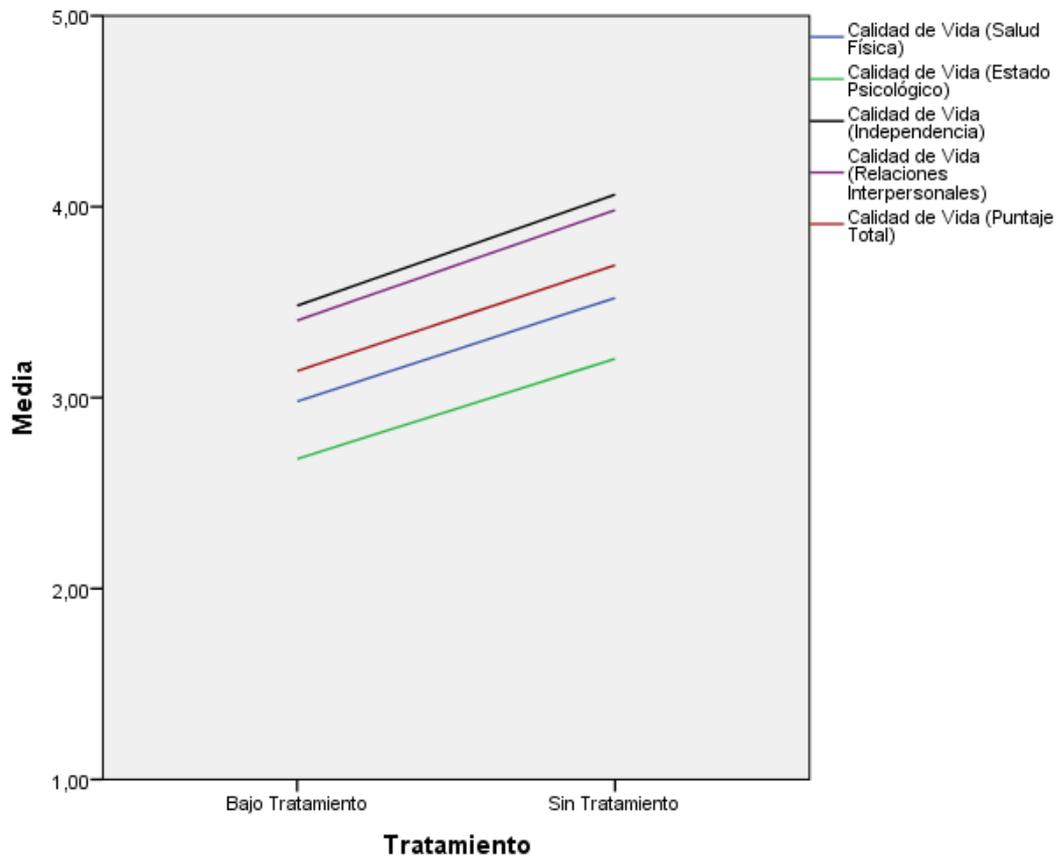
```
SCALE: linear(dim(2), include(0))
```

```
SCALE: cat(aesthetic(aesthetic.color.interior), include("0", "1", "2", "3", "4"))
```

```
ELEMENT: line(position(Tratamiento*SUMMARY), color.interior(INDEX),
missing.wings())
```

END GPL.

GGraph



**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: NO EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS Y LA CALIDAD DE VIDA**

CORRELATIONS

/VARIABLES=A_RE A_PC A_PS A_PP A_TOTAL CV_SF CV_EP CV_I CV_RI
CV_TOTAL
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

Correlaciones

	Calidad de Vida (Salud Física)	Calidad de Vida (Estado Psicológico)	Calidad de Vida (Independencia)	Calidad de Vida (Relaciones Interpersonales)	Calidad de Vida (Puntaje Total)
Restricción	,044	-,048	,011	-,103	-,034
	,775	,755	,944	,500	,826
	45	45	45	45	45
Preocupación por el comer	-,008	-,136	,040	-,146	-,084
	,959	,374	,793	,338	,585
	45	45	45	45	45
Preocupación por la silueta	-,029	-,192	,001	-,123	-,111
	,851	,208	,992	,422	,467
	45	45	45	45	45
Preocupación por el peso	-,095	-,239	-,070	-,219	-,190
	,534	,114	,648	,148	,211
	45	45	45	45	45
Eating Disorder Puntaje Total	-,030	-,188	-,007	-,180	-,129
	,847	,215	,964	,237	,399
	45	45	45	45	45

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: LAS INSTITUCIONALIZADAS NO TIENEN PROBLEMAS DE CALIDAD DE VIDA

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(Tratamiento = 1).

VARIABLE LABELS filter_\$ 'Tratamiento = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

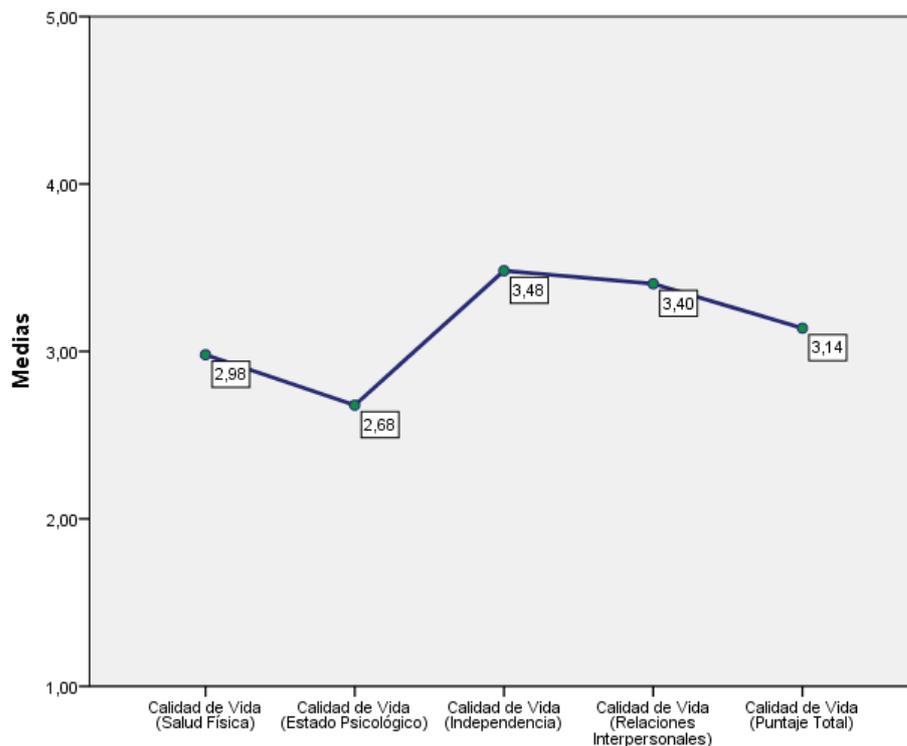
FORMATS filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

DESCRIPTIVES VARIABLES=CV_SF CV_EP CV_I CV_RI CV_TOTAL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX SKEWNESS.

GGraph



Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar
Calidad de Vida (Salud Física)	20	1,83	4,00	2,9800	,54805	-,049	,512
Calidad de Vida (Estado Psicológico)	20	1,16	4,16	2,6790	,92562	,163	,512
Calidad de Vida (Independencia)	20	2,57	4,57	3,4820	,51253	,373	,512
Calidad de Vida (Relaciones Interpersonales)	20	2,33	4,50	3,4040	,62345	,392	,512
Calidad de Vida (Puntaje Total)	20	2,15	4,16	3,1390	,56958	,378	,512
N válido (por lista)	20						

OTROS: EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS ENTRE INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

FILTER OFF.

USE ALL.

EXECUTE.

T-TEST GROUPS=Tratamiento(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=A_RE A_PC A_PS A_PP A_TOTAL

/CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

	Tratamiento	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Restricción	Bajo Tratamiento	20	1,8700	1,38302	,30925
	Sin Tratamiento	25	1,8852	1,12137	,22427
Preocupación por el comer	Bajo Tratamiento	20	2,2200	1,49511	,33432
	Sin Tratamiento	25	1,6880	1,17768	,23554
Preocupación por la silueta	Bajo Tratamiento	20	3,4290	1,48994	,33316
	Sin Tratamiento	25	3,5780	1,21252	,24250
Preocupación por el peso	Bajo Tratamiento	20	2,5100	1,92433	,43029
	Sin Tratamiento	25	2,3000	1,10454	,22091
Eating Disorder Puntaje Total	Bajo Tratamiento	20	2,5030	1,33371	,29823
	Sin Tratamiento	25	2,3608	,95880	,19176

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilatera l)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Restricción	Se asumen varianzas iguales	2,014	,163	-,041	43	,968	-,01520	,37314	-,76770	,73730
	No se asumen varianzas iguales			-,040	36,294	,968	-,01520	,38202	-,78975	,75935
Preocupación por el comer	Se asumen varianzas iguales	1,943	,171	1,336	43	,189	,53200	,39820	-,27105	1,33505
	No se asumen varianzas iguales			1,301	35,599	,202	,53200	,40896	-,29773	1,36173
Preocupación por la silueta	Se asumen varianzas iguales	3,416	,071	-,370	43	,713	-,14900	,40266	-,96104	,66304
	No se asumen varianzas iguales			-,362	36,382	,720	-,14900	,41207	-,98442	,68642
Preocupación por el peso	Se asumen varianzas iguales	14,092	,001	,460	43	,648	,21000	,45667	-,71096	1,13096
	No se asumen varianzas iguales			,434	28,754	,667	,21000	,48369	-,77962	1,19962
Eating Disorder Puntaje Total	Se asumen varianzas iguales	4,027	,051	,416	43	,680	,14220	,34193	-,54737	,83177
	No se asumen varianzas iguales			,401	33,434	,691	,14220	,35456	-,57879	,86319

USE ALL.

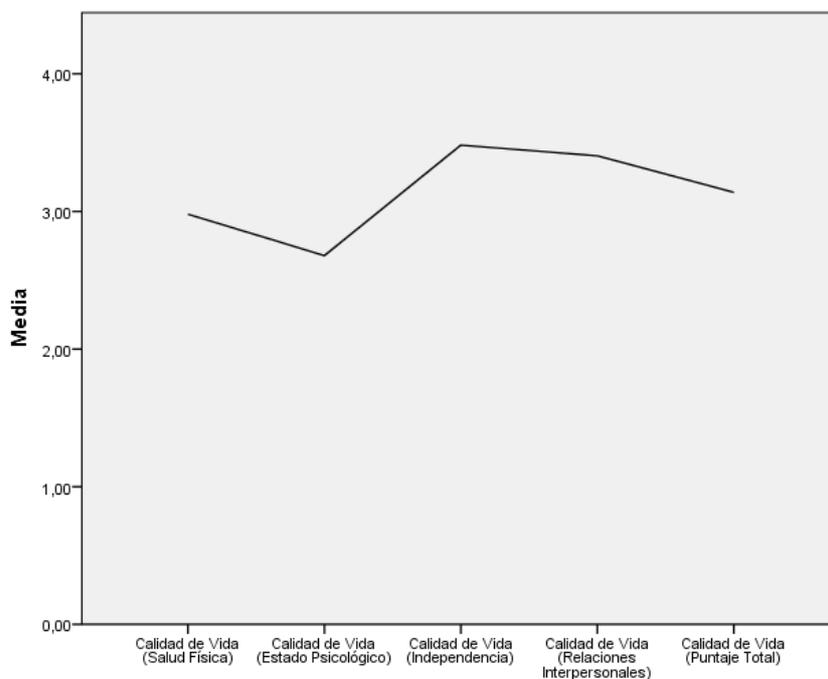
COMPUTE filter_\$=(Tratamiento = 1).

```

VARIABLE LABELS filter_$ 'Tratamiento = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
* Generador de gráficos.
GGRAPH
  /GRAPHDATASET NAME="graphdataset" VARIABLES=MEAN(CV_SF)
MEAN(CV_EP) MEAN(CV_I) MEAN(CV_RI) MEAN(CV_TOTAL)
MISSING=LISTWISE REPORTMISSING=NO
  TRANSFORM=VARSTOCASES(SUMMARY="#SUMMARY" INDEX="#INDEX")
  /GRAPHSPEC SOURCE=INLINE.
BEGIN GPL
  SOURCE: s=userSource(id("graphdataset"))
  DATA: SUMMARY=col(source(s), name("#SUMMARY"))
  DATA: INDEX=col(source(s), name("#INDEX"), unit.category())
  GUIDE: axis(dim(2), label("Media"))
  SCALE: cat(dim(1), include("0", "1", "2", "3", "4"))
  SCALE: linear(dim(2), include(0))
  ELEMENT: line(position(INDEX*SUMMARY), missing.wings())
END GPL.

```

GGraph



```

FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.

```

ONEWAY CV_TOTAL BY Tipo_Tratamiento
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS
 /POSTHOC=SCHEFFE ALPHA(0.05).

Unidireccional

Descriptivos

Calidad de Vida (Puntaje Total)

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
No institucionalizadas	25	3,6940	,51411	,10282	3,4818	3,9062	2,48	4,42
CITER	6	2,9767	,65311	,26663	2,2913	3,6621	2,15	4,07
CETIUG	12	3,3142	,50387	,14545	2,9940	3,6343	2,63	4,16
PARTICULAR	2	2,5750	,27577	,19500	,0973	5,0527	2,38	2,77
Total	45	3,4473	,60170	,08970	3,2666	3,6281	2,15	4,42

ANOVA

Calidad de Vida (Puntaje Total)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	4,585	3	1,528	5,523	,003
Dentro de grupos	11,345	41	,277		
Total	15,930	44			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Calidad de Vida (Puntaje Total)

Scheffe

(I) Tipo Tratamiento	(J) Tipo Tratamiento	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
No institucionalizadas	CITER	,71733*	,23914	,041	,0202	1,4145
	CETIUG	,37983	,18473	,254	-,1587	,9184
	PARTICULAR	1,11900	,38655	,052	-,0079	2,2459
CITER	No institucionalizadas	-,71733*	,23914	,041	-1,4145	-,0202
	CETIUG	-,33750	,26301	,652	-1,1042	,4292
	PARTICULAR	,40167	,42950	,831	-,8504	1,6537
CETIUG	No institucionalizadas	-,37983	,18473	,254	-,9184	,1587
	CITER	,33750	,26301	,652	-,4292	1,1042
	PARTICULAR	,73917	,40176	,349	-,4320	1,9104
PARTICULAR	No institucionalizadas	-1,11900	,38655	,052	-2,2459	,0079
	CITER	-,40167	,42950	,831	-1,6537	,8504
	CETIUG	-,73917	,40176	,349	-1,9104	,4320

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Subconjuntos homogéneos

Calidad de Vida (Puntaje Total)

Scheffe^{a,b}

Tipo Tratamiento	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
PARTICULAR	2	2,5750	
CITER	6	2,9767	2,9767
CETIUG	12	3,3142	3,3142
No institucionalizadas	25		3,6940
Sig.		,189	,211

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 5,063.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aparicio, D. (2013). *¿Cuál es el modelo psicoterapéutico más efectivo para tratar la anorexia nerviosa*, Psyciencia. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/2013/23/cual-es-el-modelo-psicoterapeutico-mas-eficaz-para-tratar-la-anorexia-nerviosa/>
- Arnett, Jeffrey Jensen (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. México: Editorial Pearson.
- Asociación Nacional de Anorexia (2017). *Trastornos de la alimentación*. Revista online, Academia Americana de familia de médico. Recuperado de <https://es.familydoctor.org/condicion/trastornos-de-la-alimentacion/#>
- Aspinwall, L.G., y Staudinger, U.M. (2007). *Psicología del potencial humano*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología I*. Volumen I. España: Editora, Sanchez,C.
- Beck, A. (1998). *Con el amor no basta*. España: Editorial Paidós.
- Beck, J. (2008). *Terapia Cognitiva, Conceptos básicos y profundización*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Caballero Romo, A., Y Carreño García,S. y otros (2006). *Validacion del Eating Disord Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria*. Revista de Salud Mental. _ Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1100
- Celis Ekstrand, A., y Roca Villanueva, E. (2011). *Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica*. Acción Psicológica. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002>
- Covey, Stephen.R. (2014). *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Espinoza, I.; Osorio, P. y otros (2011). *Validación del cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos*. Revista Médica de Chile. Vol. 139 no.5. 139: 579-586. Chile. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872011000500003
- Etxeberria, A.; González, N.; Padierna, J.A. y otros (2002). *Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación*. Revistas de Psicología publicadas en español. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=739>
- Facio, A. (2006). *Adolescentes argentinos, cómo piensan y sienten*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Fairburn, C. G. (1985). *Cognitive-behavioral treatment for bulimia*. En D. M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (2017). *La superación de los atracones de comida*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Goleman, D. (2017). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Editorial Vergara.
- González, N.; Padierna, J.M. y otros (2001). *Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación*. Gaceta Sanitaria. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715130>
- Griffa y Moreno (2005). *Claves para una psicología del desarrollo*. Volumen II. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Group (1993). *World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL*. Recuperado el 30 de Junio de 2017 de www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2015/07/WHOQOL1.doc
- Guadarrama, R.; Mendoza, M.; y Sheila, A. (2011). *Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo, Enseñanza e Investigación en Psicología*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>

- Holguera Ortiz, S. (2013). *El paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada.* Recuperado de <http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Silvia-Holguera-Ortiz-El-paciente>
- Holguera Ortiz, S. (2013). *La anorexia disminuye la calidad de vida del paciente de manera evidente.* Recuperado de <http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Silvia-Holguera-Ortiz-La-anorexia>
- Kirszman, D. y Salgueiro, C. (2002). *El enemigo en el espejo.* Madrid: Ediciones TEA.
- Moreno González, M.; y Ortiz Viveros, R. (2009). *Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes.* Anuario de Investigaciones. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s071848082009000200004&script=sci_arttext
- Murawski, B.; Elizathe, L.; y Rutztein, G. (2009). *Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias.* Anuario de Investigaciones. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862009000100006
- Mussi, C. (2005). *Entrenamiento en habilidades terapéuticas.* México. Programa de Salud Mental. WHOQOL Calidad de Vida. División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.
- Puig, M. (2010). *Reinventarse.* Barcelona, España: Editorial Plataforma.
- Quiroga, S.; y Cryan, G. (2005). *Comparación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías con trastorno de alimentación.* Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18411606.pdf>
- Rausch, C. y Bay, L. (1997). *Anorexia nerviosa y bulimia.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Rivarola, F. (2003). *La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios*. Fundamentos en Humanidades, vol. IV, núm. 7-8, 2003, pp. 149-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400808.pdf>
- Rojas, E. (2007). *¿Quién eres?* Buenos Aires: Editorial Booket.
- Safran, J. y Segal, Z. (1991). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Sánchez Jara, I. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de Psicología en la Universidad*. Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Recuperado de <http://www.utic.edu.py/investigacion/attachments/article/78/Tesis%20Completa.pdf>
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España: Editorial Vergara.
- Tango, MedlinePlus (2016). Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000362.htm>