



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

CENTRO DE POSGRADOS

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Andrea Nathaly Males Rubio

Directora:

Mg. Dayamy Lima Rojas

Ambato – Ecuador

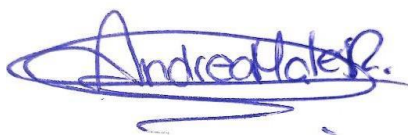
Febrero - 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **ANDREA NATHALY MALES RUBIO**, portadora de la cédula de ciudadanía **1751397231**, autora del trabajo de graduación intitulado: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES**, en el **CENTRO DE POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia de referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad

Ambato, febrero 2024



Andrea Nathaly Males Rubio

CC. 1751397231

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Andrea Nathaly Males Rubio

Dayamy Lima Rojas, Psi. Cl. Mg.

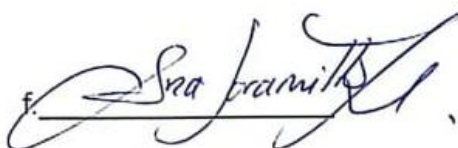
CC. 175683820-5

CALIFICADOR

f. 

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Psi. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

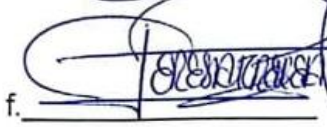
Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psc. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Teresa Milena Freire Aillón, Ing. Mg.

DIRECTORA CENTRO DE POSGRADOS

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata. Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 



Ambato - Ecuador

Febrero 2024



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

SECRETARIA GENERAL
PROGRADURIA

DEDICATORIA

El presente proyecto va dedicado por sobre todas las cosas a Dios, por haberme dado la sabiduría y conocimiento, a mis padres que a pesar de cualquier adversidad me han apoyado durante toda mi vida partiendo desde que nací hasta este momento y sin su apoyo esto no podría haber sido posible, a mi madre que siempre ha sido mi mejor amiga.

AGRADECIMIENTO

Principalmente agradezco a Dios, por darme la sabiduría de poder realizar este estudio y seguir alcanzando mis metas, a mis padres porque siempre han estado apoyándome para todo lo que necesito, a mi familia por siempre darme palabras de aliento. También quiero agradecer a la MG. Dayamy Lima, por guiarme y apoyarme durante todo este trayecto de mi tesis y que sin ella no hubiese logrado esto.

Finalmente, a mis compañeras que a lo largo del tiempo se han vuelto amigas, Carina Guevara y Mariana Guevara, que durante todo este tiempo siempre han sido un apoyo y complemento para cada situación.

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han incrementado a partir de la pandemia por COVID-19 de manera notable en los adolescentes quienes están expuestos a diversos recursos virtuales que generan un impacto a nivel físico y psicológico. Esta investigación tiene como objetivo general diseñar propuestas de intervención para adolescentes con riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una Unidad Educativa situada en la ciudad de Quito. Se parte de un enfoque cuantitativo con diseño no experimental de alcance descriptivo con corte transversal. Se trabaja con una población de 105 adolescentes a los que se les realiza los siguientes criterios de inclusión: tener entre 14 y 18 años, contar con el asentimiento del participante y con el consentimiento informado del representante legal. Se administra el Test de Actitudes Alimentaria-26 (EAT-26) que evalúa el riesgo de TCA, consta de 26 preguntas y una escala tipo Likert, los resultados indican que, 45 de 105 adolescentes tienen Riesgo de TCA. Finalmente, se realiza propuestas de intervención con enfoque cognitivo conductual con el objetivo de diagnosticar y prevenir los diferentes tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes que incluyen 9 sesiones: una de diagnóstico, siete de intervención grupal para toda la población y una de evaluación y monitoreo, la finalidad es brindar herramientas a los adolescentes para conllevar y evitar el riesgo sobre estos trastornos muy comunes durante esta etapa de su vida.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria; Riesgo; Adolescentes; Intervención.

ABSTRACT

Eating Disorders have increased since the COVID-19 pandemic in a remarkable way in adolescents who are exposed to various virtual resources that generate an impact on a physical and psychological level. The general objective of this research is to design intervention proposals for adolescents at risk of Eating Disorders in an Educational Unit located in the city of Quito. It is based on a quantitative approach with a non - experimental design of descriptive scope with transversal cut. We worked with 105 adolescents with the following inclusion criteria: being between 14 and 18 years old, having the participant's consent, and the informed consent of the legal representative. The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) was administered, which evaluates the risk of ED and consists of 26 questions and a Likert-type scale; the results indicate that 45 of 105 adolescents are at risk of ED. Finally, intervention proposals are made with a cognitive behavioral approach to diagnose and prevent the different types of Eating Disorders in adolescents that include nine sessions: one diagnostic session, seven group intervention sessions for the entire population, and one evaluation and monitoring session; the purpose is to provide tools to adolescents to carry and avoid the risk of these pervasive disorders during this stage of their lives.

Keywords: Eating disorders; Risk; Adolescents; Intervention

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	7
1.1. Trastorno de la Conducta Alimentaria	7
1.2. Adolescencia	14
1.3. Trastorno de la Conducta Alimentaria en Adolescentes.....	17
1.4. Intervención para los Trastornos de la Conducta Alimentaria	20
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	26
2.1. Tipo de Investigación.....	26
2.2. Población y Muestra	28
2.3. Recolección de Información	29
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1. Análisis descriptivo del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)	37
3.2 Propuesta de intervención.....	39
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	29
Tabla 2. Análisis del Alfa de Cronbach.....	34
Tabla 3. Análisis factorial.....	35
Tabla 4. Análisis descriptivo del EAT-26.....	37
Tabla 5. Resultados de las medias por dimensiones	38
Tabla 6. Análisis de Riesgo de TCA.....	38
Tabla 7. Resultados por Género	39
Tabla 8. Tabla de normalidad de Shapiro-Wilk.....	39
Tabla 9. Cronograma de la propuesta.....	56
Tabla 10. Cronograma de la propuesta.....	70
Tabla 11. Cronograma de la propuesta.....	83

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Planificación general y temporalización de la propuesta	43
Cuadro 2. Primera Sesión para Anorexia Nerviosa	47
Cuadro 3. Segunda sesión para la Anorexia Nerviosa	48
Cuadro 4. Tercera sesión para la Anorexia Nerviosa	49
Cuadro 5. Cuarta sesión para Anorexia Nerviosa	50
Cuadro 6. Quinta sesión para Riesgo de Anorexia Nerviosa	51
Cuadro 7. Sexta sesión para Anorexia Nerviosa	52
Fuente: elaboración propia.....	52
Cuadro 8. Séptima sesión de Riesgo para Anorexia Nerviosa	53
Cuadro 9. Octava sesión para Riesgo de Anorexia Nerviosa.....	54
Cuadro 10. Fase III: Monitoreo y Evaluación.....	55
Cuadro 11. Planificación general y temporalización de la propuesta	57
Cuadro 12. Primera Sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa	60
Cuadro 13. Segunda sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa	61
Cuadro 14. Tercera sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa	63
Cuadro 15. Cuarta sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa.....	64
Cuadro 16. Quinta sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa.....	65
Cuadro 20: Fase III: Monitoreo y Evaluación.....	69
Cuadro 21. Planificación general y temporalización de la propuesta	70
Cuadro 22. Primera Sesión para Riesgo de TCA no especificado	74
Cuadro 23. Segunda sesión para Riesgo de TCA no especificado.....	75
Cuadro 24. Tercera sesión para Riesgo de TCA no especificado.....	76

Cuadro 25. Cuarta sesión para Riesgo de TCA no especificado	77
Cuadro 26. Quinta sesión para TCA no especificado.....	78
Cuadro 27. Sexta sesión para Riesgo de TCA no especificado	79
Cuadro 28. Séptima sesión para Riesgo de TCA no especificado	80
Cuadro 29. Octava sesión para TCA no especificado	81
Cuadro 30: Fase III: Monitoreo y Evaluación.....	82

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), descritos en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales según la American Psychiatric Association (2015) como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos, son enfermedades serias asociadas a una significativa morbilidad, la tasa alta la población femenina, en el año 2019 el Congreso Iberoamericano de Nutrición menciona que, en España existe una tasa del 0,14% al 0,9% para Anorexia Nerviosa y del 0,41% al 2,9% para la Bulimia Nerviosa, que en general han ido en aumento en los países en desarrollo, es decir, lo países que disfrutan de un alto estándar de vida (Jagielska y Kacperska, 2017). En Países bajos, las tasas de incidencia se han mantenido, por otra parte, se menciona que existe un mayor riesgo para edades comprendidas entre los 10 y 19 años (Portela, Ribeiro, Mora y Raich. 2012). Es así que se realizan estudios los cuales muestran la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes.

En el estudio de Álvarez-Malé, Bautista y Serra (2015), se evaluó la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en 1342 adolescentes de Gran Canaria en edades de 12 a 20 años seleccionados al azar en centros educativos. Se empleó un diseño transversal y se aplicó el cuestionario EAT-40. De los 1342 participantes que componían la muestra, el 45,2% (n= 606) eran hombres y el 54,8% (n= 736) eran mujeres; de los 1342 participantes, 368 (27,4%) obtuvieron puntuaciones por encima del corte establecido en 20, por tanto, se considera en riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En la investigación de Dueñas, Murray, Rubio, Murjani, y Jiménez (2015) en Canarias, España, sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria en la edad pediátrica, se realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes pediátricos diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria e ingresados en planta de hospitalización. Para el diagnóstico de los subtipos de TCA se utilizaron los criterios del DSM-IV, el resultado fue de los 35 pacientes de la muestra, un 85,7% fueron mujeres, con una edad media

al debut de 13,5 años. En el 77,1% de los casos el diagnóstico principal fue el de anorexia nerviosa de tipo restrictivo, entre los posibles factores desencadenantes del TCA, en cinco sujetos se detectaron conflictos familiares y sociales, y en seis casos recibieron algún comentario negativo sobre su peso.

En el estudio de Mercado-Ríos, Yadel y Romero-Acosta (2020), se examinó la relación entre síntomas internalizados y el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de la ciudad de Sincelejo-Sucre, Colombia. Llevaron a cabo el enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, de corte transversal y contó con la participación de 791 individuos, de 10 instituciones educativas. Se utilizó un instrumento para evaluar las actitudes alimentarias y la posible presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados hallados evidencian que el 32.7% de la muestra participante presenta riesgo de sufrir algún trastorno de la conducta alimentaria, este es el porcentaje más alto de riesgo de TCA que se ha encontrado en Colombia.

En el estudio sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes durante pandemia Covid-19 de Samatán-Ruíz y Ruiz-Lázaro (2021), se determinaron tipos de comportamientos y gravedad de sintomatología en adolescentes asistidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante el Covid-19 en Zaragoza, España, y se compararon los resultados con otro grupo similar durante la etapa previa a la pandemia. Los resultados muestran que el diagnóstico mayoritario en ambos grupos fue de anorexia nerviosa restrictiva que se presenta una incidencia del 53,5% durante el confinamiento, este análisis sugirió una tendencia hacia las conductas restrictivas y como resultado la disminución entre 10 y 19,9 kg de peso, significativa en el grupo de Covid (35,8%) frente al de No Covid (25,5%).

En otro estudio realizado en Ourense, España, por Escolar-Llamazares et al. (2017) el objetivo fue estimar la vulnerabilidad de los estudiantes universitarios a presentar un TCA. Se trabajó con una muestra probabilística de 561 estudiantes, 42.8% varones y 57.2% mujeres, los datos fueron recabados con base al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-Criterio de Remisión (EDI-3-RF). Los resultados fueron que

mujeres presentaron mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal que los varones, las conductas bulímicas estuvieron más presentes en estudiantes menores de 20 años los varones recurren en mayor medida al ejercicio físico como forma de control del peso y 7.7% presentaron bajo peso y preocupación excesiva por la comida y el peso, condición que amerita remisión a atención especializada.

En Ecuador, Brito (2015) realizó un estudio descriptivo de tipo analítico transversal cuantitativo para determinar el riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes adultos jóvenes. Para la recopilación de datos se utilizaron los cuestionarios EAT-26 y SCOFF validados para la detección precoz de trastornos alimentarios. Finalmente se identificaron las actitudes alimentarias con mayor incidencia que se presentan en la población con el riesgo: temor a engordar, deseo de estar más delgado y dietas recurrentes en el 82%, y descontrol en la comida y ejercicio extenuante en el 58%

Otro estudio descriptivo, analítico y transversal, de Íñiguez y Murillo (2017), tuvo como fin evaluar la funcionalidad familiar en relación con las conductas de riesgo para trastornos de alimentación en los adolescentes del nivel de bachillerato de la Zona 7 en Ecuador, una muestra aleatorizada constituida por 960 estudiantes de 15 a 19 años de edad, el instrumento fue el test de actitudes alimentarias (EAT-26) y la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FFSIL). Los resultados obtenidos fueron la prevalencia general para presentar conductas de riesgo para TCA de 25,3%, con una media de 17 años de edad. En las familias disfuncionales el riesgo para TCA fue del 27,2%, en relación a las familias funcionales de 34,2%; se muestra mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja.

Debido a los riesgos para la salud asociados con los trastornos alimentarios, la Organización Mundial de la Salud, clasifica los trastornos alimentarios como una de las enfermedades mentales prioritarias para niños y adolescentes. Por otra parte, en el estudio de Angamarca y Montoya (2016), se menciona que, en Ecuador, según datos del Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos (Freire et al., 2014), se reportaron

44 casos de pacientes a nivel nacional con esta problemática. En el año 2012, en el ámbito nacional que son alrededor de 546 975 casos en adolescentes, donde aproximadamente uno de cada tres adolescentes lo sufre, asimismo, la prevalencia nacional es mayor en adolescentes del sexo femenino.

Posteriormente, tuvo lugar el inicio de la pandemia del COVID-19 en Wuhan-China en diciembre del 2019, y se declaró pandemia en marzo del 2020, lo que llevó a las personas a estar confinados durante mucho tiempo, esto desencadenó muchas situaciones de riesgo a nivel mundial, sea de forma económica, física, de salud y salud mental. En el transcurso de este tiempo, los problemas mentales se han asentado en las personas que ya tenían un trastorno y, por otra parte, se han desarrollado en muchas otras.

La exposición a los medios virtuales, como las redes sociales, y estresores como la información que se propagaba, el aislamiento, la desestabilidad económica y muchos más, propiciaron que muchas personas se vieran afectadas en su salud mental. El impacto de la pandemia en los adolescentes fue tanto a nivel físico como psicológico, que llega a afectar de varias formas entre las que se encuentran los cambios en sus hábitos de alimentación. Mientras que algunos veían figuras públicas en redes sociales y se dejaron influenciar por el ideal de un cuerpo “bonito”, existieron otros que se enfocaron en comer por la ansiedad de estar encerrados, es decir, la bulimia y anorexia invadieron su diario vivir durante el confinamiento.

Una vez terminado el confinamiento y con la llegada de la nueva normalidad, el retorno a la presencialidad de los adolescentes de 14 a 18 años de edad del Colegio ubicado en la ciudad de Quito, tuvo asociada la preocupación por su aspecto físico ante compañeros que no habían visto durante dos años. Esta problemática fue detectada en el DECE de la institución y provocó preocupación en las autoridades de la institución. En algunos casos se apreciaron estados de ansiedad, con repercusión en los hábitos alimentarios, llegan incluso a manifestaciones patológicas como

percepción errónea de obesidad o, por el contrario, una percepción de delgadez que conlleva a comer compulsivamente y como resultado un aumento de peso.

A partir de estos elementos se delimita el problema científico de ¿Cómo prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de una Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Quito?, la idea a defender es que, a partir de los resultados del test *EAT-26* es posible diseñar 3 propuestas de intervención para adolescentes con riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria de la ciudad de Quito. A continuación, se definen los objetivos:

Objetivo General

- Diseñar una propuesta de intervención para adolescentes con riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Quito.

Objetivos específicos:

- Fundamentar teóricamente la intervención psicológica para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Diagnosticar el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa.
- Analizar los elementos característicos diagnosticados para la elaboración de una propuesta de intervención para adolescentes con riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo. Se trabajó con una población de 105 adolescentes entre 14 y 18 años de edad con los criterios de inclusión siguientes: tener entre 14 y 18 años de edad, estar matriculado en bachillerato, contar con los criterios de inclusión de asentimiento informado del participante y con el consentimiento

informado del representante legal. Finalmente se recolectaron datos con el *Eating Attitude Test -26* (EAT-26).

La importancia de este estudio radica en que los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han incrementado a partir de la pandemia, y más aún en los adolescentes que han estado expuestos a varios medios visuales, y generaron comparaciones físicas. Fue conveniente su realización, debido a que se contó con el apoyo y la necesidad del Colegio, para garantizar el bienestar de sus estudiantes, por lo que se realiza la aplicación del *EAT-26* a los adolescentes para reconocer las señales que tienen acerca de la percepción sobre su propio cuerpo y a partir de los resultados se genera una propuesta para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria de manera que será de utilidad práctica a futuro si se realiza su implementación.

Este estudio también procura extender la base de conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes en la ciudad de Quito, además de que facilitará la actualización de información al respecto, con la finalidad de que, posteriormente se pueda ejecutar programas y más atención sobre los adolescentes en relación a la condición actual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Teóricamente, la investigación se lleva a cabo con búsquedas que son productivas en una serie de aspectos relacionados con los objetivos de la investigación, y la posibilidad de recolectar y enfocar información al respecto, así mismo, aportar y ampliar al repositorio de la PUCESA acerca de este tema.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Trastorno de la Conducta Alimentaria

Autores como Porter, Kaplan, Lynn y Reddy (2020) definen a los TCA como alteraciones relacionadas con la ingesta de alimentos o conductas asociadas a ello que permanecen en el tiempo y conllevan un deterioro significativo de la salud física y psicosocial, estos se caracterizan por cambios en la forma del cuerpo y la percepción del peso corporal. Las personas con estos trastornos han cambiado su comportamiento dietético, principalmente debido a restricciones alimentarias o atracones. Diversas actividades realizadas con el propósito de "compensar" los efectos de los alimentos y controlar el peso y el físico de una persona conllevan a importantes riesgos para la salud, como, por ejemplo: vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo (Celis y Roca, 2011).

La clasificación propuesta por el *American Psychiatric Association* (2000) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) reconoce dos categorías diagnósticas específicas, la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), junto con una categoría residual denominada trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE), donde se incluyen todos aquellos trastornos que presentan gravedad clínica pero que no cumplen con los criterios diagnósticos de AN o BN (Celis y Roca, 2011; Méndez, Vázquez-Velázquez y García-García, 2008).

Por otra parte, la APA (2015) define que los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos son por una alteración constante en la alimentación o el comportamiento concerniente con la alimentación que lleva a un desorden en el consumo de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones. Estos conforman

un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de tal modo que durante un único episodio puede asignarse uno de estos diagnósticos.

El Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-10) define a los TCA como la pérdida de peso originada por el propio enfermo (evitación de consumo de alimentos que engordan) Organización Panamericana de la Salud, (OMS, 2008). Se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos a la anorexia nerviosa como un trastorno que se distingue por la pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo.

Además, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 2019) menciona que los TCA abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación que no pueden explicarse por otra afección de salud y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo, ni congruentes con las normas culturales. Incluyen, tanto alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporal, como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos. Estos son comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales.

En el artículo de Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía (2013) estos trastornos son enfermedades mentales debilitantes que se diferencian por la alteración constante de los hábitos de alimentación y conductas del control de peso que causan dificultades importantes en la salud. Los autores Calvo et al. (2014) mencionan que los TCA son trastornos multidimensionales ocasionados por una unión de factores fisiológicos, cognitivo/emocionales, familiares y socioculturales, que se expande en una sociedad cuyo valor más deseado es alcanzar una imagen corporal delgada y una imagen psíquica perfecta como expresión de éxito y “elegancia”.

Epidemiología

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), según Hebebrand y Herpertz - Dahlmann (2019), son una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Según Madruga y Pedrón (2004) “la conducta y las costumbres alimentarias del niño se adquieren de forma gradual desde la primera infancia, en un proceso en el que el chico aumenta el control e independencia frente a sus padres hasta llegar a la adolescencia” (p.303). Turón y Janer (2015) mencionan que los Trastornos de la Alimentación se presentan, en mayor o menor medida, en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de ello, su forma de aparición acostumbra a ser episódica, fugaz y muy ligada a la misma enfermedad de base.

Esta clase de enfermedades es compleja y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque se distribuyen en ciertos atributos, varían en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales; son más frecuentes en las mujeres y se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta (Méndez et al., 2008). En el estudio de López y Treasure (2011) mencionan que la Organización Mundial de la Salud ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de preeminencia para los niños y adolescentes, dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado, seguido por el de Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).

El perfil sociodemográfico de población con riesgo de padecer Anorexia Nervosa son adolescentes de sexo femenino, pertenecientes a clases altas, medias superiores de ambientes urbanos (Toro y Vilardell, 1987). Las edades más afectadas están entre 12 y 25 años en los estudios mejor documentados (Halmi, 1996). Los momentos de mayor riesgo de los 14 a los 18 años dentro de este rango de edades (Ruíz et al., 1998). Para Morandé (1995) el inicio del cuadro coincide con la adolescencia en un 80% de los casos según su experiencia, las mujeres jóvenes son el grupo más

vulnerable, la anorexia nerviosa ocurre fundamentalmente, casi exclusivamente, en países industrializados, desarrollados occidentales.

Factores de riesgo de los Trastornos de Conducta Alimentaria

En el estudio de Field et al. (1999) encontraron que, al 69% de mujeres adolescentes las fotografías de modelos que aparecen en revistas de moda influyen en su concepto de figura corporal femenina, además el 47% de las mujeres adolescentes manifiesta deseos de perder peso debido a la exposición de dichas imágenes. En cuanto a los medios de comunicación, otro ambiente social que influye en el comportamiento y actitudes sobre la apariencia física es el grupo de amigos, Cruz, Ávila, Velásquez y Estrella (2013) mencionan que, en este espacio se habla del anhelo por poseer un cuerpo delgado, se producen comparaciones de cuerpos y se oyen críticas muy duras, por lo que este medio es considerado de riesgo para desarrollar insatisfacción corporal y TCA en los adolescentes.

Los comentarios críticos sobre comer por parte del maestro/entrenador/hermanos y un historial de depresión fueron los factores de riesgo más potentes (Jacobi et al., 2011; Rohde, Stice y Marti 2015). El investigador Gismero (2020) plantea que los principales modelos socioculturales que han estudiado los riesgos sobre los TCA se han centrado sobre todo en factores relacionados con la idealización sociocultural de la delgadez en las mujeres: la exposición a los medios, las presiones para adelgazar, la internalización del ideal de delgadez, y las expectativas al adelgazar, una mejora generalizada en la vida por adelgazar, son aspectos que están directamente relacionados con dos de los factores de riesgo más claros de la AN y la BN: la insatisfacción corporal y las dietas/ayuno.

Por otra parte, se puede ver factores predisponentes para desarrollar Riesgo de TCA

Factor predisponente social: En el “Journal of negative & no positive results” de Ojeda-Martín, López-Morales, Jáuregui-Lobera y Herrero (2021) mencionan que,

actualmente las redes sociales juegan un papel más delicado aún, en cuestión de segundos dispara un contenido que refuerza dichas normas, sobre todo por ser más usuarias de las mismas, llegan a las mujeres por las redes. Esta exposición de las mujeres a las redes sociales, hace que aumente la insatisfacción corporal en este género mucho más que en los hombres, por lo que son más propensas a desarrollar un TCA. Las redes sociales, como Facebook, incrementan los efectos negativos por la exposición que supone que la persona comparta contenido personal visual y que otros usuarios reaccionen a este o lo evalúen.

Factor predisponente familiar: Quien también describe este factor es Arce citado por Herrera (1999), si el núcleo familiar es disfuncional, no desempeña sus funciones básicas y no existen reglas y los roles familiares no están claros, es así como se problematiza el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es importante que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

Factor predisponente psicológico: En la investigación de Pascual, Etxebarria y Echeburúa (2011) hay autores que aseguran que las personas que padecen un TCA tienen claros problemas con el mundo emocional, así mismo, Chatoor (1999) citado en Pascual et al. (2011), menciona que las personas con AN y BN tienen problemas tanto para afrontarse a sus mismas emociones como para expresarlas de manera verbal, el estado de ánimo de la gente interviene en la ingesta de alimento, aunque se ha hablado del tema entre varios psicólogos clínicos también toman en cuenta otras variables como los trastornos de personalidad y otras variables como depresión, baja autoestima, percepción negativa de las emociones y experiencia de ansiedad y malestar.

Tipos de Trastorno de la Conducta Alimentaria

Los tipos de Trastorno de Conducta Alimentaria se dividen en varios, pues existen los diferentes Manuales de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, como el

DSM-IV-TR donde los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Mientras que en la versión más reciente del DSM-V se cambió el nombre de la categoría por “Trastornos Alimenticios y de la Ingestión de Alimentos”, ahora dividido en Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo y tipo atracones, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, otro Trastornos Alimentarios o de la Ingestión especificado y No Especificado (APA citado en Berny, Rodríguez, Cisneros y Guzmán, 2020).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión se los clasifica como Trastornos de la Ingestión de Alimentos, las más conocidas son: Anorexia Nerviosa la cual se caracteriza por por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente, Bulimia nerviosa es un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, la Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas que se trata de la hiperingestión de alimentos debida a acontecimientos angustiantes, Otros Trastornos de la Ingestión de Alimentos que es la pérdida de origen psicógeno del apetito y aquí se excluye la pica, y finalmente, el Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado (OMS, 2008).

Finalmente, en la Clasificación Internacional de Enfermedades se los encuentra como Trastornos del comportamiento alimentario que incluye a:

Anorexia Nerviosa: La anorexia nerviosa se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo del individuo que no es a otra afección de salud o a la falta de disponibilidad de alimentos.

Bulimia Nerviosa: La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones (por ejemplo, una vez a la semana o más durante un período de al menos un mes).

Trastorno por atracón: El trastorno por atracón se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones de comida (por ejemplo, una vez o más a la semana durante un período de varios meses).

Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria: El trastorno por evitación restrictiva de la ingesta de alimentos (TERIA) se caracteriza por evitar o restringir la ingesta de alimentos

Síndrome de pica: El síndrome de pica o pica a secas se caracteriza por el consumo regular de sustancias no nutritivas, como productos y materiales no alimenticios (por ejemplo, arcilla, tierra, tiza, yeso, plástico, metal y papel) o ingredientes de alimentos crudos (por ejemplo, grandes cantidades de sal o harina de maíz) que es persistente o lo suficientemente grave como para requerir atención clínica

Trastorno por rumiación o regurgitación: El trastorno por rumiación o regurgitación se caracteriza por traer reiteradamente a la boca el alimento previamente deglutido (regurgitación) que puede ser masticado y tragado nuevamente (rumiación) o puede ser escupido deliberadamente (aunque no vomite).

Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario: Esta es una categoría residual del tipo “otro/a especificado/a”

Trastorno del comportamiento alimentario, sin especificación: Esta es una categoría residual del tipo “sin especificación” (CIE-11, 2019 pp. 383-384).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria suelen iniciarse en la adolescencia, esta etapa es caracterizada por el gran cambio físico de niños a jóvenes, es un periodo en el que la personalidad y la autoestima están en desarrollo y, por tanto, son más vulnerables ante un entorno en el que la imagen física les produce una presión tan elevada (García-Escarzaga y Lasarte, 2021).

1.2. Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990), la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Existen distintas definiciones de esta fase evolutiva del ser humano: sociológica, psicológica, fisiológica, legislativa, económica, tradicional, cognitiva, cronológica, etc. Henriette y Delemarre-van de Waal (2002), dicen que, en el transcurso de la adolescencia se van a originar cambios importantes desde el punto de vista físico, psíquico y social, que van a determinar sus hábitos alimentarios.

La adolescencia de hoy parece ser una categoría cronológicamente polarizada en la infancia, la maduración física y hormonal tiende a anticiparse debido al aumento del nivel de vida y los niveles nutricionales; en comparación con los adultos jóvenes, debido a tiempos de preparación y capacitación más prolongados, los adolescentes encuentran pocas oportunidades para relacionarse con el mundo de los adultos (Aláez, Madrid y Antona, 2003). De acuerdo a Madruga y Pedrón (2004) la adolescencia es un periodo de crecimiento acelerado con un aumento muy importante tanto de la talla como de la masa corporal.

Estos cambios dan lugar a la calificación desde la perspectiva social y antropológica del adolescente como joven, se adquiere así un nuevo status social, este concepto de juventud hace referencia a un criterio cronológico en el desarrollo vital y remite a la idea de nuevo y a la vez de inexperto e inmaduro de algo que requiere tiempo para acabar su proceso de maduración (Lillo, 2004). Además, es usual que los adolescentes pasen por alto comidas, sobre todo el desayuno, que consuman gran cantidad de refrigerios, o que muestren preocupación por una alimentación sana y natural, y sin embargo exhiban hábitos absurdos o erráticos (Cobos y Yaruquí, 2009).

Etapas de la Adolescencia

En el estudio de Borrás (2014) se cita a la Organización Panamericana de la Salud, quien hace mención acerca de la primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. Para Chóez y Tejeda (2021), la adolescencia es una etapa comprendida entre los 13 y 17 años de edad crítica dentro del proceso de crianza del adolescente y donde un buen entorno familiar, con adecuada comunicación, roles definidos, poca conflictividad y adaptabilidad, evita que se puedan generar TCA.

Por otra parte, autores como Allen y Waterman (2022) consideran las etapas de la adolescencia siguientes:

Adolescencia temprana (Entre los 10 y los 13 años): Durante esta etapa los niños suelen comenzar a crecer más rápido, también empiezan a notar otros cambios corporales entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.

Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años): Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. Generalmente, los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, que se les quiebre la voz a medida que se agrava, algunos les sale acné, es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares.

Adolescencia tardía (18 a 21 años): Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron su desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión. Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales (párr. 3 - 13).

Con respecto a los cambios físicos que se producen al final de la niñez y al principio de la adolescencia, Lara (1996) describe los siguientes:

Crecimiento repentino es uno de los signos que aparece en chicas de 10 años y en chicos a los 12 años, crecimiento y maduración de las características sexuales primarias específicamente en la mujer la vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio, en los hombres el pene, testículos, vesícula seminal y conductos deferentes, aparición de las características sexuales secundarias que son las características que no intervienen directamente en la reproducción como el vello púbico y axilar, cambio de voz, cambio de la piel y este proceso dura varios años, la aparición de la menarquía en las chicas y emisiones nocturnas en chicos son signos de madurez sexual (p.124).

En los cambios conductuales, Vygotski (1931) considera que un aspecto importante que caracteriza el pensamiento adolescente es la capacidad de asimilar (por primera vez) el proceso de conceptualización, lo que le permitirá al sujeto de esta edad de transición “pensar conceptualmente” adecuadamente y transitar por una nueva etapa de forma más alta de actividad intelectual. Esta forma de pensamiento lógico verbal es la única que permite al sujeto expresar con precisión el conocimiento científico. Entre los factores comunes que ejercen un efecto especial sobre la conducta y comportamiento de los adolescentes se destacan tres en estudio de Lillo (2004):

1. Sus relaciones con sus padres: supone su capacidad de cambiar de un estadio de dependencia emocional infantil a uno de mayor independencia afectiva, en el que el adolescente adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios, no depende totalmente de cómo pudieran influir, condicionar o reaccionar sus padres. Adquieren conciencia de tener una vida íntima propia que procuran mantener alejada de los ojos de los adultos, una vida que buscan que sea secreta y propia. Esto es fuente de enriquecimientos lingüísticos además es la forma de crear un código de comunicación entre ellos que sea diferente e ininteligible para los adultos.
2. Sus relaciones con sus amigos: donde se muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, que aumenta, en grupo, sus esfuerzos y deseos de hacerse adulto. Un grupo donde ensayar, a través de las múltiples identificaciones proyectivas en sus miembros, su identidad y sus nuevas capacidades.
3. La visión que tiene el adolescente de sí mismo como persona: si se ve o no como una persona físicamente madura, que incluye su capacidad para cambiar su visión de su *self*, se pasa de un *self* dependiente de los cuidados paternos a un *self* en el que se siente dueño de un cuerpo masculino o femenino. Su visión de sí mismo como persona le tiene que llevar a la exploración del mundo externo, donde ensayar y probar las nuevas posibilidades adquiridas, donde aparecen nuevos intereses y preocupaciones. Es la proyección en el mundo exterior de la transformación que se vive, con el consiguiente cambio en sus relaciones sociales (p. 3120).

1.3. Trastorno de la Conducta Alimentaria en Adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) clasifica los trastornos alimentarios como una de las enfermedades mentales prioritarias para niños y adolescentes. “Los

Trastornos de la Conducta Alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta” (Méndez et al., 2008, p.19).

La mayoría de los adolescentes con estos trastornos no reciben información directa debido a la baja conciencia general de la enfermedad y la motivación para cambiar, a pesar de la grave amenaza para su salud física y mental. Los adolescentes a menudo son vistos por padres, maestros o amigos, quienes se ven obligados a consultar (López y Treasure, 2011). En los países occidentales, la prevalencia de los trastornos alimentarios ha aumentado significativamente en las últimas décadas (Maganto, 2011; Morandé, 2015) y son el tercer trastorno crónico más común en la adolescencia y la adolescencia temprana (González, Kohn y Clarke, 2007; Peláez, Labrador y Raich, 2004).

A pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia, existe un consenso entre las investigaciones en que el período de la vida que tiene un riesgo mayor las mujeres es durante la adolescencia media y tardía (van Son, van Hoeken, Bartelds, van Furth y Hoek, 2006), sin embargo, la aparición de AN puede ocurrir en niños y niñas. Las adolescentes con edades entre 10 y 19 años integraron el grupo de mayor riesgo para la BN, como lo demuestra Currin, Schmidt, Treasure y Jick (2005), y se identificaron a aquellas con edades entre 15 y 19 años y mujeres jóvenes, entre 20 y 24 años. Cabe destacar que la proporción estimada de pacientes entre mujeres y hombres en la población joven es ocho veces menor que en la población general.

Aunque los Trastornos de la Conducta Alimentaria no siempre han sido considerados enfermedades graves, distintos estudios muestran una alta morbilidad y letalidad, tres cuartas partes de los pacientes con AN se recuperan por completo, con una mediana de tiempo de 80 meses, y un 10 % lo hacen parcialmente. En el caso de la BN, casi la mitad se recupera completamente y un 23 % mantiene un curso crónico (Steinhausen, 2002). Sin embargo, los TCA presentan la tasa de letalidad más elevada de entre todas

las enfermedades mentales, es mayor para la AN (Harris y Barraclough, 1998). En un meta-análisis realizado en el año 2011 la tasa de mortalidad, estandarizada por edad y año, fue de 5,86 por cada mil casos de AN; 1,93 para la BN y 1,92 en los TCA no especificados (Arcelus, Mitchell, Wales y Nielsen, 2011).

Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes durante la pandemia

La irrupción de la pandemia de Covid-19 y su rápida expansión a nivel mundial ha supuesto importantes cambios sociales, los infantes y adolescentes han vivido los cierres de la escuela presencial, las restricciones de la socialización con pares y la limitación para su desarrollo físico en espacios exteriores por medio de políticas que, a menudo, no han tenido en cuenta sus necesidades específicas (Ghost, Dubey, Chatterjee y Dubey, 2020). Así mismo, Ribot, Chang y González (2020) mencionan que el impacto psicosocial puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada; estiman un incremento de la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales.

En el estudio de Castellini et al. (2020) se comparan a pacientes mayores de 18 años con o sin Trastorno de Conducta Alimentaria, bajo los efectos de la pandemia se observa la irrupción de conductas compensatorias como la práctica desmesurada de ejercicio físico o la exacerbación de los atracones en los pacientes con Bulimia Nerviosa. Así mismo estos pacientes con BN mostraron una sintomatología postraumática influenciada por la COVID-19, más grave que los que presentaban Anorexia Nerviosa, sugiriere la posibilidad de que un trauma infantil o el apego inseguro fueran factores predictivos añadidos.

Factores que influyen en el adolescente para tener TCA

Los adolescentes están sometidos a la influencia de sus iguales y progresivamente menos a la de sus padres y otros familiares. Estos factores influyen en la elección de los alimentos, en sus patrones alimentarios y otros estilos de vida asociados. Además,

las normas de alimentación instauradas en esta época y sus consecuencias se harán extensibles a la vida adulta. Algunos de los factores que definen a un adolescente son: la importancia de las opiniones y la apariencia de otras personas, un sentido de independencia, una voluntad de experimentar y un sentido de desconfianza (Moreno, 2015).

Los medios de comunicación tradicionales, como la televisión, las revistas o las películas, también pueden funcionar como factores de riesgo para sufrir este trastorno, provoca un ideal de belleza y delgadez; sin embargo, los efectos de las redes sociales son más potentes que las formas tradicionales, porque al disponer de ellas en los móviles se tiene mayor y más fácil accesibilidad (Griffiths, Murray, Krug y McLean, 2018). Al contrario de lo explicado anteriormente, algunos autores, como Mabe, Forney y Keel, (2014) y McLean, Wertheim, Masters y Paxton (2017), han estudiado la posibilidad de que el uso de redes sociales pueda actuar como factor de protección en lugar de factor de riesgo.

Por otra parte, los autores Emiro y Castañeda (2020) aluden que, el uso de las redes sociales es un medio utilizado para la aprobación de la autoimagen, esto lleva a realizar conductas alimentarias perjudiciales y así, reforzar dicha insatisfacción. Por otro lado, Wick y Keel (2020) investigaron acerca de si subir fotos editadas a las redes sociales era un factor de riesgo de sufrir un TCA. También se encuentra una revisión bibliográfica de García (2020) sobre cómo las redes sociales pueden aumentar el Riesgo de Trastornos Alimentarios en mujeres adolescentes y jóvenes, así como en mujeres por ideales de belleza y físico que se les ha impuesto desde edades tempranas hasta medios masivos de comunicación como revistas, televisión, etc.

1.4. Intervención para los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El libro de “Los Trastornos de la Conducta Alimentaria” de Serra (2015) se plantea que:

En el ámbito de tratamiento para los TCA es muy variado, abarca distintos niveles de asistencia ambulatoria como tratamiento médico, asistencia psicológica o psiquiátrica individual o grupal, así como familiar y asesoramiento nutricional, se pasa por programas residenciales y de hospital de día” p. 107.

Las intervenciones terapéuticas dirigidas a los trastornos de conducta alimentaria presentan características específicas las cuales se recomiendan que se inicien inmediatamente tras el diagnóstico, se ejecuta en la frecuencia y duración suficiente para asegurar la mejora del paciente, posteriormente se desarrolla un plan de acción integral y multidisciplinario, en el que está presente la participación de distintas áreas que actúan de forma coordinada (cuidados médicos, planes nutricionales, intervenciones psicoterapéuticas y psiquiátricas, entre otras) (Beltrán, 2017).

La mayoría de estudios han sido hechos con diseños de caso único y pocos ensayos controlados han sido presentados, de forma incompleta o no finalizados. Saldaña (2001) también menciona que hasta ese momento tampoco existía un tratamiento protocolizado que haya podido ser evaluado. La terapia individual focalizada en la adolescencia ha mostrado un parecido en efectividad al final del tratamiento que la terapia basada en la familia. Otras terapias para considerar según Bosanac, Norman, Burrows y Beumont (2005) incluyen la terapia cognitivo-analítica, la terapia interpersonal y la terapia focal psicodinámica.

Terapia Cognitivo-Conductual

Esta Terapia Cognitivo-Conductual para la Bulimia Nerviosa (TCC-BN) tiene como objetivos: reducir los atracones y las conductas compensatorias (como las de tipo purgativo que incluyen vómitos y uso de laxantes o diuréticos); modificar la tendencia a hacer dietas extremas y cambiar las actitudes hacia el peso y la figura; además de disminuir otros síntomas asociados como: depresión, baja autoestima y deterioro en el funcionamiento social. La TCC-BN, fundamentado en la teoría explicativa del

mantenimiento de este trastorno, se describe en las guías de tratamientos para terapeutas (Fairburn y Wilson, 1993). Sin embargo, en el estudio de Lock et al. (2010) se mencionan que la Terapia Cognitivo-Conductual, que se usa en adultos, no ha sido extensivamente estudiada para adolescentes con AN.

Un planteamiento de Wilson (2005), es que los estudios demuestran que la TCC es un tratamiento basado en la evidencia, tanto para la BN como para el trastorno por atracón, su aplicación no está muy extendida en la práctica clínica. Con relación a los tratamientos, los resultados de las investigaciones realizadas en la década de los 80, la TCC se consideraba más eficaz que cualquier forma de tratamiento con que se ha comparado, e incluso, superior a los programas conductuales que omiten la modificación de las actitudes desadaptadas relacionadas con el peso y la figura (Fairburn et al., 1991). A pesar de los esfuerzos realizados por los autores para mejorar la TCC para los TCA, es necesario todavía optimizar su eficacia y, simplificar su procedimiento con determinar cuáles son los componentes más activos del mismo y se suprime los restantes (Fairburn, 2008).

Por otro lado, existen diferentes tratamientos psicológicos que han demostrado su eficacia para la intervención en esta problemática. Entre ellos destaca el “tratamiento basado en la familia” TBF de Lock y Le Grange, 2015 citados en el trabajo de Álvarez y Melero (2021) que suele ser utilizado con adolescentes con AN, y la “terapia cognitivo-conductual mejorada” (Fairburn, 2008), con un enfoque transdiagnóstico, que parece funcionar correctamente tanto en adultos como adolescentes con cualquier TCA. No obstante, se necesita mayor investigación que avale los resultados obtenidos en diferentes edades, así como que comparen el TBF y la TCC-M (Dalle-Grave et al., 2021).

Terapia Sistémica

Uno de los terapeutas sistémicos que incluyó a la familia en el tratamiento fue Minuchin (1992), quien planteó que los Trastornos de la Conducta Alimenticia incluyen una

interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales y que para entender las patologías es necesario ubicarlas en el contexto familiar. Este autor propone el uso de la técnica del genograma para encontrar patrones relacionales y modos de interacción disfuncionales a través de tres generaciones y así utilizar estrategias para lograr el cambio estructural. El genograma ayuda a la indagación de pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que se continúan o se alternan de una generación a otra. Rodríguez (2004) ahondó en la utilización del genograma como recurso terapéutico, no solo con un alto valor en el diagnóstico, sino también en el tratamiento.

Los modelos sistémicos de abordaje de los TCA han alcanzado aportaciones muy positivas tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento, sin embargo, presentaron ciertas limitaciones como son la reducción de la etiología a variables únicamente familiares, así como también la desestimación de los posibles recursos de los miembros familiares para el tratamiento, se focaliza únicamente en los patrones disfuncionales o desadaptados (Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, 2005). De esta manera, éstos plantean la necesidad de considerar a cada familia y paciente como un caso particular, específico por lo que el tratamiento también lo será (Losada y Whinttingslow, 2013).

Terapia Interpersonal (TIP)

Se empleó con sujetos que habían fracasado con TCC se describió que la TIP no proporcionaba ninguna mejoría a dichos pacientes, no añaden nada a la terapia cognitivo-conductual (Agras et al., 1995). Aun así, todavía son necesarios más estudios de replicación de la TIP para poder establecer el verdadero alcance de la misma en el tratamiento del TA. En la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) la TIP-BN no hay atención directa a la modificación de los hábitos alimentarios, sino que se espera que cambien al mejorar el comportamiento interpersonal. En el caso del TA se adapta la TIP-BN a las personas con TA (TIP-TA).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Existe una serie de estudios piloto basados en el enfoque conductual sobre la aceptación en los TCA, han mostrado su posible utilidad en el tratamiento de esta patología, aunque, es cierto que los tratamientos para la AN son escasos a nivel general debido a las grandes dificultades en su abordaje clínico (Martín-Murcia, Cangas y Pardo, 2011), las terapias de tercera generación como ACT (Hayes, 2004) han adquirido un mayor grado de aceptación en este campo.

En los casos de AN el foco de actuación de ACT no estaría tan dirigido a disminuir la evitación experiencial como hacia los continuos intentos de control que son característicos de las personas con este tipo de trastorno (Orsillo y Batten, 2002; García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004). Por tanto, durante la terapia es importante que el paciente pueda aprender a conocerse a sí mismo, es decir, que conecte con su "yo observador", el terapeuta de ACT busca que éste sea capaz de integrar una serie de valores en su vida que vayan más allá de la imagen corporal y de la estética (Juarascio et al., 2013).

Terapia Cognitivo-Analítica (PCA)

La Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA) es una terapia "analítica", parte de la idea que existen aspectos que no son alcanzables al sujeto en un plano consciente y que a través de la terapia pueden ser accesibles a nivel consciente. Pero a la vez, es también una terapia "cognitiva", porque se focaliza en la capacidad del sujeto para pensar y reflexionar sobre sí mismo y adquirir un mayor control sobre sus propias acciones (Rodríguez y Fernández, 2013). La exploración analítica en los TCA permite descartar posibles causas orgánicas de la pérdida de peso y que la persona afectada recoja sus resultados y se posibilite un nuevo control del peso y más tiempo para una entrevista detallada sobre el adelgazamiento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)

La PCA es una psicoterapia “focal” y “de acción”, el terapeuta toma un papel activo y focaliza el trabajo terapéutico en asistir al paciente a ser consciente de sus patrones de interacción disfuncionales (cognición-afecto-conducta-consecuencia) y a encontrar los procedimientos adecuados para cambiar estos patrones y sustituirlos por otros más adaptativos (Ryle y Kerr, 2006).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se detallan los aspectos metodológicos que se enmarcan en este estudio, es una investigación cuantitativa con diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo, con la finalidad de encontrar datos que respondan a la idea a defender y aporte a los objetivos planteados.

Para Franco (2011) el marco metodológico es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, se determina el “cómo” se realizará el estudio, esta tarea consiste en hacer operativa los conceptos y elementos del problema estudiado. De igual manera Sabino (2008) citado en Azuero (2018) menciona que “en cuanto a los elementos del marco metodológico que es necesario operacionalizar pueden dividirse en dos grandes campos que requieren un tratamiento diferenciado por su propia naturaleza: el universo y las variables” (p.112).

2.1. Tipo de Investigación

Paradigma

Se toma como referencia el paradigma post-positivista, esto sustenta a la investigación que es una perspectiva epistemológica, es decir un modo de construir conocimiento, que establece que la realidad es cognoscible de forma empírica y analítica, tal como como establece exclusivamente el paradigma positivista, pero de forma parcial e incompleta, debido a las fallas, sesgos y errores que se comenten al intentar aprehender la realidad desde esa perspectiva, según Blaxter, Hughes y Tight, (2008) citados en el estudio de Andrade y Carreño (2022) este paradigma surge como una reacción a las críticas recibidas por el positivismo, no obstante conserva algunas de las características de este paradigma, algunos autores indican que a través de esta corriente sólo se pue-de comprender la realidad social de modo imperfecto y

probabilísticamente. Se defiende la teoría de que este paradigma sólo alcanza a reproducir explicaciones medianamente objetivas del mundo, utiliza técnicas cualitativas para comprobar la validez de los hallazgos

Enfoque

Se utilizó el enfoque cuantitativo, en los estudios de este enfoque cada etapa precede a la siguiente y no se puede eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, se puede redefinir alguna fase. Parte de una idea que se acota y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas, se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas con métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Diseño y corte

Se trata de una investigación de diseño no experimental, sin una manipulación directa del investigador al objeto de investigación. Es así que, se observaron los sucesos y acontecimientos bajo su contexto normal y se analizó posteriormente, por lo que este tipo de diseño no crea alguna situación, sino que, se limita a observar situaciones que ya existen (Hagopian, 2016). Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004) citados en Hernández et al. (2014), su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado

Alcance

La investigación tiene alcance descriptivo, Arias (2012) menciona que:

La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere (p. 24).

De acuerdo con Hernández et al. (2014) en los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. Esta investigación se caracteriza por su población de adolescentes de 14 a 18 años de edad, a los cuales se les aplicó el *EAT -26* de manera conjunta.

2.2. Población y Muestra

Se entiende por población al conjunto de casos con similitudes determinadas (Hernández et al., 2014), la población para este estudio son los adolescentes de la Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Quito, con edades comprendidas entre 14 y 18 años de edad, entre hombres y mujeres. Se trabajó con la población conformada de 105 adolescentes, con los criterios de inclusión de contar con el asentimiento del adolescente para participar en la investigación y con el consentimiento informado del representante legal.

Análisis de Ficha sociodemográfica

Se cuenta con la participación de 105 adolescentes con edades de 14 a 18 años de ambos sexos. A continuación, se describe en la Tabla 1 las principales características sociodemográficas de la población de estudio:

Tabla 1.
Características sociodemográficas

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	47	44,8%
Masculino	58	55,2%
Edad		
14	15	14,3%
15	23	21,9%
16	42	40%
17	22	21,0%
18	3	2,9%
Nacionalidad		
Ecuatoriana	102	97,1%
Otra	3	2,9%
Sostén económico		
Ambos padres	74	70,5%
Otros	8	1,0%
Solo madre	11	6,7%
Solo padre	12	10,5%
Estatus socioeconómico		
Bueno	55	52,4%
Muy bueno	19	18,1%
Regular	31	29,5%

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que la muestra se constituye predominantemente por el sexo masculino (55,2%); los participantes se encuentran entre los 14 a 18 años de edad del Colegio con la mayoría de 16 años (40%) y una minoría de 18 años (3%); de igual manera existe un alto porcentaje con nacionalidad ecuatoriana (97,1%); por otra parte, el sostén económico dentro del hogar viene de ambos padres en la mayoría de los casos (70,5%); finalmente, el estatus socioeconómico prevalente es bueno (52,4%).

2.3. Recolección de Información

Para la recolección de datos se utilizan instrumentos compuestos por un conjunto de preguntas con respecto a las variables que están sujetas a la medición. En la presente investigación se utiliza una Ficha Ad Hoc para la recolección de datos sociodemográficos, el *Eating Attitudes Test* de 26 preguntas (EAT-26) y el Consentimiento Informado para los representantes legales de los adolescentes. A continuación, se detalla cada uno de ellos.

Ficha Ad Hoc

La estadística demográfica según Macció (1997) citado por el CEPAL (2014) dice que, se encarga de recoger información numérica o datos numéricos referentes a la población y de presentarlos bajo la forma de estadísticas demográficas; los datos, a veces llamados observaciones, que se refieren a los distintos acontecimientos que ocurren en el seno de la población y luego se convierten en las diversas unidades estadísticas, son recogidos mediante formularios adecuados.

En la presente investigación se recolectan datos sociodemográficos (Anexo 1) sobre género, edad, nacionalidad, sostén económico y estatus socioeconómico de los adolescentes con el objetivo de enriquecer la caracterización de la variable de estudio según cada uno de estos datos.

Eating Attitudes Test -26 (EAT – 26)

El EAT-26 es un refinamiento del EAT-40 original que se publicó por primera vez en 1979 y se utilizó en uno de los primeros estudios para examinar los factores socioculturales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Desde entonces, la prueba se ha traducido a muchos idiomas diferentes y se ha utilizado en cientos de estudios. La publicación original de Garner y Garfinkel (1979) y la publicación posterior que describe el perfeccionamiento de la prueba (Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982) son el 3° y 4° en la lista de los 10 artículos más citados en la historia de la revista *Psychological Medicine* (Veloso, Lucena, Santos, Gouveia y Cavalcanti, 2010).

El Cuestionario de Actitudes hacia la Comida contiene 40 reactivos (EAT-40), congregados en siete componentes: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social distinguida al aumentar de peso (Garner y Garfinkel, 1979). Posteriormente, plantearon una versión corta con 26

reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, debido a que se descubrió que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y demanda de un nivel de lectura para contestarlo de aproximadamente diez años de edad.

El *EAT-26* ha sido particularmente útil como herramienta de detección para evaluar el "Riesgo de Trastornos Alimentarios" en la escuela secundaria, la universidad y otras muestras de riesgo especial, como los atletas. La detección de trastornos alimentarios se basa en la suposición de que la identificación temprana puede conducir a un tratamiento más oportuno, lo que reduce las complicaciones físicas y psicológicas graves o incluso la muerte. De acuerdo con esta metodología, las personas que obtienen una puntuación de 20 o más en la prueba pueden ser entrevistadas por un profesional calificado para examinar más a fondo con los criterios de diagnóstico de un trastorno alimentario.

Los reactivos del EAT-26 se completan a través de una serie de seis puntos tipo Likert. Garner y Garfinkel sugirieron recurrir a los sucesivos puntos de corte para identificar a las personas con cierto Trastorno de la Conducta Alimentaria, es decir superior de 30 puntos para el EAT-40 y por sobre los de 20 puntos para el EAT-26. La confiabilidad de test - re test en un espacio de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba para ambas versiones es del 77% y 95%, correspondientemente; el poder predictivo positivo es del 82% para EAT-40 y del 79% para EAT-26; el poder predictivo negativo del 93% para EAT-40 y del 94% para la versión corta con 26 reactivos (Mintz y O'Halloran, 2000).

El instrumento EAT-26 tiene el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, Agras, 2004). Se usó la versión validada al castellano por Gandarillas, Zorrilla y Sepúlveda (2003) citado en Constaín et al. (2014) Cada pregunta tiene 6 opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre); las 3 primeras se califican con 0, la cuarta con 1, la quinta

con 2 y la sexta con 3. La puntuación total es la sumatoria de los valores de los ítems, se tiene como precaución que la pregunta 25 se puntúa a la inversa: a mayor puntuación hay mayor riesgo de AN o BN.

Esta versión tiene 3 dimensiones:

- a) dieta: 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez
- b) bulimia y preocupación por la comida: 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida
- c) control oral: 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso.

El EAT-26 se divide en las tres dimensiones antes mencionadas, la confiabilidad que se obtuvo en la investigación de Mejía y Peceros (2019), fue mediante el Alfa de Cronbach donde obtuvo 92,1% como prueba total. Como resultado la subdimensión más alta fue en bulimia y preocupación por la comida con 89,1%, la segunda fue en dieta con 85,7% y la tercera de control oral con 81,8%. Por otro lado, presenta una validez donde la sensibilidad es de 100% y especificidad del 85,6%. Es decir, que el EAT-26 tiene una confiabilidad alta de manera general.

Referente a las propiedades psicométricas, los resultados del EAT -26 obtenidos en la investigación de Lugo y Pineda (2020) en población no clínica de adolescentes mexicanos, son $\alpha = .80$, por lo que se considera que la aplicación del instrumento es adecuada porque mantiene una buena consistencia interna. En otras aplicaciones, el examen de la matriz de correlaciones de los 26 ítems indicó que la cantidad de datos fue adecuada para el análisis factorial; la prueba de esfericidad de Bartlett = 8979.541, con una $p < .001$, mientras que la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = .875. Las estimaciones de consistencia interna para las subescalas, así como la puntuación total, fueron moderadas con todas las alfas superiores a .55.

En otra investigación de Unikel-santoncini y Bojórquez-chapela (2004), quienes validaron en la ciudad de México un cuestionario de conductas alimentarias de riesgo con dos muestras de estudio conformadas por mujeres: la primera estaba constituida por jóvenes con diagnóstico de trastorno alimentario y la segunda, por estudiantes de nivel medio y medio superior. Los investigadores concluyeron que el instrumento es una opción confiable y válida para la evaluación de conductas alimentarias de riesgo puesto que presentó una alta confiabilidad ($\alpha=0.83$) y una varianza explicada de 64.7%.

En Ecuador el análisis estadístico elaborado por Gallegos y Arguello (2015) comprueba la fiabilidad del instrumento EAT-26 en adolescentes entre 15 a 18 años de edad en la ciudad de Quito, realiza una prueba estadística con alfa de Cronbach de 0,857, según George y Mallery (2003) citados en el estudio, este valor representa que es un instrumento bueno a nivel grupal.

En estudios realizados en Ecuador por Vera y Vivanco (2012) en población mixta y adolescente, mencionan que se utilizaron pruebas de Chi Cuadrado, se considera un valor menor de 0.05 como estadísticamente significativo. De resultados se obtuvo un valor de sensibilidad de la prueba de 48.5%, especificidad de 94%, VPP de 75%, VPN de 77% y una eficacia de la prueba del 77%. El valor de Índice de Pearson fue estadísticamente significativo. La eficacia general de la prueba fue del 77%. Como conclusión el EAT-26 es una prueba válida para detectar trastornos de la conducta alimentaria, que puede ser aplicado en poblaciones mixtas y que posee una alta especificidad.

Se observa que dentro de la medida Kaiser-Meyer-Olkin, el valor es de ,80 el que indica que el muestreo es adecuado según Benites (2021), y la prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado Chi-cuadrado de 3132,991 y un gl 325 con una significancia de ,000, valor que indica que posee características apropiadas de validez.

Para la confiabilidad se utiliza el Alfa de Cronbach para un análisis general del EAT-26 el cual dio un nivel de fiabilidad de ,96 que, de acuerdo al estudio sobre el Alfa de Cronbach de Tuapanta, Duque y Mena (2017), el nivel de fiabilidad es excelente porque va desde 0.9 hasta 1. Así mismo, se realiza el análisis de Alfa de Cronbach de las tres dimensiones que se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2.

Análisis del Alfa de Cronbach

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Dieta	,930	13
Bulimia y preocupación por la comida	,891	6
Control oral	,867	7

Fuente: elaboración propia

Se realiza un análisis factorial para cada dimensión y los resultados de Alfa de Cronbach son favorables en todas las dimensiones. Las puntuaciones van desde ,86 hasta ,93 consideradas por Tuapanta et al. (2017), como un nivel de fiabilidad muy bueno y excelente.

En el estudio de Constaín et al. (2014) realizado en Colombia, la validación factorial, en el examen de la matriz de correlaciones entre los 26 ítems indicó que los datos fueron adecuados para el análisis factorial (test de esfericidad de Bartlett – 325; $p < 0,0001$; medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin-0,785) y se identifica 4 factores con autovalores por encima de 1, por otra parte, en la confiabilidad el valor de alfa de Cronbach del EAT-26 fue de 0,89 en global, y de 0,88, 0,60, 0,76 y 0,27 para cada uno de los 4 dominios, respectivamente.

En la presente investigación, se realiza un análisis factorial exploratorio y con un número mínimo de la muestra para la validación de la misma población, con cálculos estadísticos correspondientes, mediante la prueba del estadístico Káiser-Meyer-Olkin KMO y de esfericidad de Bartlett en la Tabla 3.

Tabla 3.*Análisis factorial*

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,802
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3132,991
	Gl	325
	Sig.	,000

Fuente: elaboración propia

Además, se realizó una validación por criterios de dos especialistas por medio del Cuestionario de Evaluación para Expertos (Anexo 2), ambos psicólogos clínicos con experiencia profesional de más de 5 años en el trabajo con adolescentes con diversos trastornos, se incluye los TCA. Ambos especialistas realizaron una valoración favorable del instrumento y no realizaron observaciones.

Asentimiento

El Asentimiento reunirá ciertas características como ocurre con el consentimiento informado (Ver Anexo 3), es decir, evaluar si el adolescente recibió toda la información significativa relativa al procedimiento, el lenguaje acorde a la edad, si tiene la capacidad racional de comprender lo que se le informa como se le informa y que manifestó su asentimiento libremente, y sin influencias indebidas. El asentimiento hace referencia a la decisión voluntaria por parte de menores a participar o no de la práctica, el mismo realza la importancia de considerar al adolescente como sujeto de derecho (Ferrero, De Andrea y Lucero, 2019).

Consentimiento informado

Se utiliza un formato de consentimiento informado (Ver Anexo 4), para informar al representante legal del adolescente que previamente da su asentimiento para participar en la información, lo cual cumple con lo establecido en el Acuerdo Ministerial 5216 según el Ministerio de Salud Pública (2015) que plantea lo siguiente:

El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene. Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el "Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial", el consentimiento sería expresado por escrito por el paciente o su representante legal, que corresponda, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica (p. 42).

Procesamiento y análisis de información

Para el análisis se utilizó Excel, programa que por medio de sus hojas de cálculo se utiliza para la tabulación inicial de los datos recolectados y el IBM SPSS Statistics 22.0, en esta herramienta los resultados son procesados y permite obtener datos descriptivos acerca de la investigación donde se realiza el análisis factorial, la validación y confiabilidad. Inicialmente se hizo un análisis de las medias por dimensiones, mínimo, máximo y desviación estándar y también, se realiza el análisis categórico de frecuencias y porcentajes según los datos sociodemográficos recolectados. En el caso del género, al tener cantidades equivalente de hombres y mujeres con riesgo de TCA, fue posible realizar un análisis estadístico comparativo con U de Mann Whitney.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentan los resultados y análisis descriptivo con base al estudio realizado, obtenidos mediante la aplicación del instrumento Test de Actitudes Alimentarias (*EAT-26*), para conocer el Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes de la Unidad Educativa en la ciudad de Quito. Finalmente se diseña una propuesta de intervención para adolescentes con Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Unidad Educativa.

3.1. Análisis descriptivo del Test de Actitudes Alimentarias (*EAT-26*)

Los resultados del Test de Actitudes Alimentarias, fueron realizados a los adolescentes que cursan el bachillerato del Colegio. A continuación, en la Tabla 4 se presentan el análisis descriptivo del Test de Actitudes Alimentarias en medidas de mínimo (MIN), máximo (MAX), media aritmética (M), desviación estándar (DE).

Tabla 4.

Análisis descriptivo del EAT-26

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EAT-26	0	53	20,23	12,776

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que, en cuanto al *EAT-26* los valores que se presentan van desde la puntuación mínima que es 0 y la puntuación máxima de 53, esto quiere decir que, así como existen adolescentes que no presentan nada de riesgo a tener TCA, también se muestra una puntuación muy elevada en otros miembros de la población, por otra parte se puede observar que la media 20,23 indica que en la población existe el Riesgo de TCA, y finalmente la desviación estándar de 12,776 indica que hay una dispersión de los datos a partir del punto medio.

A continuación, se muestra la media por dimensiones

Tabla 5.
Resultados de las medias por dimensiones

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Dieta	0	3	11,67	,925
Bulimia y preocupación por la comida	0	3	4,23	,957
Control oral	0	3	5,03	,900

Nota: Elaboración propia: nota: (a: muestra el valor más pequeño)

Finalmente, se calcula la media de cada una de las dimensiones y se observa que la dimensión de Dieta es la que más aporta al Riesgo de TCA en la población de estudio. Esto significa que los adolescentes tienen restricciones en sus comidas y pudiera ser que no coman en ocasiones, a pesar de tener hambre. La dimensión de dieta, según Valdez, Fausto, Valadez, Ramos, Loreto y Villaseñor (2012) se ha observado que, en esta etapa, los jóvenes adquieren más libertad para decidir que alimentos van a consumir, se saltan comidas, éstas se tornan rápidas u omiten algunos alimentos, propicia graves errores en la alimentación ya sea por déficit o por exceso.

Análisis de Frecuencia y Porcentaje de Riesgo

A continuación, se observa el análisis recogido con el *EAT-26*.

Tabla 6.
Análisis de Riesgo de TCA

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sin Riesgo de TCA	60	57,1%
Riesgo de TCA	45	42,9%

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 6 se puede observar que la frecuencia es el conteo total de los adolescentes que sin Riesgo de TCA son 60 y con Riesgo de TCA 45, lo que quiere decir que en términos de porcentaje la población con Riesgo de TCA es un 42,9%, un poco menos de la mitad.

Tabla 7.
Resultados por Género

Género	Con riesgo		Sin riesgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	19,04%	27	25,74
Masculino	25	23,80%	33	31,42

Nota: Análisis de datos del SPSS versión 22

De acuerdo al género, se aprecia un porcentaje mayor de hombres en riesgo que de mujeres. Posteriormente se realiza un análisis comparativo por género, únicamente en los 45 casos en riesgo, y se obtiene como resultado que no existen diferencias significativas, como se aprecia en la Tabla 7.

Prueba de normalidad

Se realiza la prueba de normalidad con Shapiro-Wilk, esto porque aplica en muestras menores a 50.

Tabla 8.
Prueba de normalidad

Género	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Masculino	,908	25	,028
Femenino	,899	20	,040

Fuente: elaboración propia

Se puede realizar un análisis de normalidad con los datos proporcionados, los valores obtenidos son mayores a 0,05 y en relación a esto se confirma que, los datos siguen una distribución normal.

3.2 Propuesta de intervención

Se presenta el diseño de 3 propuestas de intervención para el Riesgo de Trastornos de la conducta alimentario como la bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y TCA no especificados y prevención a los adolescentes en la ciudad de Quito. La elaboración

de las propuestas de intervención parte de la información obtenida del Test de Actitudes Alimentarias 26 (*EAT-26*) y el análisis de estas herramientas.

El diseño de la propuesta tiene base a los conceptos que se abordaron en el capítulo del estado del arte y la práctica, así como también de los resultados obtenidos del instrumento escogido para evaluar el Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, el cual se obtuvo resultados con estudiantes que tienen un porcentaje considerable de Riesgo de TCA, lo cual puede afectar en un futuro si esto no se toma en cuenta, el plan de intervención se enfoca en la psicoeducación y aplicación de técnicas de acuerdo al Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes.

Las propuestas se abordan desde el enfoque Cognitivo Conductual y se estructuran siete sesiones con una duración de 3 meses cada una, en la que se trabaja dos veces por semana, con el fin de que exista un seguimiento continuo tanto con los adolescentes como con la ejecución del tema.

Nombre de la propuesta

Propuestas de intervención para adolescentes con Riesgo de Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa y TCA no especificados

Datos informativos

Nombre de la institución: Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Quito

Ubicación geográfica y dirección: La institución se encuentra ubicada en la provincia de Pichincha, ciudad de Quito, sector Cotocollao.

Tiempo estimado para la ejecución: Se plantea ejecutar las propuestas en un tiempo estimado de 1 horas por sesión, de manera grupal por nivel educativo.

Beneficiarios

- Directos: El plan de intervención está dirigido a los adolescentes de la Unidad Educativa de la ciudad de Quito
- Indirectos: Se cuenta con la participación del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), representantes legales y tutores, además de los adolescentes de ciudad de Quito

Personal administrativo y técnico:

- Responsable de la propuesta: Andrea Nathaly Males Rubio, maestrante de Psicología Clínica mención Psicoterapia Infantil y de Adolescentes por la Pontificia Universidad Católica, sede Ambato.
- Equipo de trabajo: Departamento de consejería estudiantil (DECE).

Recursos:

- Humanos.
- Material tecnológico
- Material bibliográfico
- Suministros

Justificación

En muestra de los resultados sobre la investigación de adolescentes con Riesgo de TCA, hay un número considerable entre los adolescentes de la ciudad de Quito, de un total de 105 estudiantes son 45 adolescentes, es decir, un 42,9% los cuales presentan riesgo y es importante prestar atención a estos casos. Finalmente se presenta una propuesta de intervención que tiene como beneficiarios los adolescentes participantes en el estudio al igual que el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se identifican por un patrón constante de no comer saludablemente o realizar dietas no saludables, estos patrones están

asociados a la angustia emocional, física y social y pueden ocurrir en ambos géneros o en cualquier edad, además, existen factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia se encuentran: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal.

Objetivo(s)

Objetivo General

- Diagnosticar el riesgo de los diferentes Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes

Objetivos Específico

- Prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa.
- Psicoeducar a los adolescentes sobre los Trastorno de la Conducta Alimentaria como bulimia, anorexia y TCA no especificados
- Atender los casos de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria con un enfoque cognitivo conductual.

Cuadro 1.*Planificación general y temporalización de la propuesta*

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Psicopedagógica Conductual	Diagnosticar a los adolescentes por medio del Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)	Aplicación del Instrumento para el diagnóstico de Riesgo de Anorexia Nerviosa en los adolescentes	Aplicar el Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)	Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)	2 horas
2	Cognitiva Psicopedagógica	Introducir el tema de anorexia por medio de una actividad interactiva.	Psicoeducación sobre la Anorexia Nerviosa en los adolescentes	Presentar diapositivas sobre este trastorno de la conducta alimentaria	Laptop Proyector Diapositivas	30 minutos
3	Psicopedagógica Cognitivo	Explicar sobre las distorsiones cognitivas	Conocer las distintas distorsiones cognitivas acerca del tema abordado.	En base a una actividad denominada "lo que yo no veo muchas veces lo ven los demás" se analiza e identifica ciertas conductas	Hoja Lápiz Esfero	1 hora
4	Psicopedagógica Cognitiva	Ejecutar la técnica sobre la reestructuración cognitiva en los adolescentes	Reestructuración cognitiva	Se detectarán y definirán los procesos cognitivos, posteriormente se entrenará la identificación y análisis de los pensamientos erróneos o poco realistas.	Papel Lápiz Marcadores	1 hora
5	Aspecto emocional Cognitivo Conductual	Mejorar la identificación y	Identificar sentimientos que generen problemas	Autorregistros basados en los pensamientos, la	Laptop Proyector Espejo	1 hora

		regulación de las emociones	de percepción corporal, con la ayuda de relajación y respiración profunda	emoción-conducta, interpretaciones negativas o exageradas y técnicas de control físico como relajación-respiración profunda	Hojas Lápiz	
6	Psico-pedagógica Cognitivo Emocional	Conocer sobre el autoestima de los adolescentes	Técnica de afrontación y desensibilización sistemática	A través de la desensibilización sistemática, frente al espejo, por percepción distorsionada de su imagen y puede producir ansiedad	Espejo	1 hora
7	Psico-pedagógica Cognitivo Conductual	Instaurar ideas positivas y controlar la situación de estrés	Entrenamiento de relajación y respiración profunda, igualmente.	Se explica esta técnica y a continuación se realiza un entrenamiento autoinstruccional, con el cual se crea un conjunto de pensamientos, de afrontamiento del estrés	Laptop Hojas Lápiz	1 hora
8	Psico-pedagógica Cognitivo	Dotar habilidades de resolución de problemas	Resolución de problemas	Se proporciona la información necesaria para la resolución de problemas	Laptop Papel Lápiz	1 horas
9	Cognitiva conductual Psico-pedagógica	Evaluar a los adolescentes por medio de la aplicación del retest para	Monitoreo y evaluación	Aplicar el test por segunda vez para conocer si el taller influenció o ayudo a los adolescentes	Test Hojas de respuesta Esfero	1 hora

conocer el
resultado del taller

Fuente: elaboración propia

Fases de la propuesta de intervención psicológica

Fase I: Diagnóstico: Sesión 1 de Diagnóstico con la aplicación de los instrumentos la detección de Riesgo de Anorexia Nerviosa

Fase II: Intervención psicológica: Abarca de la sesión 2 a la 8. Se aplica las siguientes sesiones con base al objetivo general del plan de intervención dirigida a los resultados obtenidos. Finalmente, en el cuadro 9 el monitoreo y evaluación del taller se aplica el re-test

a. Desarrollo de la intervención: Se muestra en la Cuadro 2.

Cuadro 2.*Primera Sesión para Anorexia Nerviosa*

Sesión: Primera						
Tema: Diagnóstico						
Objetivo: Diagnosticar los adolescentes con Riesgo de Anorexia						
Área de intervención: Psico-pedagógica y social						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Establecer contacto con el profesional del Departamento de Consejería Estudiantil	Conocer los posibles casos de riesgo de anorexia que presentan los adolescentes.	El DECE de la Unidad Educativa se encarga de presentar a la facilitadora a los distintos cursos de Bachillerato con el fin de tener contacto cercano con la población.	Gafetes	15 minutos	Generar el rapport con los participantes
Desarrollo	Informar a los participantes de Bachillerato sobre el proyecto de investigación y aplicación del Instrumento	Presentar un resumen sobre anorexia.	Se informa a los adolescentes sobre el tema del proyecto y el test que se va a utilizar, así como también, mencionar que se pedirá el consentimiento de los padres y el asentimiento de ellos con el fin de conocer si van a participar voluntariamente de la investigación.	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Esfero Instrumento Clínico que tasa el	45 minutos	Aplicar el Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)
	Recolectar los consentimientos y asentimientos para la aplicación del test a los adolescentes de bachillerato	Aplicación del Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)	Una vez recolectados los documentos de consentimiento y asentimiento de los adolescentes se aplica el Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI) a la población que acepto participar de la investigación, con el objetivo de conocer el Riesgo de Anorexia.	Desorden de Comer (CEDRI)		
Cierre	Realizar el diagnóstico por cada curso de Bachillerato se presenta los resultados al DECE sobre los casos con Riesgo	Se realiza una tabulación del test aplicado	Finalmente, se elabora la tabulación para encontrar el objetivo de la investigación, a partir de los resultados obtenidos se traza un plan de intervención y prevención para los adolescentes y la intervención focalizada en los adolescentes con riesgo de anorexia.	Hoja Esferos SPSS Excel	1 hora	Conocer los datos sobre la aplicación del Instrumento
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción a los adolescentes con el fin de conocer el nivel de satisfacción con la presentación de la propuesta.						

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3.*Segunda sesión para la Anorexia Nerviosa*

Sesión: Segunda						
Tema: Hablar sobre Anorexia						
Objetivo: Psicoeducar a los adolescentes acerca de la Anorexia Nerviosa						
Área de intervención: Psico-pedagógica y social						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Introducir el tema de anorexia por medio de una actividad interactiva.	Se realiza la dinámica "Siluetas"	Para dar inicio al taller de psicoeducación se facilita a los adolescentes hojas en blanco para que tracen como creen que es su silueta con el fin de conocer la propia percepción de su imagen corporal.	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector Hojas de papel bond Lápices	15 minutos	Informar a las entidades y adolescentes
Desarrollo	Psicoeducar a los adolescentes sobre la anorexia. Explicar una de las técnicas que se utilizará durante esta sesión que es la desensibilización sistemática.	Presentar diapositivas sobre este trastorno de la conducta alimentaria. Se pone en práctica la técnica de desensibilización sistemática centrada en el componente fóbico de la anorexia el cual es el miedo de ganar peso.	Se realiza la psicoeducación con enfoque cognitivo conductual sobre la anorexia ¿Cómo afecta a la salud mental? ¿Tipos de anorexia? ¿Cómo influye en la imagen corporal? ¿Qué conductas presenta? Se pide a los adolescentes elaboren una jerarquía en la que incluyen de forma graduada situaciones generadoras de ansiedad relacionadas con la exposición de su cuerpo o partes del mismo en distintos contextos de manera que la exposición en la imaginación y luego en vivo, contraponen la respuesta de ansiedad a una respuesta relajada, esta técnica tiene como finalidad facilitar la desinhibición del miedo que tienen los adolescentes con este trastorno.	Laptop Proyector Diapositivas Sillas Hojas Esferos	50 minutos	Dar a conocer sobre la anorexia
Cierre	Instaurar un espacio de preguntas sobre la anorexia.	Se entrega una pelota para que los adolescentes puedan preguntar por turnos.	Para finalizar la sesión se pide que realicen preguntas sobre la temática abordada con el fin de que quede claro cualquier duda.	Pelota	10 minutos	Aclarar las dudas
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4.*Tercera sesión para la Anorexia Nerviosa*

Sesión: Tercera						
Tema: Qué pienso de mi cuerpo						
Objetivo: Conocer los pensamientos que rodean al usuario.						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Introducir el tema de anorexia por medio de un video acerca de cómo piensan los adolescentes con anorexia.	Se realiza la presentación de un video sobre el tema a abordar.	Se facilita a los adolescentes un video de Instantáneas Central 11 acerca de la anorexia con el fin de que sean capaces de analizar e identificar ciertos eventos, conductas o pensamientos que tienen las personas con esta condición. Enlace del video: https://www.youtube.com/watch?v=W_5N0olvzak	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector Hojas de papel bond Lápices	30 minutos	Conocer distintas realidades sobre la anorexia.
Desarrollo	Explicar sobre las distorsiones cognitivas	Conocer las distintas distorsiones cognitivas.	Se realiza la presentación de las distorsiones cognitivas que marcan un esquema de pensamiento, posterior se hace la entrega de una copia con estas distorsiones con el fin de que los adolescentes logren identificar cuáles de estos pensamientos influyen en ellos.	Laptop Proyector Diapositivas Sillas Hojas	30 minutos	Dar a conocer sobre distorsiones cognitivas
Cierre	Escribir aspectos físicos positivos sobre uno mismo y los demás.	Se entrega una hoja en blanco en la que los adolescentes van a escribir que les gusta de ellos y de los demás.	Se realiza la actividad denominada "Lo que yo no veo muchas veces lo ven los demás" la cual consiste en escribir una cualidad física y ese papel se va a ir rotar por todos los participantes para que cada uno escriba un aspecto físico que le gusta de su compañero/a	Papel Esfero	10 minutos	Autoconcepto
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 5.*Cuarta sesión para Anorexia Nerviosa*

Sesión: Cuarta						
Tema: Reestructura mis conocimientos						
Objetivo: Modificar las distorsiones cognitivas que influyen en la Anorexia						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Retroalimentar acerca de los pensamientos distorsionados en personas con anorexia mediante preguntas.	Rondas de preguntas bidireccionadas sobre el anterior taller.	Se realiza preguntas sobre el taller anterior “Qué pienso de mi cuerpo” en la que los adolescentes participantes responderán preguntas y tendrán espacio para hacer preguntas sobre el mismo tema.	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector	15 minutos	Clarificar las dudas.
Desarrollo	Ejecutar la técnica sobre la reestructuración cognitiva en los adolescentes	Identificar pensamientos erróneos	Se detectarán y definirán los procesos cognitivos de los adolescentes y posteriormente se entrenará la identificación y análisis de los pensamientos erróneos o poco realistas los que se discutirán y se contrastarán con parámetros objetivos para facilitar el cambio de los criterios con los que se autoevalúa el adolescente y hacen que éstos sean más adaptativos y ajustados a sus posibilidades y propia realidad.	Laptop Proyector Diapositivas Sillas Hojas	45 minutos	Reestructurar pensamientos que no son realistas
Cierre	Finalizar el taller mediante la temática de bingo de preguntas o respuestas.	Se entrega una hoja de una cartilla tipo bingo en la que el facilitador preguntará o responderá dudas.	Se realiza la actividad denominada “Bingo de preguntas” en la que el facilitador nombrará ciertos objetos y si el adolescente los tiene en su cartilla tendrá la opción de preguntar o responder dudas acerca de la técnica abordada.	Papel Esfero	15 minutos	Identificación de dudas y facilitación de respuestas.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 6.*Quinta sesión para Riesgo de Anorexia Nerviosa*

Sesión: Quinta						
Tema: Conocer mis sentimientos						
Objetivo: Reestructurar mis sentimientos						
Área de intervención: Aspecto emocional, cognitivo, conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar los sentimientos ante los patrones de la alimentación	Presentar un video sobre los sentimientos y emociones sobre la perspectiva de la figura corporal	Video sobre las emociones y sentimientos ante la figura de la misma persona y preocupación corporal	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector	20 minutos	Identificación de sentimientos
Desarrollo	Mejorar la identificación y regulación de las emociones	Identificar sentimientos que generen problemas de percepción corporal	Utilizar la técnica de reestructuración cognitiva con autorregistros basados en los pensamientos, la emoción-conducta que parte de la visualización en el espejo e interpretaciones negativas o exageradas causantes a su preocupación corporal, además, se realiza técnicas de control físico como relajación-respiración profunda para la contención de emociones	Laptop Proyector Lapiz Espejo Hojas	45 minutos	Reestructurar sentimientos que no son realistas o son exagerados.
Cierre	Finalizar el taller con la desconfirmación sobre los sentimientos negativos	Se usarán los autorregistros hechos durante el desarrollo	Se entregará a los adolescentes una hoja, se explica acerca del dialogo socrático, uso del humor y pensamientos negativos alternativos que generan menor malestar, se indica algunos de estos a los adolescentes y así lograr causar irracionalidad en los sentimientos negativos o exagerados	Hojas Papel Diapositivas Laptop Proyector	15 minutos	Generar sentimientos positivos.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 7.*Sexta sesión para Anorexia Nerviosa*

Sesión: Sexta						
Tema: Trabajo en el autoestima de mi cuerpo						
Objetivo: Prevenir cronificación en la anorexia nerviosa						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer sobre el autoestima de los adolescentes	Se detalla con diapositivas y ejemplos sencillos	Se realiza un círculo con los participantes, los cuales cada persona reconocerá una debilidad que le afecte actualmente, la persona de alado le dirá la percepción que tiene acerca de la persona, como una táctica de afrontación pero de manera positiva	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector	20 minutos	Identificación de sentimientos
Desarrollo	Corregir la percepción acerca del cuerpo en los adolescentes	Se realiza esta actividad con la ayuda de diferentes materiales didáctico	A través de la desensibilización sistemática, en cada una de las partes frente al espejo, esto porque algunos adolescentes tienen una percepción distorsionada de su imagen y puede producir ansiedad por esta.	Laptop Lapiz Espejo Hojas	45 minutos	Reestructurar sentimientos que no son realistas o son exagerados.
Cierre	Finalizar el taller con frases motivacionales sobre el amor propio	En una pizarra escribir frases que detallen el autoestima	Los adolescentes tendrán que poner una palabra que para ellos defina el autoestima, que cambiarían su perspectiva a una frase o palabra hacia ellos	Tizas Pizarra	15 minutos	Generar autoestima sobre su cuerpo en los adolescentes.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 8.*Séptima sesión de Riesgo para Anorexia Nerviosa*

Sesión: Séptima						
Tema: Enfrento mis miedos sobre mi cuerpo						
Objetivo: Desarrollar destrezas para afrontar el estrés						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Comunicar a los adolescentes acerca de qué produce el miedo y lo que conlleva el estrés	Presentar a los adolescentes diapositivas se genera un espacio de aprendizaje sobre situaciones de estrés	Se expone a los adolescentes las causas y consecuencias que produce el miedo en base a la percepción de su cuerpo, el que conlleva a una reacción como el estrés y se indica cómo contener este tipo de reacciones con técnicas	Diapositivas Laptop	35 minutos	Conocer situaciones cotidianas que producen estrés
Desarrollo	Identificar situaciones estresantes que se presentan si se habla de su cuerpo	En un papel individualmente los adolescentes escribirán una situación que les cause estrés o les llegue a afectar sobre su cuerpo	La técnica que se utiliza es mediante el entrenamiento de relajación y respiración profunda, igualmente se les explica esta técnica y a continuación se realiza un entrenamiento autoinstruccional, con el cual se crea un conjunto de pensamientos, de afrontamiento del estrés, los cuales contrarrestan los pensamientos automáticos habituales sobre su perspectiva del cuerpo	Sillas Laptop Diapositivas Lápiz Papel	45 minutos	Manejar situaciones de estrés
Cierre	Instaurar ideas positivas se controla la situación de estrés	Finalmente, se escribe en una hoja acerca de sus ideas y como poder controlarlas	Se le pide a los adolescentes escribir en una hoja de papel cual fue la técnica aprendida que más le ayudo dentro de la situación estresante que ellos presentaron	Hojas Papel	15 minutos	Generar retroalimentación
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 9.*Octava sesión para Riesgo de Anorexia Nerviosa*

Sesión: Octava						
Tema: Reestructurando mis conocimientos						
Objetivo: Resolver problemas						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Dotar habilidades de resolución.	Presentar diapositivas sobre la resolución de problemas	Se presenta diapositivas acerca de habilidades de resolución de problemas con el fin de que los adolescentes pongan en práctica y dispongan de herramientas para la resolución de conflictos internos sobre la anorexia	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector	15 minutos	Dotar habilidades de resolución.
Desarrollo	Aumentar la capacidad de autocontrol	Identificar conductas que generen problemas de resolución sobre la anorexia.	Utilizar la técnica de resolución de problemas con el fin de frenar en los adolescentes con problemas de anorexia como la ansiedad, sentimientos de ineffectividad. Así como también, aumentar la autoeficacia y autoestima percibidas	Laptop Proyector Diapositivas Sillas Hojas	45 minutos	Reestructurar pensamientos que no son realistas
Cierre	Finalizar el taller mediante la temática post-it positivos	Post-it sobre afirmaciones positivas	Se entrega a cada uno de los adolescentes notas adhesivas para que escriban afirmaciones positivas sobre sí y que estas sean realistas.	Notas adhesivas Esfero	15 minutos	Generar pensamientos positivos.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 10.*Fase III: Monitoreo y Evaluación*

Sesión: Novena						
Tema: Nuevo comienzo						
Objetivo: Evaluar el Riesgo de Anorexia Nerviosa con un re test						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Finalizar el taller con los estudiantes de bachillerato con una dinámica de valoración	Dinámica de integración	Se realiza una dinámica de inicio, con el fin de saber un atributo propio que le guste al compañero de alado, así los adolescentes sentirán lo que los otros aprecian de él/ella. Retroalimentación sobre los temas tratados en el taller en base de preguntas	Hoja de asistencia Espejo	15 minutos	Aclarar dudas y preguntas
Desarrollo	Retroalimentar sobre la Anorexia Nerviosa en los adolescentes Aplicar la técnica de resolución de problema para la autoayuda de los adolescentes en varias situaciones	Preguntas bidireccionadas Enseñar a los adolescentes acerca de la técnica con la aplicación de ellos mismos	Psicoeducar a los adolescentes con los temas tratados, y brevemente ver los objetivos alcanzados dentro del taller Técnica de resolución de problemas, los adolescentes escribirán en un papel sobre alguna situación que les incomode, se le pide a los adolescentes que busquen alternativas de solución que le pueda dar a la situación y tome una decisión y el por qué funcionaría, finalmente aplicarla en esa situación	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Papel Esfero	45 minutos	Objetivos alcanzados
Cierre	Finalizar el taller con la aplicación del retest para conocer aún hay Riesgo de TCA	Se aplica el Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)	Se informa a los adolescentes que se aplicará nuevamente el test para hacer una última evaluación acerca del riesgo de AN, los casos en riesgo podrán acercarse al DECE del Colegio para ser atendidos personalmente con la psicóloga.	Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI) Esferos	10 minutos	Funcionalidad del taller
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Tabla 9.*Cronograma de la propuesta*

Fuente: Elaboración propia

Sesiones	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
1	X	X	X	X								
2					X							
3					X							
4						X						
5						X						
6							X					
7							X					
8								X				
9									X	X	X	X

Cuadro 11.*Planificación general y temporalización de la propuesta*

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Cognitiva Conductual Psicopedagógica	Diagnosticar a los adolescentes el Riesgo de Bulimia Nerviosa	Psicoeducación	Aplicar el Test BULIT-R	Test Esferos	1 hora
2	Cognitiva Conductual Psicopedagógica	Psicoeducar a los adolescentes acerca de la Bulimia Nerviosa	Psicoeducación desde el enfoque Cognitivo-Conductual,	Presentar diapositivas e infografías las cuales expliquen el patrón de la Bulimia en los adolescentes	Proyector Diapositivas Laptop Sillas	1 hora
3	Psico-pedagógica Cognitiva	Reconocer los pensamientos que influyen en los adolescentes como adolescentes las distorsiones cognitivas	Reestructuración cognitiva	Reestructurar los pensamientos que influyen en los adolescentes acerca de su cuerpo	Laptop Infografías Papel Lápiz Marcadores	1 hora
4	Psico-pedagógica Conductual	Manejar dificultades que puedan ocasionar atracones	Entrenamiento de resolución de problemas	Se realiza 6 pautas a las que los adolescentes seguirán esta platilla	Laptop Proyector Marcadores	1 hora
5	Psico-pedagógico Cognitivo Conductual	Psicoeducar a los adolescentes acerca de los impulsos	Autocontrol y comunicación Entrenamiento de resolución de problemas	Los adolescentes tendrán que formular problemas con posibles alternativas.	Laptop Papel Lápiz	1 hora
6	Psico-pedagógico Cognitivo	Psicoeducar a los adolescentes acerca de las ideas irracionales	Técnica ABC	Se realiza que los adolescentes pongan ideas irracionales y	Laptop Hojas Lápiz Marcadores	1 hora

				volverlas racionales		
7	Psico-pedagógica Cognitivo	Atender los casos particulares de los adolescentes con Riesgo de Bulimia Nerviosa	Reestructuración cognitiva	Modificación las distorsiones cognitivas y control de pensamientos obsesivos	Laptop Papel Lápiz	1 hora
8	Psico-pedagógica Aspectos emocionales	Identificar las emociones de los adolescentes	Regulación emocional	La actividad es sobre el semáforo de emociones, para liberar la tensión de la bulimia	Papel Lápiz Diapositivas	1 hora
9	Cognitiva conductual Psico-pedagógica	Evaluar a los adolescentes por medio de la aplicación del re test para conocer el resultado del taller	Monitoreo y evaluación	Aplicar el test BULIT-R por segunda vez para conocer si el taller influenció o ayudo a los adolescentes	Test Esfero	1 hora

Fuente: elaboración propia

Fases de la propuesta de intervención psicológica

Fase I: Diagnóstico: Sesión 1 de Diagnóstico con la aplicación del

Fase II: Intervención psicológica: Abarca de la sesión 2 a la 9. Se aplica las siguientes sesiones con base al objetivo general del plan de intervención será de dirigida a los resultados obtenidos y enfocado solo para los adolescentes con Riesgo de Bulimia Nerviosa por medio del Test Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE)

a. Desarrollo de la intervención: Se muestra en la Cuadro 12.

Cuadro 12.*Primera Sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Primera							
Tema: Diagnóstico para Riesgo de Bulimia Nerviosa en adolescentes							
Objetivo: Diagnosticar los adolescentes con Riesgo de Bulimia							
Área de intervención: Psicopedagógica y social							
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro	
Introducción	Establecer contacto con el profesional del Departamento de Consejería Estudiantil	Conocer los posibles casos de riesgo de bulimia que presentan los adolescentes	El DECE de la Unidad Educativa ubicada en la ciudad de Quito se encarga de presentar a la facilitadora a los distintos cursos de Bachillerato con el fin de tener contacto cercano con la población	Gafetes	15 minutos	Generar el rapport con los participantes	
Desarrollo	Informar a los participantes sobre el proyecto de investigación y aplicación del test. Recolectar los consentimientos y asentimientos para la aplicación del test a los adolescentes de bachillerato	Presentar un resumen sobre bulimia Aplicación del Test BULIT-R	Se informa a los adolescentes sobre el tema del proyecto y el test que se va a utilizar, así como también, mencionar que se pedirá el consentimiento de los padres y el asentimiento de ellos con el fin de conocer si van a participar voluntariamente de la investigación. Una vez recolectados los documentos de consentimiento y asentimiento de los adolescentes se aplica Test BULIT-R a la población que acepto participar de la investigación, con el objetivo de conocer el Riesgo de Bulimia.	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Esferos Test de Test BULIT-R	45 minutos	Aplicar el Test BULIT-R	
Cierre	Realizar el diagnóstico por cada curso de Bachillerato y presentar los resultados al DECE sobre los casos con Riesgo de bulimia.	Se realiza una tabulación del test BULIT-R	Finalmente, se elabora la tabulación para encontrar el objetivo de la investigación, a partir de los resultados obtenidos se traza un plan de prevención para los adolescentes y la intervención focalizada en los adolescentes con riesgo de bulimia	Hoja Esferos SPSS Excel	1 hora	Conocer los datos sobre la aplicación del Test BULIT-R	
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta							

Fuente: elaboración propia

Cuadro 13.*Segunda sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Segunda						
Tema: Es necesario saber de bulimia						
Objetivo: Psicoeducar a los adolescentes acerca de la bulimia						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Introducir el tema por medio de preguntas a los adolescentes participantes.	Breve introducción sobre la bulimia	Para dar inicio al taller de psicoeducación se realizan preguntas a los adolescentes sobre el tema de la bulimia.	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector Hojas de papel bond Lápices	10 minutos	Conocer del tema
Desarrollo	Psicoeducar a los adolescentes sobre la bulimia. Elaborar un patrón de alimentación	Presentar diapositivas sobre la Bulimia Nerviosa Se pone en práctica la técnica de registro diario	Se realiza la psicoeducación con enfoque cognitivo conductual sobre la bulimia nerviosa ¿Cómo afecta a la salud física y mental? ¿Tipos de bulimia? ¿Cómo influye en la imagen corporal? ¿Qué conductas presenta? ¿Cuáles son las complicaciones? Se pide a los adolescentes que elaboren un patrón de alimentación regular se considera las siguientes medidas: - No realizar actividades durante las comidas. - Asignar un lugar (puesto en la mesa) de la casa. - Limitar la cantidad de alimentos. - Dejar los alimentos sobrantes para que sean desechados con la finalidad de no volver a ingerirlos. - Limitar la exposición a comidas peligrosas. - Planificar las comprar y realizar la lista después de haber comido no antes. - Hacer compras con el dinero justo. - Elegir productos que deban elaborarse no que estén pre elaborados. - Evitar en lo posible cocinar o entrar a la cocina.	Laptop Proyector Diapositivas Sillas Hojas	50 minutos	Identificación de dudas y facilitación de respuestas

Cierre	Instaurar un espacio de preguntas sobre la bulimia.	Se entrega una pelota para que los adolescentes puedan preguntar por turnos sobre la temática abordada.	Para finalizar la sesión se pide que realicen preguntas sobre la temática abordada con el fin de que quede claro cualquier duda.	Pelota	10 minutos	Aclarar las dudas
Evaluación de la sesión por el beneficiario						
Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 14.*Tercera sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Tercera						
Tema: ¿Mis pensamientos influyen?						
Objetivo: Reconocer los pensamientos que aborda el usuario						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Introducir el tema de bulimia por medio de un vídeo acerca de cómo piensan los adolescentes con bulimia.	Se realiza la presentación de un vídeo sobre el tema a abordar	Se facilita a los adolescentes un vídeo un corto sobre la bulimia de psicología social con el fin de que sean capaces de analizar e identificar ciertos eventos, conductas o pensamientos que tienen las personas con esta condición. Enlace del vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=5-wmvUWEWsU	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector Hojas de papel bond Lápices	30 minutos	Conocer distintas realidades sobre la bulimia
Desarrollo	Explicar sobre las distorsiones cognitivas	Conocer las distintas distorsiones cognitivas.	Se realiza la presentación de las distorsiones cognitivas que marcan un esquema de pensamiento en la bulimia, posterior se hace la entrega de una copia con estas distorsiones con el fin de que los adolescentes logren identificar cuáles de estos pensamientos influyen en ellos.	Laptop Proyector Diapositivas Sillas Hojas	30 minutos	Dar a conocer sobre distorsiones cognitivas.
Cierre	Escribir un pensamiento recurrente sobre la bulimia	Se entrega una nota adhesiva a los adolescentes para que escriban un pensamiento recurrente sobre la bulimia	Se entrega una nota adhesiva a los adolescentes para que escriban un pensamiento recurrente que tengan sobre la bulimia por la parte posterior se pone el número de la lista, luego se van a intercambiar esos papeles y van a reconocer los compañeros la distorsión cognitiva a la que responden o su opinión sobre este	Papel Esfero	10 minutos	Analizar los pensamientos del grupo.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 15.*Cuarta sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Cuarta						
Tema: Resuelvo mis problemas						
Objetivo: Manejar dificultades que pueden ocasionar atracón						
Área de intervención: Psico-pedagógica, conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer habilidades para manejar las dificultades	Se realiza la actividad “te toca a ti” en la que se preguntarán como actuarían en caso de alguna dificultad.	Se realiza la actividad denominada “te toca a ti” en las que se nombra ciertos problemas con el fin de conocer como actuarían ante esa dificultad. - Como actuarían si encuentran comida dañina para ellos - Qué haría si se encuentran solos en casa con la despensa llena. Qué hacer si piensan en inducir el vómito	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector	15 minutos	Conocer las habilidades de respuesta
Desarrollo	Entrenar la resolución de problemas	Manejo de dificultades	Se realiza la técnica de entrenamiento de resolución de problemas en la que los adolescentes seguirán 6 pautas: - Identificar el problema - Especificar y definir el problema - Considerar alternativas - Escoger la mejor solución - Poner en práctica la decisión Revisar el proceso	Hoja Esferos	45 minutos	Escoger las mejores decisiones
Cierre	Analizar temas puntuales sobre las dudas presentadas	Preguntas sobre la sesión	Se realiza un espacio para aclarar la dudas de los participantes	Papel Esfero	15 minutos	Identificación de dudas y facilitación de respuestas
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 16.*Quinta sesión para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Quinta						
Tema: ¿Cómo controlar mis impulsos?						
Objetivo: Manejo de impulsos						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo, conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Psicoeducar sobre los impulsos en los adolescentes	Se enseña a los adolescentes por medio de diapositivas	Explicar a los adolescentes sobre los impulsos, las causas y consecuencias de estas, un breve video que ejemplifique lo que son los impulsos.	Laptop Proyector	25 minutos	Conocer acerca de los impulsos
Desarrollo	Enseñar sobre técnicas de autocontrol y el análisis sobre pensamientos distorsionados.	Realizar dinámicas aplicadas al conocimiento sobre las técnicas mencionadas	Ayudar a los adolescentes a conocer acerca del el autocontrol y comunicación por lo cual se efectúa en situaciones de impulsos, con la ayuda del análisis sobre los pensamientos distorsionados que pueden ocasionar la percepción distorsionada sobre el cuerpo. Otra técnica que ayuda a los adolescentes es el entrenamiento en resolución de problemas, el cual ayuda a los adolescentes a hacer frente el problema de manera más apropiada	Hojas Lápiz	30 minutos	Psicoeducar
Cierre	Aplicación de las técnicas enseñadas de forma dinámica entre los adolescentes	Se les pide a los adolescentes que aplique los conocimientos adquiridos	Los adolescentes formaran parejas por afinidad, se les pide que los adolescentes apliquen la técnica de entrenamiento en resolución de problemas, que formulen un problema, que realicen diferentes posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión que sea más apropiada y la verificación del resultado,	Hoja Lápiz	15 minutos	Retroalimentación.
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 17.*Sesión sexta para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Sexta						
Tema: ¿Tengo ideas irracionales?						
Objetivo: Prevenir las ideas irracionales						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Psicoeducar a los adolescentes acerca de las ideas irracionales	Explicar a los adolescentes por medio de diapositivas audiovisuales	Se les informa a los adolescentes acerca de qué son las ideas irracionales, específicamente las ideas irracionales en las personas con riesgo de bulimia.	Laptop Diapositivas Presentación	25 minutos	Psicoeducar
Desarrollo	Implementar técnicas que se pueden utilizar frente a los ataques de ansiedad, a las distorsiones cognitivas e ideas irracionales	Se le pide a los adolescentes que realicen una tabla que se detalle por columnas lo siguiente: el acontecimiento, evaluación que se hace de lo que ha pasado, emoción de lo que les genera y lo que se hace.	Se enseña la técnica ABC, que se basa en demostrar creencias irracionales, y separarlas de las creencias racionales cada una con acontecimiento, evaluación y emoción.	Papel Lápiz	30 minutos	Transformar las ideas racionales en racionales
Cierre	Escribir una idea irracional acerca de su cuerpo y volverla racional	Escribir la primera idea que sientan que pueden cambiarla por una racional	Los adolescentes escribirán una idea irracional acerca de la perspectiva que tienen acerca de su cuerpo y realizar el mismo cuadro para volverla racional	Papel Lápiz Proyector	15 minutos	Ayudar sobre las ideas irracionales
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 18.*Sesión séptima para Riesgo de Bulimia Nerviosa*

Sesión: Séptima						
Tema: ¿Qué pienso acerca de mí?						
Objetivo: Atender los casos de Riesgo de Bulimia Nerviosa						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar la sobrevaloración de la importancia de la figura y el peso	Preguntas variadas sobre el TCA	Se les pregunta a los adolescentes el por qué es importante el peso para ellos, la importancia de su imagen corporal, ¿cómo ellos se ven delante un espejo?	Hoja de asistencia Espejo	15 minutos	Reflexión de parte de los estudiantes
Desarrollo	Aplicación de reestructuración cognitiva	Modificar distorsiones cognitivas acerca de su imagen corporal	Se pide a los adolescentes que escriban en una hoja qué parte de su cuerpo no les gusta, qué pensamientos se viene a la mente si se ven en un espejo, después de esto se les pide que dentro de su pensamiento puedan dar una solución Ejemplo: "Me siento inconforme con mi imagen frente al espejo" "Puedo mejorar de acuerdo a lo que no me gusta, puede ser un poco difícil pero lo voy a lograr"	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Papel Esfero	35 minutos	Solución de problemas
Cierre	Finalizar la sesión, se redactan sus cualidades para recordarlas	En un papel escribir las cualidades	Se pide a los participantes que escriban lo aprendido durante la sesión, y cinco cualidades que los caracterice	Papel Esferos.	10 minutos	Autoconcepto
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 19.*Sesión octava para Bulimia Nerviosa*

Sesión: Octava							
Tema: ¿Qué siento?							
Objetivo: Reconocer las emociones							
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitivo							
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro	
Introducción	Conocer qué saben de las emociones los adolescentes	Ronda de preguntas con el fin de conocer cuáles son las emociones que conocen los adolescentes	Se generan preguntas sobre el tema a trabajar y se presenta un vídeo al finalizar las respuestas se presenta el siguiente vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=gUwsySYtweA	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector Parlantes	15 minutos	Identificar las emociones	
Desarrollo	Identificar las emociones de los adolescentes	Semáforo de las emociones	Utilizar la técnica de regulación emocional “el semáforo de las emociones” en el cual se va a explicar a los participantes cómo actuar ante cada color: si el semáforo está en rojo se para y se analiza cómo se sienten en ese momento; si está en amarillo se piensa qué se hace y si está verde se ejecuta alguna acción de solución.	Sillas	30 minutos	Regular emociones	
Cierre	Finalizar el taller se invita a los adolescentes a realizar journaling o diario emocional	Diario emocional	Se comenta a los adolescentes que realizarán un diario emocional con el fin de que plasmen sus emociones, pensamientos, dudas y liberar parte de la tensión que genera la bulimia.	Micrófono	15 minutos	Generar autocuidado.	
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta							

Fuente: elaboración propia

Cuadro 20:*Fase III: Monitoreo y Evaluación*

Sesión: Novena						
Tema: ¿Empezar?						
Objetivo: Evaluar el Riesgo de Bulimia Nerviosa en la población con la aplicación del re test						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Finalizar el taller con los estudiantes de bachillerato con una dinámica de valoración	Dinámica de integración	Se realiza una dinámica de inicio, con el fin de saber un atributo propio que le guste al compañero de alado, así los adolescentes sentirán lo que los otros aprecian de él/ella. Retroalimentación sobre los temas tratados en el taller en base de preguntas	Hoja de asistencia Espejo	15 minutos	Aclarar dudas y preguntas
Desarrollo	Retroalimentar sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes Aplicar la técnica de resolución de problema para la autoayuda de los adolescentes en varias situaciones	Preguntas bidireccionadas Enseñar a los adolescentes acerca de la técnica con la aplicación de ellos mismos	Psicoeducar a los adolescentes con los temas tratados, y brevemente ver los objetivos alcanzados dentro del taller Técnica de resolución de problemas, los adolescentes escribirán en un papel sobre alguna situación que les incomode, se le pide a los adolescentes que busquen alternativas de solución que le pueda dar a la situación y tome una decisión y el por qué funcionaría, finalmente aplicarla en esa situación	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Papel Esfero	45 minutos	Objetivos alcanzados
Cierre	Finalizar el taller con la aplicación del re test para conocer aún hay Riesgo de Bulimia Nerviosa	Se aplica el Test BULIT-R	Se informa a los adolescentes que se aplicará nuevamente el test para hacer una última evaluación acerca del Riesgo de Bulimia Nerviosa, los casos en riesgo podrán acercarse al DECE del Colegio para ser atendidos personalmente con la psicóloga	Test BULIT-R Esferos	10 minutos	Funcionalidad del taller
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Tabla 10.
Cronograma de la propuesta

Sesiones	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
1	X	X	X	X								
2					X							
3					X							
4						X						
5						X						
6							X					
7							X					
8								X				
9									X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 21.*Planificación general y temporalización de la propuesta*

Sesiones	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Cognitiva Conductual Psicopedagógica	Diagnosticar a los adolescentes si tienen Riesgo de TCA no especificado	Psicoeducación a los adolescentes acerca del taller	Aplicar el <i>EAT-40</i> , para el diagnóstico de los TCA no especificado	Test <i>EAT-40</i> Esferos	1 hora
2	Psico-pedagógica Cognitiva	Comprender los TCA no especificados con la utilización de técnicas Cognitivo-Conductual.	Reducción de niveles de activación fisiológica	Informar a los adolescentes acerca de las técnicas que se utilizan en el programa	Laptop Diapositivas Silla Marcadores	1 hora
3	Psico-pedagógico Cognitivo	Identificar los TCA no especificados por medio de diapositivas	Reestructuración Cognitiva	Aplicar la técnica de reestructuración cognitiva, con reflexiones sobre los pensamientos negativos	Laptop Proyector Hoja Esféro	2 horas
4	Psico-pedagógica Emocional	Mejorar el autoestima y autoconcepto de los adolescentes para la prevención de TCA no especificado	Registro de aspectos positivos y negativos	Registrar los aspectos positivos y realizar el árbol de autoestima	Laptop Papel Lápiz	1 hora
5	Psico-pedagógica Conductual	Concientizar sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes del Colegio.	Psicoeducación Desensibilización sistemática	Modificar los pensamientos de valores personales de los adolescentes	Laptop Hojas Lápiz	2 horas

5	Psico-pedagógica Cognitiva	Modificar los pensamientos negativos con nuevos hábitos	Psicoeducación Flecha ascendente	Modificación de pensamientos	Laptop Papel Lápiz	2 horas
6	Psico-pedagógica Cognitiva Afectiva	Conocer los pensamientos de los adolescentes	Reestructuración y equilibrio de las cogniciones, técnica de flecha ascendente	Se modifica los pensamientos de los adolescentes por medio de la actividad el cual cambiará por un hábito positivo	Laptop Infografías Papel Lápiz	1 hora
7	Psicopedagógica Emocional Cognitiva	Prevenir la insatisfacción corporal e identificar las distorsiones cognitivas en los adolescentes	Autorregistros de pensamiento-emoción	Confrontación frente al espejo para reducirla preocupación corporal	Espejo Diapositivas	1 hora
8	Psico-pedagógica Cognitiva	Atender los casos de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificada con un enfoque cognitivo conductual.	Reestructuración cognitiva Resolución de problemas	Identificar la parte de su cuerpo que no les gusta, dar una solución al pensamiento negativo sobre su cuerpo Cambio de papeles Carta a mi	Laptop Espejo Papel Lápiz	2 horas
9	Cognitiva conductual Psico-pedagógica	Evaluar a los adolescentes por medio de la aplicación del re test para conocer el resultado del taller	Monitoreo y evaluación	Aplicar el test por segunda vez para conocer si el taller influenció o ayudo a los adolescentes	Test Hojas de respuesta Esfero	1 hora

Fuente: elaboración propia

Fases de la propuesta de intervención psicológica

Fase I: Diagnóstico: Sesión 1 de Diagnóstico con la aplicación del *Eating Attitudes Test 40* (EAT-40).

Fase II: Intervención psicológica: Abarca de la sesión 2 a la 8. Se aplica las siguientes sesiones con base al objetivo general del plan de intervención dirigida a los resultados obtenidos y enfocado solo para los adolescentes con Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria sin especificación por medio del *EAT-40*

a. Desarrollo de la intervención: Se muestra en la Cuadro 22.

Cuadro 22.*Primera Sesión para Riesgo de TCA no especificado*

Sesión: Primera						
Tema: Diagnóstico						
Objetivo: Diagnosticar los adolescentes con Riesgo de TCA						
Área de intervención: Psicopedagógica y social						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer a los estudiantes de los diferentes Bachilleratos para establecer un acercamiento	Presentación de facilitadora a los adolescentes de cada curso	El Departamento de Consejería Estudiantil se encarga de presentar a la facilitadora a los distintos curso de Bachillerato, para tener un contacto más cercano a la población de la investigación	Gafetes	15 minutos	Apertura con los adolecentes
Desarrollo	Informar a los adolescentes acerca del proyecto de investigación y aplicación del test	Presentar un breve resumen sobre el tema, a continuación, se aplica el Test de Actitudes Alimentaria (EAT-40)	Se informa a los adolescentes acerca del tema del proyecto y el test que se va a usar, además se menciona que se pedirá el consentimiento a los padres y el asentimiento que va dirigido a ellos acerca de su participación voluntaria	Laptop Proyector Esferos Test de Actitudes Alimentaria (EAT-40)	45 minutos	Psicoeducar y aplicar el EAT-40
Cierre	Detectar los casos en Riesgo de TCA no especificado y se emite los resultados al DECE	Se realiza una tabulación sobre los test aplicados	Finalmente, se realiza la debida tabulación para encontrar el objetivo de la investigación, a partir de los resultados obtenidos se hace un plan de intervención para los adolescentes con Riesgo de TCA no especificado	Hoja Esferos SPSS Excel	1 hora	Conocer los datos sobre la aplicación del Test
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción a los adolescentes con el fin de conocer el nivel de satisfacción con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 23.*Segunda sesión para Riesgo de TCA no especificado*

Sesión: Segunda						
Tema: Comprender los Trastornos de la Conducta Alimentaria						
Objetivo: Psicoeducar a los adolescentes acerca de los TCA para mejor manejo del grupo						
Área de intervención: Psico-pedagógica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Presentar el taller sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria a las entidades y población	Informar del taller y los objetivos deseados	Se da la bienvenida a las entidades del Colegio y los estudiantes con la colaboración del DECE, se realiza una presentación general y se dan a conocer los objetivos que se esperan alcanzar	Gafetes Imperdibles Laptop Proyector	25 minutos	Informar a las entidades y adolescentes
Desarrollo	Describir la propuesta de intervención para el TCA no especificado en adolescentes, a las autoridades y beneficiarios. Explicar una de las técnicas que se utilizará durante esta sesión para la sensación de relajación muscular	Detallar la propuesta de intervención con la presentación de diapositivas. Se pone en práctica la técnica de desactivación para reducción de niveles de activación fisiológica	Indicar a los participantes el proyecto de intervención, en cuanto a los puntos que se van a hablar en el proyecto y la finalidad del mismo. Se pide a los adolescentes que van hacer respiración abdominal, se muestra como lleva a cabo de modo continuo y natural, se les indica que esto se puede usar en distintas situaciones como antes de una discusión, se complementa con relajación progresiva muscular en cuatro grupos musculares	Laptop Proyector Diapositivas Sillas	40 minutos	Dar a conocer la finalidad del taller
Cierre	Instaurar un espacio de preguntas sobre de la propuesta de prevención.	Se entrega una pelota para que los adolescentes puedan preguntar por turnos	Para finalizar la primera sesión se pide a los adolescentes que realicen preguntas sobre el plan de intervención con el fin de que quede claro cualquier duda, se concluye que pongan en práctica la técnica aprendida	Pelota	10 minutos	Aclarar las dudas
Evaluación de la sesión por el beneficiario Se realiza una encuesta de satisfacción con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 24.*Tercera sesión para Riesgo de TCA no especificado*

Sesión: Tercera						
Tema: Introducción a la propuesta de intervención para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria.						
Objetivo: Brindar información específica del programa a los adolescentes beneficiarios.						
Área de intervención: Psico-pedagógico, cognitivo						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Introducir el tema de imagen corporal por medio de una actividad interactiva	Se realiza una dinámica llamada “se pasea mis complejos”	Para dar inicio al taller de psicoeducación se presenta imágenes con partes del cuerpo, se hace que los adolescentes participen y mencionen un conjunto de medidas personales que contengan pensamientos y actitudes para afrontar ese complejo, cómo tendría que pensar y actuar y en qué no limitaría su vida.	Laptop Proyector Micrófono Carnets Imperdibles	20 minutos	Informar sobre la imagen corporal
Desarrollo	Psicoeducar a los adolescentes respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria	Exponer las diapositivas sobre el TCA	Se realiza la psicoeducación con enfoque cognitivo conductual sobre los Trastorno de la Conducta Alimentaria ¿Cómo se identifica los TCA? ¿Cómo se clasifican los TCA? ¿Cómo influye la imagen corporal con los TCA?	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas	35 minutos	Dar a conocer sobre el TCA
	Realizar reflexiones relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la imagen corporal de los adolescentes	Mostrar imágenes que indiquen reflexiones sobre el TCA	La técnica aplicada se basa en la reestructuración cognitiva donde se muestran reflexiones relacionadas al TCA, los pensamientos negativos que puedan aparecer como por ejemplo, “La anorexia es un espacio” (prisión) “La bulimia es una persona” (compañera/ladrona) “Los TCA son una entidad física” (bote salvavidas).			
Cierre	Finalizar el taller mediante reflexiones por parte de los adolescentes	Cerrar el taller con una reflexión acerca de las metáforas.	Finalmente, para cerrar la segunda sesión se pide a los adolescentes que escriban una metáfora creada por ellos con los anteriores contextos	Papel. Esferos.	10 minutos	Conocer si los adolescentes comprendieron el taller
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta de intervención.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 25.*Cuarta sesión para Riesgo de TCA no especificado*

Sesión: Cuarta						
Tema: Mi autoestima						
Objetivo: Mejorar el autoestima y autoconcepto de los adolescentes de bachillerato						
Área de intervención: Psico-pedagógico, emocional						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Debatir sobre el autoconcepto y autoestima de los adolescentes	Dividir en dos grupos y expliquen lo que entienden cada grupo	Los participantes tendrán que explicar con sus palabras qué entienden por autoconcepto y autoestima, mientras que el otro grupo tendrá que hacerles preguntas referentes a sus conceptos	Gafetes Laptop Proyector	15 minutos	Socializar con los estudiantes
Desarrollo	Conocer qué es la autoestima y cómo se relaciona con el TCA. Registrar los aspectos positivos y negativos de los adolescentes	Exponer diapositivas del tema a tratar. Árbol de mi autoestima	Se explica a los adolescentes acerca de la autoestima, la percepción de sí y cómo esto puede relacionarse con la imagen corporal, como en ocasiones los pensamientos negativos pueden llegar a afectar su autoestima. Se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la divida en dos columnas verticales de igual tamaño. En una columna colocarán los logros, metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos, en la otra sus "cualidades" físicas o corporales, espirituales o mentales. Finalmente, se hace que dibujen el árbol mostrado en las diapositivas y que en los frutos pongan sus logros y en las raíces las cualidades.	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Hojas Esferos Marcadores	50 minutos	Informar
Cierre	Finalizar el taller con la realización de una actividad del autoestima	Concluir el taller con el árbol de mi autoestima	Se pide a los adolescentes que mediten acerca de lo escrito por ellos en el árbol y se les invita que escriban un mensaje debajo de él sobre lo que les transmite.	Hojas Esferos Marcadores	10 minutos	Construir el autoestima
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la presentación de la propuesta de intervención.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 26.*Quinta sesión para TCA no especificado*

Sesión: Quinta						
Tema: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificado						
Objetivo: Prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria por medio de sensibilización						
Área de intervención: Psico-pedagógica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Retroalimentar acerca del tema de los TCA en base a preguntas	Ronda de preguntas bidireccionadas sobre el anterior taller	Se realiza preguntas sobre el taller donde se habló sobre el tema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los adolescentes responderán preguntas y también podrán hacer preguntas	Hoja de asistencia	15 minutos	Clarificar los aprendizajes
Desarrollo	Informar acerca de los TCA no especificados en adolescentes. Definir los valores de cada adolescente por medio de preguntas	Concientizar a los adolescentes por medio de un caso de TCA Modificación de pensamientos por medio de la desensibilización sistemática	Se entrega una hoja con un caso de un adolescente con TCA, se dice a los participantes que subrayen las partes importantes para ellos, siguiente a esto leerán el por qué les llamo la atención y cómo ellos podrían ayudarle al adolescente esta situación. Las preguntas se realizan a continuación para definir los valores personales para la modificación de pensamientos, como: ¿qué tipo de relación quieres tener con tu familia? ¿qué tipo de padre/madre quisieras ser? ¿qué implica una buena relación? Después de esto, se explica que los valores con importantes identificarlos y tenerlos presentes para que guíen la conducta de cada uno	Caso Resaltador Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Hoja de auto registro	45 minutos	Sensibilizar sobre el tema
Cierre	Finalizar el taller mediante etiquetas dirigidas al valor personal	Entrega de etiquetas adhesivas para escribir un valor personal	Se les pide a los adolescentes que en la etiqueta adhesiva pongan el valor personal que sea más importante para ellos y llevar a cabo acciones alineadas con los valores.	Etiquetas adhesivas de colores Esferos	10 minutos	Importancia de la persona
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 27.*Sexta sesión para Riesgo de TCA no especificado*

Sesión: Sexta						
Tema: Construir mis pensamientos						
Objetivo: Modificar los pensamientos negativos a partir de la Terapia Cognitivo Conductual						
Área de intervención: Cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Conocer cuáles son los pensamientos que tienen de nosotros mismos	Escribir en una hoja qué pienso sobre mí	Los adolescentes escribirán 5 pensamientos que tengan acerca de ellos mismos, tendrán en cuenta que los pensamientos negativos suplantarán con positivos	Hoja de asistencia	10 minutos	Modificar los pensamientos
Desarrollo	Pensar en soluciones para que los pensamientos negativos no sean concurrentes	Lista de hábitos	Técnica de flecha ascendente, la modificación de pensamientos, los adolescentes realizarán una lista la cual ellos consideren que pensamientos negativos sobre ellos pueden cambiar por un hábito positivo, es decir, su pensamiento negativo sobre su estado físico, su hábito positivo será salir a caminar con su mascota para contribuir a su físico.	Proyector Laptop	40 minutos	Encontrar hábitos positivos
Cierre	Finalizar el taller con reflexión	Preguntas	¿Qué es realmente relevante para ti en estos momentos? ¿Qué valores instaurarías en un futuro para ti? ¿Qué harías si no intentaras forzar una situación?	Hoja Esferos	5 minutos	Aclarar sus objetivos
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 28.*Séptima sesión para Riesgo de TCA no especificado*

Sesión: Séptima						
Tema: Influencia de redes sociales						
Objetivo: Construir un espacio seguro para el autoestima de los adolescentes						
Área de intervención: Cognitiva, psico-pedagógica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Socializar sobre las redes sociales y su influencias en los adolescentes por medio de una dinámica	Los adolescentes tendrán que elegir cuál es mito y cuál es verdad	La actividad de apertura que se realiza con los adolescentes es mostrar una serie de mitos y verdades y que ellos clasifiquen de acuerdo a su creencia ¿mis amigos de redes son mis amigos de verdad? ¿entre más likes tengo más bonita/o me veo? ¿los comentarios pueden llegar a afectarme? ¿ser figura pública arreglará mi vida? ¿mi vida se basa en redes sociales?	Papelotes Adhesivos Gafetes	30 minutos	Comunicar la influencia
Desarrollo	Proporcionar información acerca de las redes sociales Construcción del autoestima	Información acerca de las redes sociales Enumera las virtudes de tu compañero/a de alado	Las redes sociales son el principal factor influyente en los adolescentes, el aspecto físico se vuelve primordial y llegan a ser el modelo a seguir de mucho/as y en ocasiones no son reales y por lo tanto no se tomarán como ejemplo Se le pide a los participantes que hagan un círculo con sus sillas y que en ella pongan su nombre, van a pasar la hoja al compañero de alado se enumera las virtudes de la persona, acompañado con algo de su aspecto físico que les agrade, así hasta que la hoja llegue de nuevo a su dueño.	Proyector Laptop Esfero Marcadores	45 minutos	Entender el riesgo de redes sociales
Cierre	Finalizar el taller con la lectura de la hoja	Subrayar las virtudes que les gusta que los otros noten	El objetivo de esta dinámica es que los participantes tengan en cuenta las virtudes que otros ven en ellos, además de leer acerca de la apariencia y cómo también se ven desde ese punto.	Resaltador	10 minutos	Reflexionar con los adolescentes
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 29.*Octava sesión para TCA no especificado*

Sesión: Octava						
Tema: ¿Qué pienso acerca de mí?						
Objetivo: Prevenir la insatisfacción corporal e identificar las distorsiones cognitivas en los adolescentes						
Área de intervención: Cognitiva, conductual, psico-pedagógica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar la insatisfacción corporal de los adolescentes con Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificada	Informar a los adolescentes sobre qué es la insatisfacción corporal, además de preguntas sobre el tema con el juego de “yo nunca nunca”	Psicoeducar a los adolescentes que tienen Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria acerca de qué es la insatisfacción corporal y preguntarles varias cosas sobre el tema. Ejemplo: Yo nunca nunca me he sentido o visto gordo/o A mí nunca nunca me han dicho que estoy delgado sintiéndome lo contrario	Hoja de asistencia Preguntas	30 minutos	Informar
Desarrollo	Abordar el tema de prevención para la insatisfacción corporal desde la Terapia Cognitiva Conductual	Cambio de papeles Análisis funcional de la conducta	En esta dinámica se divide en dos el grupo, el primer grupo defenderá el modelo actual de imagen estética de delgadez y obsesión por el cuerpo perfecto, el otro grupo criticará el mismo modelo, posteriormente intercambiarán papeles y al finalizar darán sus argumentos y se les preguntará que les costó más defender y la conclusión que han sacado. Se realiza varios ejemplos de cómo se puede aliviar el síntoma de insatisfacción o pensamientos negativos del cuerpo. Ejemplo: Salir con mis amigo/as para no sentir ansiedad por mi peso	Laptop Proyector Imágenes	1 hora	Prevenir sobre los TCA
Cierre	Finalizar el taller con la reflexión de lo aprendido y recopilación de información	Preguntas del tema de hoy	La reflexión se hará en parejas, cómo se sintieron al realizar el ejercicio de análisis funcional de conducta	Papel Esferos.	10 minutos	Reflexión de parte de los adolescentes
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Cuadro 30:*Fase III: Monitoreo y Evaluación*

Sesión: Novena						
Tema: Comenzar de nuevo						
Objetivo: Evaluar el Riesgo de TCA no especificado en la población con la aplicación del re test						
Área de intervención: Psico-pedagógica, cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recursos	Tiempo	Logro
Introducción	Finalizar el taller con los estudiantes de bachillerato con una dinámica de valoración	Dinámica de integración	Se realiza una dinámica de inicio, con el fin de saber un atributo propio que le guste al compañero de alado, así los adolescentes sentirán lo que los otros aprecian de él/ella. Retroalimentación sobre los temas tratados en el taller en base de preguntas	Hoja de asistencia Espejo	15 minutos	Aclarar dudas y preguntas
Desarrollo	Retroalimentar sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los adolescentes Aplicar la técnica de resolución de problema para la autoayuda de los adolescentes en varias situaciones	Preguntas bidireccionadas Enseñar a los adolescentes acerca de la técnica con la aplicación de ellos mismos	Psicoeducar a los adolescentes con los temas tratados, y brevemente ver los objetivos alcanzados dentro del taller Técnica de resolución de problemas, los adolescentes escribirán en un papel sobre alguna situación que les incomode, se le pide a los adolescentes que busquen alternativas de solución que le pueda dar a la situación y tome una decisión y el por qué funcionaría, finalmente aplicarla en esa situación	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Papel Esfero	45 minutos	Objetivos alcanzados
Cierre	Finalizar el taller con la aplicación del retest para conocer aún hay Riesgo de TCA	Se aplica el Test de Actitudes Alimentarias 26 (EAT-26)	Se informa a los adolescentes que se aplicará nuevamente el test para hacer una última evaluación acerca del TCA, los casos en riesgo podrán acercarse al DECE del Colegio para ser atendidos personalmente con la psicóloga	Test Hojas de respuesta Esferos	10 minutos	Funcionalidad del taller
Evaluación de la sesión por el beneficiario Realizar una encuesta con el fin de conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.						

Fuente: elaboración propia

Tabla 11.
Cronograma de la propuesta

Sesiones	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
1	X	X	X	X								
2					X							
3					X							
4						X						
5						X						
6							X					
7							X					
8								X				
9									X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se definen como alteraciones relacionadas con la ingesta de alimentos o restricción de la misma, el CIE, tanto 10 como 11, agrupa 2 síndromes: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En la adolescencia se originan cambios físicos y psicológicos importantes que, en algunos casos, influyen en los riesgos de TCA. El abordaje para el TCA desde la Terapia Cognitivo Conductual tiene como objetivo reducir los atracones y conductas compensatorias y modificar la tendencia a realizar dietas, además ayuda a disminuir los síntomas asociados
- El resultado diagnosticado mediante el Test de Actitudes Alimentarias 26 (*EAT-26*) tuvo como resultado que, de 105 estudiantes de 14 a 18 años del Colegio, 45 se encuentran en Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, adicional a esto se realiza la comparación entre 25 hombres y 20 mujeres en Riesgo de TCA sin que se encuentren diferencias significativas en cuanto al género.
- Se realiza una propuesta con enfoque cognitivo conductual con el objetivo de prevenir los TCA en 10 sesiones: una de diagnóstico, siete de intervención grupal para toda la población, una para la población en riesgo de TCA y una última de evaluación.

RECOMENDACIONES

- Profundizar en los síntomas que se pueden asociar al TCA, es decir, otros trastornos los cuales causen comorbilidad, es importante conocer que muchos trastornos como la ansiedad, depresión, baja autoestima pueden incitar a los adolescentes a que coman en exceso o dejen de comer, lo que conlleva a que se produzca un desajuste en los hábitos alimentarios.
- Dentro de esta investigación existe el punto que se desea también establecer que es la influencia de las redes sociales, no se realiza una revisión bibliográfica más profunda, pero es necesario que se pueda conocer la influencia que ejerce la familia y el medio social, como también la presión de varias redes sociales como Facebook, TikTok e Instagram en los adolescentes, día a día están expuestos a la influencia errónea o desconocimiento sobre la salud mental o física.
- Definir los Trastornos de la imagen corporal como el trastorno dismórfico corporal que es una enfermedad mental, que también puede llegar a afectar a los adolescentes y pueden pasar desapercibidos por los demás, pero algunos síntomas se pueden relacionar con los TCA.
- Finalmente, es importante que la intervención tenga el acompañamiento de un especialista en nutrición para que la prevención incluya hábitos saludables de alimentación y así lograr una completa ayuda a los adolescentes no solo en el ámbito de salud mental, sino que también físico.

BIBLIOGRAFÍA

- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M. J., Henderson, J. y Marnell, M. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(3), 356–360.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.356>
- Aláez, M., Madrid, J. y Antona, A. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84),45-53. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808405>
- Allen, B. y Waterman, H. (2022). *Etapas de la Adolescencia*. *Healthy Children.Org*. Estados Unidos: American Academy of Pediatrics. Recuperado de <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I. y Serra, L. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 31(5), 2283–2288.
doi:10.3305/nh.2015.31.5.8583
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson: DSM-IV-TR.

American Psychiatric Association. (2015). *Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales del DSM 5*. Estados Unidos: Arlington.

Andrade, D. y Carreño, E. (2022). Reflexiones sobre los paradigmas de la investigación científica; La geometría fractal un enfoque sistémico para la investigación interdisciplinaria. *Éndoxa: Series Filosóficas*, 50, 187-208. Recuperado de <https://revistas.uned.es/index.php/endoxa/article/view/24660/27082>

Angamarca, E. y Montoya, V. (2016). *Trastornos de conducta alimentaria y su relación con los estados de ansiedad y depresión en las estudiantes de bachillerato de los colegios fiscales de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Loja*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16486>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica*. Recuperado de https://www.academia.edu/23573985/El_proyecto_de_investigaci%C3%B3n_6ta_Edici%C3%B3n_Fidias_G_Arias_FREELIBROS_ORG

Azuero, A. (2018) Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitraria Interdisciplinaria KOINONIA* 4(8) 110 – 127. DOI: <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>

Beltrán, L. (2017). *Tratamiento psicológico en un caso de trastorno del comportamiento alimentario*. [Tesis de posgrado. Universidad Autónoma de Madrid]. Biblos-e. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680167/beltran_garrayo_lucia_tfm.pdf?sequence=1

Benites, L. (2021) Prueba de Kaise-Meyer-Olkin (KMO) para adecuación de muestreo. *Statologos*. Recuperado de <https://statologos.com/kaiser-meyer-olkin/>

Berny, M. B., Rodríguez, D. L., Cisneros J. y Guzmán, G. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco*, 7(14) 15 – 21. Recuperado de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6036/9460>

Borrás, T. S. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico de Holguín*, 18(1) 5 – 7. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002.

Bosanac, P., Norman, T., Burrows, G. y Beumont, P. (2005). Serotonergic and Dopaminergic Systems in Anorexia Nervosa: A Role for Atypical Antipsychotics?. *Revista de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda*, 39(3), 146 – 153 <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01536.x>

Brito, P.S. (2015). *Frecuencia de trastornos alimentarios en adultos jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito noviembre-diciembre, 2014* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8934>

Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A. y Gallego, L. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19–37. doi:10.5093/cl2014a1

Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. y Munguía E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir*, 18(1), 51 – 55. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131h.pdf>

- Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., Innocenti, M., Gironi, V., Sanfilippo, G., ... Ricca V. (2020). The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1855–1862. doi:10.1002/eat.23368
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21 – 33. Recuperado de <https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/198/152>
- CEPAL. (2014). Los datos demográficos: alcances, limitaciones y métodos de evaluación. *Serie Manuales*, (82), 15 – 20. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37145/S1420555_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chóez, L. y Tejeda, R. (2021). Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 5(2), 376–386. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8004123>
- Cobos, V. y Yaruquí, K. (2009). *Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en adolescentes de 12 a 19 años de los colegios secundarios del área urbana de*

la ciudad de Loja (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4342>

Constaín, G., Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M., Álvarez, M., Marín, C. y Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 46(6), 283 – 289. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. y Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236. <https://doi.org/10.1002/erv.628>

Cruz, R. M., Ávila, M. L., Velásquez, H. J. y Estrella, D. F. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Mexican Journal of Eating Disorders*, 4(1), 37 – 44. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a5.pdf>

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. y Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 132–135. doi:10.1192/bjp.186.2.132

Dalle-Grave, R., Sartirana, M., Sermattei, S. y Calugi, S. (2021). Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 70-84. Recuperado en <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>

Dueñas, Y., Murray, M., Rubio, M. B., Murjani, M. S. y Jiménez, A. S. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria*. 32(5), 2091–2097. doi:10.3305/nh.2015.32.5.9662

Emiro, J. y Castañeda T. (2020) Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 162 – 169. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>

Escolar-Llamazares, M., Martínez, M., Gonzáles, M., Medina, M., Mercado, E. y Lara, F., (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimulación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 105–112. doi:10.1016/j.rmta.2017.05.003

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., ... Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of general psychiatry*, 48(5), 463–469. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810290075014>

Fairburn, C. G. y Wilson, T. (1993). *Comer compulsivamente: naturaleza, evaluación y tratamiento*. New York, E.U.A.: Guilford Press

Ferrero, A., De Andrea, N. y Lucero, F. (2019) La importancia del Consentimiento Informado y el Asentimiento en Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 4(2), 33 – 40. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/25186/28748>

Field, A., Cheung, L., Wolf, M., Herzog, D. B., Gortmaker, L. y Colditz, A. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103(3), E36. doi:10.1542/peds.103.3.e36

Franco, Y. (2011) Research Thesis. Methodological framework. Venezuela.

Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., ... Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Quito-Ecuador. Recuperado de
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Gallegos, A y Arguello, M. (2015). *Asociación del riesgo para adquirir trastornos de la conducta alimentaria con el Índice de Masa Corporal en adolescentes entre 15 y 18 años en colegios de CORPEDUCAR de la ciudad de Quito.* (Tesis de pregrado). Recuperado de
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6229/1/114168.pdf>

García, I. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria y redes sociales. una perspectiva del siglo XXI* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. Recuperado de
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/41331>

García-Escarzaga, M. y Lasarte, A. (2021). *Trastornos de la conducta alimentaria: Una patología en auge entre adolescentes. Revisión bibliográfica* (Tesis de pregrado). Recuperado de
<https://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A4258>

Garner, D.M y Garfinkel, P.E. (1979) Test de Actitudes Alimentarias: un índice de los síntomas de la anorexia. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. Recuperado de
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/472072/>

- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlations. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S. y Dubey, S. (2020). Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*, 72(3), 226 – 235. doi:10.23736/S0026-4946.20.05887-9
- Gismero, M. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33–47. doi:10.33898/rdp.v31i115.354
- González, A., Kohn, M. R. y Clarke, S. D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36(8), 614–619. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17676184/>
- Griffiths, S., Murray, S. B., Krug, I. y McLean, S. A. (2018). The contribution of social media to body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and anabolic steroid use among sexual minority men. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 21(3), 149–156. doi:10.1089/cyber.2017.0375

- Hagopian, H. (2016). Experimentos en una ciencia no experimental. *Investigación Económica*, 75(295), 31-91. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/601/60144179002.pdf>
- Halmi, A. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria. *Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbort JA, (Eds.) *Tratado de Psiquiatría*. 2ª ed. Barcelona: Ancora; pp. 905-24
- Harris, C. y Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173(1), 11–53. doi:10.1192/bjp.173.1.11
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4) 639 – 665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hebebrand, J. y Herpertz - Dahlmann, B. (2019). *Trastornos de la Conducta Alimentaria Y Obesidad En Niños Y Adolescentes*. Recuperado de <https://books.google.at/books?id=y8nSDwAAQBAJ>
- Henriette A. y Delemarre-van de Waal MD. (2002). Regulation of puberty. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 16(1), 1–12. Doi: 10.1053/beem.2001.0176

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta. Edición. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Herrera, P. (1999). Principales factcores de riesgo psicológico y sociales en el adolescente. *Rev. Cubana Pueriatr*, 71(1), 39-42. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v71n1/ped06199.pdf>

Íñiguez, L. y Murillo, C. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Bachillerato. Zona 7, Ecuador* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18278>

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, HC y Agras, WS. (2004). *Aceptación de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios: aplicación de la terminología de riesgo y sugerencias para una taxonomía general* 130(1). Doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19.

Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939–1949. doi:10.1017/S0033291710002631

Jagielska, G. y Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.*, 51(2), 205–218. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28581532/>

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, EM., Timko, CA., Herbert, JD., Butryn, ML., ... Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459–489. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>

Lara, J. (1996). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. *Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, (11) 121–128. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2282696.pdf>

Lillo, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es

Lock, J., Le Grange, D., Stewart, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. y Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.128

- Lock, J. y Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97. doi:10.1016/s0716-8640(11)70396-0
- Losada, A. y Whinttingslow. (2013). Técnicas de la Terapia Sistémica en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Borrromeo*, (4) 393 – 424. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/282668013_TECNICAS_DE_LA_TERAPIA_SISTEMICA_EN_TRASTORNOS_DE_LA_CONDUCTA_ALIMENTARIA
- Lugo, K. y Pineda, G. (2020). Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2) 1 – 11. Recuperado de <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3141/2701>
- Mabe, A. G., Forney, K. J. y Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516–523. doi:10.1002/eat.22254

- Macció, G. (1997). *Diccionario demográfico Multilingüe*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/34405/S9700578_es.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Madrugá, D. y Pedrón, C. (2004). Alimentación del Adolescente. En Asociación Española de Pediatría. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría* (pp. 303–310). Madrid, España: Aeped. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1-alimentacion_adolescente.pdf
- Maganto, C. (2011). *Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria*. España: Consejo General de la Psicología de España. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436
- Martín-Murcia, F., Cangas, A. J. y Pardo, L. (2011). A Case Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder Using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies*, 10(3), 198–209. <https://doi.org/10.1177/1534650111400899>
- Mejía, M. y Peceros, B. (2019). *Factores de Riesgo en problemas de Conducta Alimentaria e imagen corporal en adolescentes de una Universidad de Lima* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5564/MEJ%C3>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009) *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006/05-01. Recuperado de http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf

Mintz, L. B. y O'Halloran, M. S. (2000). The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74, 489- 503. Recuperado de https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7403_11

Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. España, Barcelona: Gedisa. Recuperado de <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>

Morandé, G. (1995) Un peligro llamado anorexia. *La tentación de adelgazar*. España, Madrid: Editorial Temas de Hoy

Morandé, G. (2015). *Trastornos alimentarios en la infancia y adolescencia*. Tarragona, España: Altaria.

Moreno, L. A. (2015). La alimentación del adolescente. *Mediterráneo económico*, (27), 75–86. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207068>

Ojeda-Martín, Á., López-Morales, M., Jáuregui-Lobera, I. y Herrero-Martín, G. (2021).

Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of negative & no positive results*, 6(10), 1289–1307. doi:10.19230/jonnpr.4322

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Las condiciones de salud de las Américas*.

Washington, Estados Unidos: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos Mentales*. Recuperado de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (2019) *Clasificación Internacional de Enfermedades*

CIE-11. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación Internacional de*

Enfermedades CIE-10. Recuperado de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Orsillo, S. M. y Batten, S. V. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive

control: Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 253–259. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80057-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80057-8)

Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 11(2), 229-247. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33716996003.pdf>

Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (71/72), 33–41. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/225292516_Epidemiologia_de_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_en_Espana_Revision_y_estado_de_la_cuestion

Portela, M., Ribeiro, H., Mora, G. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 12(2), 391-401

Porter, R.S., Kaplan, J.L., Lynn, R.B. y Reddy, M.T. (2020). *El Manual Merck*. España, Madrid: Editorial Panamericana.

Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1729) 1 – 11.

Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19s1/1729-519X-rhcm-19-s1-e3307.pdf>

Rodríguez, L. y Fernández, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. Cognitive analitic psychotherapy and personality disorders: review. *Acción Psicológica*, 10(1), 65-74. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7034>

Rodríguez, M. (2004). *El Genograma: Un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Madrid, España: Ediciones Morata. Recuperado de https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Ceberio.Genograma.PR_.pdf

Rohde, P., Stice, E. y Marti, C. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187 – 198. doi:10.1002/eat.22270

Ruíz, P., Alonso, J., Velilla, J., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo A. (1998). Vista de Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 3(98), 148 – 162. Recuperado de <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/448/367>

Ryle, A. y Kerr, I. B. (2006). *Psicoterapia Cognitivo Analítica: Teoría y práctica*. Bilbao, España: Desclée de Brower.

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3) 381 – 392. Recuperado de <https://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>

Samatán-Ruíz, E. M. y Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 40 – 52. doi:10.31766/revpsij.v38n1a6

Serra M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/57904?page=4>

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284

Toro, J. y Vilardell E. (1987) *Anorexia nerviosa*. España, Barcelona: Martínez Roca

- Tuapanta, D., Duque, M. y Mena, A. (2017). Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitarios. *Revista mktDescubre*, (10), 37 – 48. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
- Turón, V. y Janer, A. (2015). Trastorno de la Alimentación. En A. Jarne y A. Talarñ (Eds.), *Manual de la Psicopatología Clínica* (pp. 139–187). Recuperado de https://www.academia.edu/34801838/Manual_de_Psicopatologia_Clinica_Jarne_y_Talarn
- Unikel-santoncini, C. y Bojórquez-Chapela, I. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46(6), 509–515. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n2/0185-3325-sm-29-02-44.pdf>
- van Son, G., van Hoeken, D., Bartelds, A., Van Furth, E. y Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 565–569. doi:10.1002/eat.20316
- Valdez R., Fausto J., Valadez I., Ramos A., Loreto O. y Villaseñor M. (2012). Estado nutricional y carencias de micronutrientes en la dieta de adolescentes escolarizados de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 161-166. Recuperado de

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222012000200009&lng=es&tlng=es.

Veloso, V., Lucena, S. D, Santos, W. S, Gouveia, R. y Cavalcanti, J. P (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 28-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640004>

Vera, C. y Vivanco A. (2012). *Validación del test de Garner (EAT-26) para detectar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios a través de su aplicación en una población mixta de adolescentes provenientes de colegios particulares de la ciudad de Quito*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5016>

Vygotski, L. (1931). *Psicología del adolescente*. Madrid, España: Visor Libros.

Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144250>

Wick, M. R. y Keel, P. K. (2020). Posting edited photos of the self: Increasing eating disorder risk or harmless behavior? *The International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 864–872. doi:10.1002/eat.23263

ANEXOS

Anexo 1



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Estimados alumnos del Colegio, la presente ficha sociodemográfica de carácter confidencial, hace parte de la investigación para la realización de diseñar una propuesta de intervención para adolescentes con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Su participación en la realización de esta ficha es de gran importancia, nos permiten acercarnos a los objetivos de esta investigación, les agradezco su colaboración.

Responsable: Psic. Andrea Males

I. DATOS GENERALES

Género

Masculino		Femenino		Otro		¿Cuál?	
-----------	--	----------	--	------	--	--------	--

Edad

14		15		16		17		18	
----	--	----	--	----	--	----	--	----	--

Escolaridad

Primero de Bachillerato		Segundo de Bachillerato		Tercero de Bachillerato	
-------------------------	--	-------------------------	--	-------------------------	--

Estado civil

Soltera/o		Casada/o		Otro		¿Cuál?	
-----------	--	----------	--	------	--	--------	--

Nacionalidad

Ecuatoriana		Otra		¿Cuál?	
-------------	--	------	--	--------	--

Tipo de Familia

Nuclear		Monoparental		Extensa	
---------	--	--------------	--	---------	--

Estado civil de los padres

Soltero/a		Casados		Divorciado		Unión Libre	
-----------	--	---------	--	------------	--	-------------	--

Nivel de instrucción de los padres

Básico		Secundario		Superior	
--------	--	------------	--	----------	--

Sostén económico del hogar

Ambos padres		Solo padre		Solo madre		Otro	
--------------	--	------------	--	------------	--	------	--

Estatus económico

Buena		Muy buena		Regular	
-------	--	-----------	--	---------	--

Anexo 2.**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA EXPERTOS**

Estimado/a:

Usted ha sido seleccionado para validar el instrumento EAT -26 que es parte del proyecto de investigación PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA desarrollado por Andrea Nathaly Males Rubio de la Maestría en Psicología Clínica mención en psicoterapia infantil y de la adolescencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede- Ambato.

La población con la que se trabaja es de 105 estudiantes de primero a tercero de bachillerato en edades comprendidas entre 14 y 18 años.

La validación del instrumento es importante porque permite determinar la validez de los ítems, con lo cual se espera garantizar la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Plantilla Juicio de Expertos

Objetivo: Validar el instrumento por juicio de expertos en el área.

Instrucciones: A continuación se solicita responder las interrogantes sobre aspectos teóricos y metodológicos que presenta el instrumento. Adicionalmente, si lo cree necesario, aporte cualquier comentario que considere importante.

DISEÑO TÉCNICO DEL TEST [Asigne valores del 1 al 6; 1 siendo el valor mínimo (cuando se conoce poco del tema); y 6, si se conoce a profundidad].	Puntuación					
	1	2	3	4	5	6
Planeación de la prueba						
Pasos esenciales de la construcción						
Formato de los reactivos						
Análisis de reactivos						
Procedimientos y normas de aplicación						
Criterios de corrección de las pruebas						
Construcción de escalas, baremos y formas de interpretación						
Validez, confiabilidad y sesgo						

Comentario:

CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO GENERAL Y PERTINENCIA

Objetivo: Valorar el cumplimiento de criterios técnicos generales y la pertinencia EAT - 26 para su aplicación a estudiantes de 1ro a 3ro de Bachillerato con edades entre 14 a 18 años de edad.

Instrucciones: Según su criterio, señale con una "X" si cumple con los criterios establecidos, si no cumple; si es pertinente o si no lo es. Por favor, contemple todos los ítems. Sus comentarios serán importantes.

Nota: Siga el ejemplo en gris.

#	Ítems	Cumplimiento de los criterios		Pertinencia de los criterios		Observaciones
		Sí cumple	No cumple	Si es pertinente	No es pertinente	
-	<i>Ejemplo</i>	X		X		
1	Nombre del test					
2	El formato para la prueba					
3	Número de ítems planteados					
4	El test se adecúa a las características culturales de la población					
5	Se adecúa a las características psicológicas de la población.					
6	Se ajusta a la problemática estudiada.					
7	Se ajusta a las exigencias de las orientaciones psicológicas.					
8	El instrumento tiene calidad científica					
9	Se identifica el objetivo principal del instrumento					
10	El diseño recoge aspectos esenciales sobre el tema					
11	Las instrucciones son claras y precisas					
12	La sintaxis es apropiada					
13	El tipo de pregunta es el adecuado					
14	El contenido semántico de los ítems se ajusta a la población					
15	El cuestionario puede ser aplicado en el sector público y en el privado					
16	Se ha determinado parámetros de calificación					
17	Se especifican los criterios de interpretación					
18	Se brinda facilidad para comprender la tarea					
19	Se brinda facilidad para registrar las respuestas					

20	No existen conflictos en el planteamiento de los ítems					
----	--	--	--	--	--	--

Área de formación profesional del/a evaluador/a:

Nombre: _____

Institución: _____

Cargo que ocupa: _____

Tiempo dentro del cargo: _____

Último grado académico alcanzado: _____

Firma y sello de la institución.

Anexo 3



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

CARTA ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Andrea Nathaly Males Rubio, actualmente soy maestrante de Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. Vamos a realizar un trabajo de investigación con usted con la finalidad de conocer su forma de alimentación y diseñar una propuesta de intervención para adolescentes con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria de bachillerato del Colegio en la ciudad de Quito.

Para cumplir con el objetivo de investigación se ha planteado la aplicación de un instrumento para detectar patrones o estilos de respuesta extraños o infrecuentes: Cuestionario de Actitudes ante la comida (EAT -26), una carta de consentimiento informado dirigida a sus padres, una carta de asentimiento informado para usted y una ficha sociodemográfica.

No tiene que contestar ahora si quiere o no, lo puede hablar con sus padres primero y si no entiende cualquier cosa puede preguntar las veces que quiera y yo le explicaré lo que necesite. Si decide no participar en este trabajo no pasa nada.

Si decide participar:

1. Se enviará una carta de consentimiento informado a sus padres.
2. Se hará la entrega de la ficha sociodemográfica para llenar en el espacio establecido por las autoridades.
3. Se aplicará el Cuestionario de Actitudes ante la comida (EAT -26) para detectar patrones o estilos de respuesta extraños o infrecuentes en el espacio establecido con las autoridades.
4. Todas las cosas que hagamos, las guardaré entre nosotros y solo las compartiremos con los demás si usted está de acuerdo.
5. En caso de querer participar o no querer participar, haga un círculo en las opciones dadas.

Con eso bastará para que nosotros sepamos su respuesta. Si mientras se realiza el trabajo familiar tiene alguna duda, puede preguntarme todo lo que quiera saber y si más adelante no quiere seguir con el trabajo, puede parar cuando quiera.

Yo (nombre del adolescente): _____

SI quiero participar

NO quiero participar

Anexo 4



Proyecto de Investigación y Desarrollo

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL RIESGO DE TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES**

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.....

Por medio de la presente quisiéramos obtener su autorización para que se le incluya a usted como objeto de estudio en el proyecto de titulación “PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”, llevado a cabo para la obtención de título de cuarto nivel Maestría en Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. El objetivo general de este proyecto es: Diseñar una propuesta de intervención para los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del Colegio. Para cumplir con estos objetivos se han planteado un instrumento: Cuestionario de Actitudes ante la comida (EAT -26). En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será anónima, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el curso de la investigación. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Dirección de posgrado de la PUCESA si tuviese alguna duda. Las personas a cargo del proyecto de titulación son: Andrea Nathaly Males Rubio estudiante y la Psic. Dayamy Lima Mg directora del proyecto de titulación.

Autorizo la participación.

Firma Representante

C.C. _____

Incluya a su hijo/a empoderado



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

AMBATO

CENTRO DE POSGRADOS

Ambato, 08 de mayo de 2023
CP # 599-2023

Doctora
Flor Rubio
Rectora del Colegio "Mena del Hierro"
Presente.-

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo. Vista la petición del maestrante Andrea Nathaly Males Rubio, con número de expediente MPC-115, certifico que, es estudiante del programa de Posgrados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato: Maestría en Psicología Clínica, quien desarrolla un Proyecto de Desarrollo como modalidad de titulación.

Con este antecedente solicito de la manera más comedida su autorización a fin de que la mencionada estudiante pueda aplicar el siguiente reactivo:

- Escala de Actitudes Alimentarias 26 (EAT-26)

Instrumentos que se llevarán a cabo de forma presencial a los adolescentes de 14 a 18 años de edad, pertenecientes a la Institución que acertadamente dirige.

La aplicación de estas encuestas se enmarca como instrumento idóneo en la recolección de la información pertinente para el desarrollo del Proyecto de Desarrollo denominado: **"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA"**, previo a la obtención del título de Magister en Psicología con mención Psicoterapia Infantil y del Adolescente.

En espera de su cordial y atenta respuesta, me despido.

Atentamente

Padre Juan Carlos Acosta PhD.
Director del Centro de Postgrados
Pontificia Universidad Católica del Ecuador



JCAAR