

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**TRASTORNO ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESCOLARES DEL
NIVEL SECUNDARIO EN DOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE
CHICLAYO 2018.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

Bach. KATHERINE BEATRIZ JARA HUAMÁN

ASESOR

Dr. EDGAR RODRIGUEZ ZANABRIA

**CHICLAYO, PERÚ
2020**

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**TRASTORNO ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESCOLARES DEL
NIVEL SECUNDARIO EN DOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE
CHICLAYO 2018.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

Bach. KATHERINE BEATRIZ JARA HUAMÁN

ASESOR

Dr. EDGAR RODRIGUEZ ZANABRIA

**CHICLAYO, PERÚ
2020**

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	
ÍNDICE.....	1
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
INTRODUCCIÓN.....	7
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Realidad problemática	11
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Delimitación del problema	14
1.4 Planteamiento del problema.....	15
1.5 Justificación e Importancia	15
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	16
1.7 Objetivos de la Investigación	16
1.7.1 Objetivo General	16
1.7.2 Objetivos Específicos.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO.....	17
2.1 Antecedentes	17
2.2 Base Teórica - Científica	21
2.3 Hipótesis	33
2.4 Variables: Identificación	33
2.5 Operacionalización de Variables	33
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	36
3.1 Tipo de Investigación	36
3.2 Diseño de Investigación.....	36
3.3 Población y Muestra	36
3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación	38
3.5 Materiales, Métodos y Procedimiento de recolección de datos.....	39
3.6 Análisis Estadístico e Interpretación de los datos.....	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.1 Presentación de los resultados	41

4.2 Análisis y discusión de los resultados.....	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	55

DEDICATORIA

Agradezco especialmente a mis padres Carlos y Doris por el apoyo incondicional en mi formación profesional.

A mis hermanas Sidney, Karoline por la motivación constante.

A mi esposo César. Por su comprensión

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Edgar Rodríguez Zanabría por su asesoría en el estudio y por las pautas necesarias para su culminación y la Dra. Carmen Mongrut Vílchez. Por su apoyo para mi tesis.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura. Es por ello, que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años.

El capítulo I: El Problema, contiene los antecedentes, lo referente a formulación del problema, justificación e importancia, limitaciones de la investigación, objetivo general y específicos.

El capítulo II: Marco Teórico, el desarrollo de la temática y antecedentes de la investigación, los fundamentos organizacionales, teóricos.

El capítulo III: Marco Metodológico, se presenta el diseño de la investigación llevada a cabo de la presente Tesis, así también la población, muestra, hipótesis, variables y su Operacionalización. Métodos técnicas de la investigación, instrumentos utilizados y análisis estadísticos e interpretación de datos.

El capítulo IV: Análisis e Interpretación de los resultados los mismos que son procesados a través del programa estadístico SPSS, luego de la tabulación de datos recopilados a través de los cuestionarios aplicados a la población de estudio.

El capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, se da a conocer las conclusiones a las que ha llegado la autora, así mismo presentan las recomendaciones necesarias.

Y por último se presentan las referencias bibliográficas utilizadas para la investigación y los anexos citados en los textos relacionados con la misma.

RESUMEN

Ahora con la globalización y el uso de internet, así como una mayor cantidad de padres dedicados al trabajo, puede desencadenar en adolescentes patrones de trastornos alimenticios, que ante la necesidad de compararse con otros, a fin de verse más delgado origina una gran preocupación por el peso. El objetivo del estudio consistió en determinar la relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos colegios de la ciudad de Chiclayo. La metodología del estudio comprendió un estudio correlacional, de tipo no experimental – transversal, la población estuvo conformada por 245 estudiante, donde 110 fueron del colegio Adeu Deportivo y 135 del Colegio Santa Ángela. Empleó los cuestionarios de Inventario de trastornos de la Conducta alimentaria (edi-2) y cuestionario del trastorno obsesivo compulsivo. Entre los resultados; se reflejan los trastornos alimentación en valores que oscilan entre una media de 1,09 y 2,76. No se encontró diferencias significativas entre ambos colegios en los trastornos obsesivos compulsivas. En conclusión se obtuvo que si existe relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en ambos Colegios siendo relación “moderada” en el Colegio Adeu Deportivo y relación “baja” en el Colegio Santa Ángela.

Palabras claves: Trastornos alimenticios, el trastorno obsesivo compulsivo, problemas de personalidad.

ABSTRACT

Now with globalization and the use of the Internet, as well as a greater number of parents dedicated to work, can trigger in adolescents patterns of eating disorders, which in the face of the need to compare with others, in order to look thinner causes a great concern for the weight. The objective of the study was to determine the relationship between eating disorders and obsessive compulsive disorder in secondary school children in two schools in the city of Chiclayo. The study methodology included a correlational study, non-experimental - cross-sectional, the population was made up of 245 students, where 110 were from the Adeu Deportivo school and 135 from the Santa Ángela College. He used the Inventory of eating disorders (edi-2) questionnaire and obsessive compulsive disorder questionnaire. Among the results. Eating disorders are reflected in values ranging from an average of 1.09 to 2.76. No significant differences were found between both schools in obsessive compulsive disorders. In conclusion, it was obtained that if there is a relationship between eating disorders and obsessive compulsive disorder in both schools, being a "moderate" relationship in the Adeu Deportivo school and a "low" relationship in the Santa Ángela school.

Keywords: Eating disorders, obsessive compulsive disorder, personality problems.

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

En Chile, aproximadamente un millón de adolescentes sufren de algún desorden de la conducta alimentaria a lo largo de su vida. Se trata de un 6% de la población y, generalmente, comienza a ser afectada entre los 18 y 21 años. Aproximadamente; el 50% de los adolescentes con TCA (trastorno de conducta alimentaria); presentan simultáneamente un trastorno depresivo. Las personas o adolescentes que sufren de un desorden alimentario pueden morir por una falla cardíaca, falla de otros órganos, malnutrición o suicidio.(1)

En México los trastornos alimenticios crecieron un 300% durante los últimos 20 años, y son las mujeres (90%) quienes más sufren por trastornos como son la anorexia y la bulimia. El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) de la Cámara de Diputados precisó que el 95% de los casos de anorexia y bulimia se manifiesta a partir de realizar una dieta estricta y 90% de las adolescentes con estos problemas son mujeres. Es por ello; que a través de la infografía “Anorexia y bulimia en México”, el CEAMEG destacó que las adolescentes entre 14 y 19 años presentan un mayor predominio de todos los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Cada año se registran 20 mil de estos casos entre adolescentes. Las conductas alimentarias de riesgo en esta población son: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se ingiere. (2)

La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (Aluba) dio a conocer estudios internacionales de Mervat Nasser, especialista en psiquiatría, especializado en investigación en temas de salud y desarrollo del instituto de psiquiatría de Kings College, Londres. En Argentina particularmente las enfermedades vinculadas a la alimentación entre las adolescentes registraron en el último decenio un incremento del 50%, según su relevamiento de algo más de 100 mil casos. Estos datos son los únicos existentes sobre la temática en el país. Las patologías tienen mayor incidencia en la adolescencia, aunque

la edad de comienzo es cada vez más temprana. Si la enfermedad se cronifica, puede acompañar al individuo toda la vida. Se detectó que la presencia en la familia de patologías del espectro bipolar es la más frecuente entre las jóvenes que presentaron patologías. Los desórdenes alimentarios cuantificados son síndromes incompletos denominados "etnos", a los que les falta algún síntoma para ser considerados como alguna de las patologías que nos ocupan: anorexia nerviosa y bulimia. Existen otras patologías alimentarias, que si bien son tratadas por Aluba, no son diagnosticadas por la encuesta (ejemplo: ortorexia, vigorexia, enfermedad por atracón. (3)

Todos estos trastornos comparten algunos síntomas: preocupación excesiva por la comida, el peso y/o la figura corporal, y el uso de distintas medidas o conductas no saludables para controlar o reducir el peso. Los trastornos alimentarios se presentan más frecuentemente en el sexo femenino, en una relación de 1 hombre por cada 10 mujeres. Se da especialmente en la adolescencia, ya que esta es una etapa de mayor vulnerabilidad frente a cambios corporales. Estos/as adolescentes suelen perseguir un ideal de belleza caracterizado por la delgadez extrema y asocian la felicidad y el éxito a ese modelo. Reciben una imagen de sí mismos en el espejo que no concuerda con el ideal que anhelan. Las sociedades actuales transitan tiempos donde los referentes de belleza son mujeres con una delgadez extrema y las chicas y chicos adolescentes buscan identificarse con ellos. Es una etapa en la que resulta difícil aceptar los cambios físicos propios de la etapa que viven, donde se da un aumento de grasa corporal. (4)

Hoy en día el deseo de lucir una escultural figura empuja a muchos chicos y chicas a someterse a rigurosas dietas, que si no son debidamente orientadas y controladas, podría generar severas consecuencias de orden alimenticio en su salud física y mental. La anorexia y la bulimia son de los más conocidos. Muchas veces el origen de este desorden alimenticio en adolescentes son el resultado de depresiones, baja autoestima, estrés y malos hábitos de nutrición, entre otros, influenciados por las comidas de moda, la publicidad, o complejos

físicos corporales. Aparte de este modo de vida vertiginoso, existen dos desórdenes que merecen especial atención por sus características: la anorexia nerviosa y la bulimia, presentes sobre todo en los jóvenes. (5)

Entre el 7.3 y 11.4 por ciento de más de nueve mil adolescentes encuestados en hogares de 17 ciudades de nuestro país sufre problemas alimentarios, entre ellos la bulimia y la anorexia, según demuestran estudios. Por lo general son mujeres adolescentes las que adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar “un intenso miedo a engordar o verse gordas” (distorsión de la imagen corporal), refirió el especialista. Estas enfermedades comprometen el desarrollo normal de los jóvenes debido a cambios en sus hábitos alimenticios y actividades en general, lo que genera, en consecuencia, complicaciones físicas y mentales, refirió el director del área de niños y adolescentes de dicho establecimiento de salud. (6)

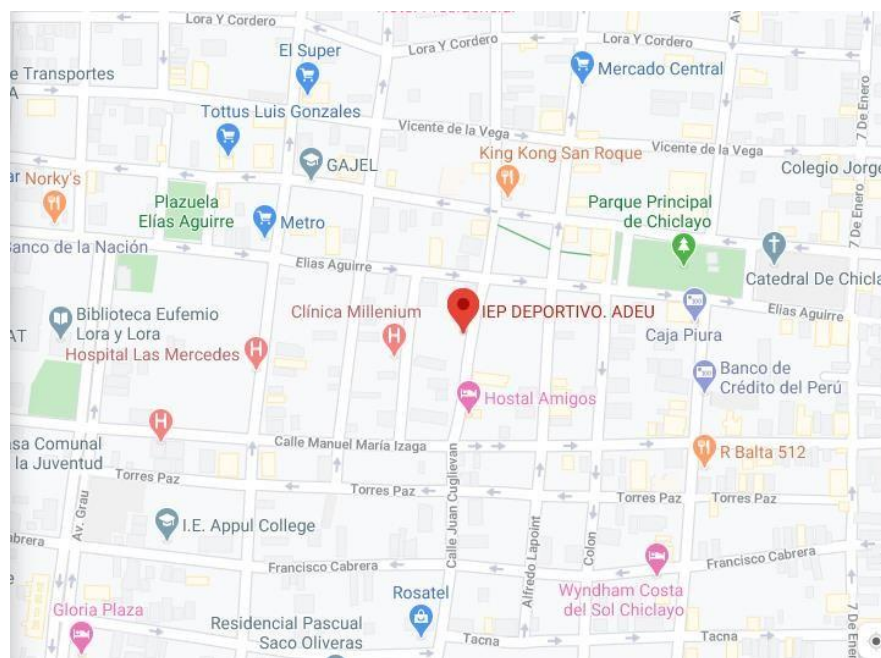
1.2 Formulación del problema

¿Existe una relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos colegios de la ciudad de Chiclayo 2018?

1.3 Delimitación del problema



Colegio Santa Ángela, dirección: Av. Miguel Grau 797



Colegio Adeu Deportivo, dirección: Cal. Juan Guglievan 661

1.4 Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta; es por ello que los trastornos de la alimentación pueden ser devastadores para los adolescentes, especialmente para las niñas. Para proteger a tu hijo, es necesario comprender las causas posibles de los trastornos de la alimentación en los adolescentes.

1.5 Justificación e importancia

El estudio es relevante porque evalúa la relación que existe entre los problemas alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario de colegios socialmente semejantes y que representa el punto de partida para el reconocimiento de esta patología durante la adolescencia.

La investigación tiene implicancia social porque está dirigido a un grupo adolescente proclive al trastorno alimentario que es secundario a su aceptación personal; y a muchos de ellos inician el trastorno mental que requiere manejo profesional.

El valor teórico del presente estudio es contributivo en conocimientos relacionadas a las variables de estudio; trastorno alimenticio y enfermedad obsesivo compulsivo.

La investigación tiene carácter práctico porque sus instrumentos de evaluación pueden ser aplicados a otras realidades de estudio con resultados alentadores con respecto a la comprensión de los conceptos.

El valor metodológico es importante porque las recomendaciones de este estudio pueden ser aplicables al problema central que en este caso se relaciona a la enfermedad psiquiátrica TOC.

1.6 Limitaciones del estudio

La presente investigación presento como principal limitación el tiempo para la ejecución del instrumento del estudio.

1.7 Objetivos de la investigación

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

1.7.2 Objetivos Específicos

Identificar los trastornos alimenticios en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

Identificar el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

Identificar las dimensiones de la relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

Establecer la relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes

A nivel internacional

Sánchez B, en la investigación titulada: Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013; este estudio tiene como objetivo principal determinar la existencia de trastornos de la conducta alimentaria en las alumnas de la carrera de psicología de 18 a 22 años, de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013, sede Fernando de la Mora turno noche. Por otro lado; la investigación fue cuantitativa y de nivel descriptiva. Se concluye que ver que de las 40 alumnas de la carrera psicología de la U.T.I.C, la mayoría con un 70% tiene un nivel bajo en cuanto al trastorno por adelgazar y lo más resaltante el sujeto 12, 15, 25, 37 y 38 con un (12,5%) obtiene los puntajes más altos en este aspecto. (7)

Molina R, en la investigación titulada: Un estudio de Neuroimagen en Trastornos de la Conducta Alimentaria; este estudio tiene como objetivo principal identificar en trastornos de conducta alimentaria, diferencias neuroanatómicas en el neocórtex, altamente interconectado con el CPF, mediante técnicas de resonancia magnética (RM). Este trabajo se ha realizado a partir de un diseño transversal, de estudio caso control. Se concluye; que las pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) presentan mayores volúmenes en el estriado frente a los controles y las pacientes con Anorexia Nerviosa mayores volúmenes frente a los grupos más impulsivos (BN y TCAC). Estas diferencias podrían ser causa o consecuencia de cambios en actividad funcional de los circuitos corticoestriatales hiper o hipo-activados y podrían explicar comportamientos de los distintos grupos de TCA. (8)

Mustelier M, en la investigación titulada: Estrategias de Intervención en Adolescentes con Trastornos de Alimentación en el primer nivel de atención; este estudio tiene como objetivo principal investigar las estrategias de los trastornos alimenticios en adolescentes en el primer nivel de atención. El estudio fue de tipo descriptivo en el que se realizó una revisión de la literatura científica relacionada con trastornos de alimentación en la población adolescente. Se concluye que; la influencia del sobrepeso y la baja actividad física, se asocian con un alto riesgo de desarrollar TCA. La tendencia de comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asocian significativamente con baja autoestima; mientras que, una alta autoestima constituye un factor de protección para los problemas relacionados al peso en los adolescentes de ambos sexos. (9)

A nivel nacional

Surichaqui M, en su estudio titulado: Factores Predisponentes de los Trastornos Alimentarios en Adolescentes de una Institución Privada Chosica; manifestando que los trastornos afectan a nuestra sociedad desde siglos anteriores y se produce por múltiples factores entre ellos los predisponentes, que incluye alteraciones de la personalidad, presiones por la familia y sociedad llegando a la obsesión por la delgadez, siendo ya considerado por la OMS como un problema de salud pública; enfrentando a los profesionales de salud a concordar con otros sectores medidas de promoción y prevención respectivas. El propósito del estudio es determinar los factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una Institución Privada Chosica. La metodología del estudio es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y corte transversal, la población estuvo conformada por un total de 60 alumnas del 2do, 3ro, 4to y 5to año de secundaria; para la recolección de los datos se aplicó una encuesta mediante un cuestionario. Los resultados obtenidos concluyeron que entre los factores predisponentes de los trastornos alimenticios en adolescentes se encontró una media predisposición en lo personal (56.67%), familiar (65.9%) y sociocultural (25%). (10)

Alcalá E, en su investigación titulada: Factores Asociados al Trastorno de Conducta Alimentaria en Internos de Medicina Humana en la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2017; tiene como objetivo determinar cuáles son los factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en los internos de medicina humana de la UPSJB. El estudio fue de tipo no experimental, transversal analítico y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 142 internos de medicina humana. Del total de internos encuestados el 64,8% fueron de sexo femenino y el 35,2% de sexo masculino. El 55,6 % tuvieron trastorno de conducta alimentaria. El 35,2% de la población con TCA se encuentra dentro de su peso adecuado según IMC. El 35,9% presento depresión y TCA. El 47,2% presento ansiedad y TCA. El 17,6% presentaron disfunción familiar moderada. Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el IMC, ansiedad y TCA ($p < 0,05$). (11)

Denegri S, en su estudio titulado: Características Psicosociales en "Pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria- estudio de caso; tiene como objetivo elaborar una construcción teórica de las características psicosociales vinculadas a pacientes con trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de estudio de caso. El paradigma elegido es de tipo cualitativo, utilizando la metodología de estudio de caso, valiéndose de un tipo de muestreo típico. Concluye; que logró establecer las características psicosociales vinculadas a las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria e identificar, describir y explorar los desencadenantes sociales que determinan y generan el trastorno; además encontró que las características psicológicas más resaltantes que presentan los pacientes son ánimo deprimido, distorsión de la imagen corporal, baja autoestima y las características sociales que predominaron son sexo femenino, etapa del desarrollo adolescencia, edades en que se presenta dicho trastorno oscila entre 13 y 16 años, el tiempo de enfermedad para que puedan llegar a hospitalización varia de uno a dos años, con una forma de inicio progresiva, presentando evidente disminución considerable de peso. (12)

A nivel local

Cayatopa V, Cruzado V, en su tesis titulada: Conducta Previa y Factores Personales Relacionados a los Hábitos Alimenticios de Adolescentes de la Institución Educativa José María Arguedas, Chiclayo, 2016. Este trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación de la conducta previa y factores personales de los adolescentes con sus hábitos alimenticios de la Institución Educativa José María Arguedas, Chiclayo, 2016. Es una investigación tipo cuantitativa y diseño correlacional. La población de estudio estuvo conformada por los estudiantes adolescentes del cuarto grado de educación secundaria en total 226 alumnos distribuidos en 7 secciones de la (AG) quienes cumplieron con los criterios de inclusión, se utilizó como instrumento un cuestionario con una escala valorativa con 28 ítems que fue construido por las investigadoras de acuerdo a las dimensiones de las variables en estudio y según las categorías establecidas. Los resultados comprueban que el 69,3% de los estudiantes tienen hábitos alimenticios inadecuados, lo que los hace susceptibles a diversos factores de riesgo como sobrepeso, obesidad entre otros problemas que podrían afectar seriamente su salud. En el caso de la conducta previa inadecuada el 36,4% de los estudiantes opinan que sus hábitos alimenticios son inadecuados. En relación a los factores personales de los adolescentes sobre sus hábitos alimenticios el 61,4% de los estudiantes opinan que sus hábitos alimenticios son inadecuados. En conclusión se acepta la hipótesis afirmativa que refiere que la conducta previa y los factores personales de los adolescentes se encuentran relacionados a sus Hábitos Alimenticios del 4º grado de nivel secundario en la Institución Educativa Nacional José María Arguedas, Chiclayo 2016. (13)

2.2 Base Teórica-Científica

Trastornos alimenticios

La adolescencia es el momento más vulnerable para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. En términos generales, se trata de un síntoma, de una señal de que algo anda mal. Este síntoma en particular, hace referencia a la insatisfacción que los adolescentes sienten respecto a sí mismos y que, como ya dijimos, puede deberse a una serie de factores relacionados con los muchos y muy abruptos cambios que se producen desde la pubertad hasta el final de la adolescencia. (14)

Cómo se presentan los trastornos de conducta alimentaria

Si la insatisfacción con ellos mismos es el punto central de los problemas de alimentación, entonces estas enfermedades no alteran nada más la forma en que comen, sino que descomponen sus estados emocionales, pues producen angustia, depresión, irritabilidad e inconformidad, lo cual ocasiona un rompimiento de sus relaciones sociales y familiares, pues prefieren estar solos, sin que nadie los moleste, ya que se sienten incomprendidos. (14)

Los trastornos de la conducta alimentaria, por lo general, tienen su origen en una compleja problemática psicológica. Algunas veces se deben a una baja autoestima, otras a la sensación de falta de control o la imposibilidad para relacionarse adecuadamente con los otros. En todo caso, lo importante es tomar en cuenta que nadie tiene la culpa, son enfermedades como hay muchas y cualquier persona puede desarrollarlas independientemente de su edad, sexo o condición social. (14)

Principales trastornos alimenticios

Los principales trastornos alimentarios son la bulimia, la anorexia y el comer compulsivo. Aparecen, por lo general, durante la adolescencia (entre los 11 y los 20 años), una etapa particularmente frágil en la que los jóvenes están

intentando descubrir quiénes son, que van hacer cuando sean mayores, como entablar amistades duraderas; además están experimentando con su independencia y, en general, se sienten muy inseguros y temerosos de no poder llegar a ser el tipo de adulto que les gustaría. Estos padecimientos pueden sufrirse sólo durante una temporada o permanecer durante periodos muy largos e incluso durante toda la vida. En casi todos los casos suele haber recaídas, y quienes los han padecido conservan cierto temor a no tener un aspecto físico agradable. (14)

a. Anorexia

La anorexia es un desorden que potencialmente puede quitar la vida; se caracteriza por el rechazo a comer suficiente para mantener el peso corporal sobre el mínimo, dependiendo de la edad y de la altura; se presenta un miedo intenso de ganar peso, una constante molestia sobre la propia imagen corporal y, en el caso de las mujeres, una eventual cesación temporal de la menstruación (amenorrea). (15)

A dichos criterios pueden agregarse los siguientes:

- Pérdida de por lo menos 25% del peso original. En menores de 18 años debe añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana a 15% es valorada como riesgo médico.
- Alteración en la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.
- Retraso en el desarrollo puberal: Falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual. (16)

El inicio del cuadro anoréxico en mujeres se da con la aparición y reiteración de pensamientos sobre el cuerpo y su valoración estética, las cuales van

aumentando hasta convertirse en juicios drásticos con una creciente ansiedad y depresión. Tienden a atribuirse a sí mismas la responsabilidad sobre su comportamiento. Poseen autoestima baja, tienden a no aceptarse a sí mismas y valoran negativamente su apariencia personal. Creen que carecen de control sobre su físico, verifican su peso con frecuencia, se muestran críticas en relación con su ingesta y niegan una delgadez que alcanza ocasionalmente delirantes. Mantienen dietas restrictivas y una alimentación lenta y clandestina. (15)

b. Bulimia.

Es un desorden caracterizado por un patrón de comer grandes cantidades en discretos intervalos de tiempo (bingeing), seguido por intentos de compensar mediante el vómito la ingesta de muchas calorías con uso de laxantes, dietas restrictivas o ejercicio. (15)

Igual que las anoréxicas, las personas bulímicas muestran una serie de anomalías cognitivas, somáticas y psicológicas. Tienen una imagen corporal errónea y no se gustan así mismas, incluso se odian. Con frecuencia tienen ideas obsesivas, preferentemente en relación con comida. No perciben correctamente las sensaciones de hambre y saciedad. Se restringen de comer por largos periodos, situación que genera ansiedad y favorece después la aparición de atracones (comer gran cantidad), seguidos de sentimientos de culpabilidad por ser incapaces de controlarse, con lo que aparece el vómito autoprovocado y/o el abuso de laxantes y diuréticos. Este tipo de conducta les genera ciertos trastornos estomacales y metabólicos. Perciben su comportamiento como algo inmoral y como consecuencia, tienen una imagen muy negativa de sí mismas. Sufren síntomas depresivos, con ideas de suicidio y estados de ánimo cambiantes. Suelen ser impulsivas y llegar a comportamientos como la mentira, al robo o consumo de drogas y alcohol. En el terreno sexual, suelen ser más promiscuas. En ocasiones, se sienten avergonzadas por su falta de control y experimentan sentimientos de ira hacia sí mismas. (15)

c. Trastorno de la Conducta alimentaria no especificado.

- Mujeres que cumplen los criterios diagnosticados de la anorexia, pero con menstruaciones regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnosticados de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumple los criterios diagnosticados de la bulimia, pero con menor frecuencia.
- Empleo irregular de conducta compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vomito después de ingerir galletas).
- Masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: Se presentan atracones recurrentes sin tener conductas compensatorias. (16)

Trastorno obsesivo compulsivo

Definición de trastorno obsesivo compulsivo:

Es un tipo de trastorno de ansiedad, donde las personas con TOC tienen pensamientos repetidos y angustiantes denominados obsesiones. Con el fin de intentar controlar estas obsesiones, las personas con TOC sienten una necesidad imperiosa de realizar rituales o comportamientos, llamados compulsiones. (17)

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos de ansiedad de más difícil tratamiento. Desde sus inicios el estudio empírico de la eficacia de los tratamientos para el TOC se ha centrado en los procedimientos de exposición. La exposición con prevención de respuesta (EPR) ha demostrado ampliamente ser el tratamiento psicológico de elección para el TOC. Al igual que el tratamiento farmacológico han de ser considerados tratamientos bien establecidos. Las variaciones de la EPR, incluyendo la combinación con

técnicas cognitivas y farmacológicas, no han demostrado aún su superioridad sobre la EPR. Finalmente, se consideran en términos de eficiencia la EPR y el tratamiento farmacológico y las perspectivas en la mejora de dicha eficiencia. (18)

Características clínicas del trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo se ha convertido en los últimos años en una de las entidades psiquiátricas que más interés despierta y a la que se está dedicando una mayor número de investigadores. Este trastorno se caracteriza por la estabilidad del cuadro clínico a lo largo de la historia; una de las características más destacadas del TOC en los adolescentes es que rara vez se diagnostica en la práctica clínica, lo que se debe a las siguientes circunstancias:(19)

Es un cuadro difícil de diagnosticar, que no se relaciona con los adolescentes y en el que el médico no suele pensar.

Las compulsaciones se confunden muchas veces con juegos y actividades lúdicas.

A muchos adolescentes los síntomas no les preocupan ni molestan, o incluso molestándoles, no saben expresar lo que les sucede, o sienten vergüenza de hacerlo.

Los padres y profesores tardan en darse cuenta de que algo le sucede al adolescente y rara vez sospechan de que se trata.(19)

Síntomas del trastorno obsesivo compulsivo

Para poder llegar a un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo hay que estudiar los principales atributos de las obsesiones y compulsiones. Los síntomas primarios son las obsesiones y compulsiones; los síntomas secundarios son la ansiedad, depresión, furia, fobias, disfunciones sexuales, trastornos de lenguaje y cambios en la percepción entre otros. (20)

Síntomas primarios

El paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo presenta tres síntomas principales: obsesiones, compulsiones y duda. Estos síntomas se acompañan de un estado hipervigilancia, de la necesidad de controlar el mundo exterior y de vivencias sensoriales e intelectuales alteradas.

Obsesiones

Un pensamiento obsesivo irrumpe en la mente del sujeto y progresivamente la invade por completo. Es un pensamiento que no puede detenerse y puede permanecer activo durante largos periodos. Al principio, el pensamiento obsesivo podría tener alguna justificación lógico, pero más tarde el paciente se da cuenta de que el pensamiento es injustificable, parasitario, sin sentido ni utilidad. La permanencia y reiteración del pensamiento obsesivo refleja su carácter de obstinación. El paciente no puede rechazar el pensamiento ni cambiarlo por una nueva obsesión.(20)

Compulsiones

Las compulsiones pueden dividirse en motoras o mentales (imágenes ideadas). Una compulsión mental es aquella que obliga sujeto a realizar determinada actividad mental.

Compulsiones agresivas: Las compulsiones agresivas son impulsos que conducen al paciente a actuar ya sea verbalmente, como en la coprolalia, o físicamente como en la automutilación. Se pueden dar distintos tipos de automutilación, desde los tirones de pelo con la pérdida del mismo o arrancarse las cejas.

Compulsivas fisiológicas: Los siguientes actos fisiológicos normales pueden convertirse en compulsiones fisiológicas: defecar, orinar, comer, beber, fumar, tragar y la realización de actos sexuales.

Compulsiones del movimiento: En este grupo se incluyen los tics, el tocar, dar palmas, estornudar, saltar, estirarse, aclarar la garganta, balancearse, frotar.

Compulsiones ceremoniosas: Están relacionadas con los actos de purificación: entre ellas se incluye las diversas formas de prácticas de limpieza tales como el lavado de mano, ducharse o asear la vivienda. Con frecuencia aparecen relacionadas al miedo de la contaminación por microorganismos y/o sentimientos y sensaciones de estar sucio. Puede diferenciarse la conducta ya que en esta las compulsiones se llevan a cabo para anular el miedo.

La duda: Una importante característica de la obsesión es la duda, la indecisión y falta de seguridad o de certeza. La duda tiene una cualidad dual: el paciente a la vez cree y no cree en obsesiones. Si se le pregunta si le parece lógico este pensamiento, contestara que no, pero a pesar de ello creerá en él.(20)

Síntomas secundarios.

Ansiedad: Es el miedo a una situación real y al desconocimiento de cuál será el desenlace de dicha situación. Habitualmente se acompaña de la incapacidad para manejarla o resolverla.

Depresión: La depresión se expresa por un sentimiento de tristeza, sensación de desesperanza e inutilidad y ausencia de deseos e impulsos vitales. Durante la fase depresiva es frecuente que el paciente presente labilidad emocional e intente el suicidio.

Conducta agresiva: La conducta agresiva o violenta que se ve en los pacientes obsesivo-compulsivos puede dividirse en violencia mental, verbal o física.

Agresión mental: Irrupción en la mente de pensamientos violentos que pueden ser obsesivos.

Agresión verbal: Expresiones injuriosas que pueden estar dirigidas hacia uno mismo, hacia otros o hacia objetos.

Agresión física: La conducta violenta el paciente obsesivo-compulsivo hacia otras personas normalmente se circunscribe a las personas de su entorno más directo, en especial a los miembros de su familia.

Fobia: Un alto porcentaje de pacientes obsesivo-compulsivo padecen además de fobias. Son tanto fobias específicas como generalizadas; hay una gran afinidad entre fobias y compulsiones. Las dos implican el mantenimiento de conductas de evitación y la presencia de ansiedad como respuesta al objeto temido.

Modelo lingüístico: Los patrones de modelos lingüísticos pueden explorarse como formas de una conducta expresiva. El discurso del paciente obsesivo-compulsivo es habitualmente un discurso reiterativo, circunstancial, circular y redundante.(20)

2.2.1 Enfoques teóricos

Modelos trastornos alimenticios

Modelo Cognitivo- Conductual

Trata de explicar la importancia de los pensamientos y conductas relacionados con la comida y la imagen, así como la carencia de algunas habilidades que pueden hacer que la persona con un TCA, poco a poco quede atrapada en un patrón psicológico que la hace resistirse al cambio en su conducta, éste como producto de sus procesos erróneos de pensamiento.(21)

Fairburn y Matto, consideran que las distorsiones cognitivas y creencias irracionales en los TCA son lo que mantienen las conductas de riesgo de los mismos Ronen. Antes de presentar el trastorno alimentario, los pensamientos pueden no ser patológicos, pero lo anómalo surge cuando su reiteración va en aumento, constituyéndose en una temática casi exclusiva y asociada a una creciente ansiedad Toro y Vilardell.(21)

Garner y Bemis (citado por Raush y Bay, 1990) se basaron en el esquema de distorsiones cognitivas, que representan un posible origen de los TCA. Las principales distorsiones cognitivas que mencionan son: a) Abstracción selectiva: conclusión en detalles aislados, ignorando evidencias contradictorias de lo que se asegura como cierto; b) Sobregeneralización: extraen una regla a partir de un hecho y la aplican a todas las situaciones aunque no sean

similares; c) Magnificación de los estímulos o eventos; d) Razonamiento dicotómico: algo es o totalmente bueno o malo; e) Personalización: interpretación egocéntrica de hechos impersonales y f) Pensamiento supersticioso, esto es, hacen una relación causa-efecto de hechos no contingentes. Como puede observarse, estas cogniciones también forman parte del conjunto de características de las personas que padecen depresión.(21)

Modelo Sociocultural

Desde la perspectiva de este modelo, la patología alimentaria puede tener como desencadenante la presión y disfunción familiares, la presión por parte de los pares y de uno mismo ante la influencia de los medios de comunicación, que bombardean día con día con mensajes de que la felicidad y el atractivo se consiguen sólo si se está dentro de los cánones de belleza y estatus social alto.

Según Bruch (1973; citado por Raush y Bay, 1990), la mayoría de las pacientes con trastornos anoréxicos y bulímicos tienen antecedentes de crisis familiar, por nula resolución de conflictos en la pareja, así como una presión constante hacia los hijos reflejada en la sobreprotección, la ambición y exigencia de éxito. De acuerdo con Vandereycken *et al.*, (1991), las relaciones entre los miembros de la familia pueden ser excesivamente estrechas y con demasiadas implicaciones interpersonales, y las relaciones entre los padres se consideran como pobremente afectivas.

Minuchin *et al.*, (1978; citado por Halgin y Krauss, 2004) afirman que los TCA son una búsqueda de independencia paterna, como una expresión somática de los conflictos de casa en la cual no existe comunicación efectiva, en la que los padres recurren a la búsqueda de alianzas. Esta situación puede llegar al punto en que los hijos sienten una responsabilidad para proteger a la familia, por lo que la mayoría de los casos de anoréxicas y bulímicas intentan desviar

con su trastorno dicha problemática, y si lo consiguen en cierta medida, se refuerza su sintomatología.

Por otro lado, la influencia de modelos estéticos de extrema delgadez es uno de los principales factores socioculturales que potencializa la presencia de TCA, así como los mensajes publicitarios y la promoción de productos para adelgazar son principalmente los medios publicitarios los que ejercen una gran influencia para que las jóvenes en su mayoría, busquen tener una figura esbelta, por lo que se someten a dietas estrictas, siendo un factor de riesgo para anorexia y/o bulimia. Aunque en años recientes han cambiado la promoción de la reducción de peso como un beneficio para la salud, aún persiste la asociación de ésta con aceptación social y atractivo más que como una forma de evitar enfermedades.

Trastorno obsesivo compulsivo

Modelo de psicastenia y de las obsesiones de Janet: Concepto de reducción de tensión psicológica.

Uno de los primeros autores en describir claramente el trastorno obsesivo-compulsivo fue Janet (1903) y en sacar las obsesiones, así como las fobias del marco de las monomanías e incluso de la locura, las manifestaciones delirantes y la teoría de la “degeneración mental” que prevalecía en la época (enfoque que lo acerca bastante al planteamiento de las teorías cognitivas más recientes). En el marco de su modelo, asigna un papel central a un estado de tensión psicológico y rasgo de personalidad particular denominado psicastenia, en la etiología de este cuadro así como para el conjunto de las patologías neuróticas (fobias, estados de ansiedad agudos y crónicos) excepto la histeria. (22)

El concepto de psicastenia se define como un déficit de energía mental adquirido y/o innato. Los pensamientos obsesivos se producen por una reducción de la tensión psicológica (estado de psicastenia) que implica la liberación del contenido de las estructuras mentales inferiores de las que

destacan los síntomas deficitarios y la emancipación de ideas fijas observadas en el TOC, y obstaculiza el funcionamiento de la actividad intelectual superior de síntesis.(22)

Los impulsos, en particular agresivos, violentos y/o sexuales observados en los pacientes estudiados, se consideran como consecuencia de la pérdida de control del pensamiento consciente voluntario y de la aparición de contenido de pensamiento procedente de las estructuras mentales inferiores y subconscientes. Por otro lado, las acciones elaboradas no pueden llevarse a cabo ya dando lugar a la liberación de actos “inferiores”, poco costosos en energía y relativos a patrones motrices estereotipados. El estado psicasténico se acompaña igualmente de una disminución de la emisión de comportamientos adaptados, innovadores y de exploración, de una perturbación de los procesos de percepción del tiempo, en particular del tiempo presente, así como del pensamiento lógico y los procesos de tratamiento de la información que permiten una percepción de la realidad circundante sin incertidumbre. Este déficit en los procesos de pensamiento lógico y racional da lugar a la aparición de procesos mentales como la ensoñación, el pensamiento mágico y a la ocurrencia de emociones inadaptadas y mal coordinadas.(22)

Modelo psicoanalítico de la neurosis obsesiva y el concepto de impulso: impulsos agresivos y mecanismos de defensa.

Es a Freud (1908, 1929) al que se debe el concepto de neurosis obsesiva (Zwangneurose). Prolonga la proyección de Janet y en lugar de los conceptos de “reducción de tensión psicológica” y de “subconsciente”, propone el concepto de “rechazo” activo y “de inconsciente”. Los síntomas obsesivos y compulsivos son la expresión de mecanismos de defensa emitidos por el “yo” que contradicen conflictos y deseos inconscientes reprimidos por el “superyó”. Desde el punto de vista tópico, las instancias del superyó hacen imposible para el sujeto la expresión de sus sentimientos de odio y cólera, conduciendo a una relación sadomasoquista interiorizada bajo la forma de la tensión entre el yo y el superyó. El conflicto intrapsíquico hace inconsciente y se queda entre el

deseo, la prohibición y la culpabilidad, genera no sólo una importante culpabilidad, sino también angustia y ansiedad. En este sentido, según este modelo, el sujeto obsesivo presenta tendencias, agresivas y violentas hacia el objeto que no pueden expresarse a causa de las instancias del superyó (Bergeret, 1995), (mecanismo de formación reactiva). El ritual tiene un sentido de evitación y constituye una intensificación de las defensas (aislamiento, desplazamiento y formación reactiva).(22)

La ambivalencia “amor/odio” explicaría por otra parte los fenómenos de rumiaciones e intrusiones mentales, de indecisión y duda patológica, de culpabilidad y responsabilidad excesiva. La compulsión por repetición, que no está específicamente en relación con las tendencias agresivas, viene determinada por el impulso de muerte.(22)

2.2.2 Definición de términos

Autoestima: Es un concepto complejo que actualmente se utiliza en diferentes contextos, ya que es una palabra que no se usa exclusivamente dentro del campo de la salud mental , sino que también se menciona en el ámbito deportivo , académico, de las relaciones sociales, etc. (23)

Dieta: Las dietas malsanas y la inactividad física son importantes factores de riesgo de enfermedades crónicas. Los informes de expertos nacionales e internacionales y las revisiones de la bibliografía científica actual hacen recomendaciones sobre la ingesta de nutrientes para prevenir las enfermedades crónicas.

Nutrición: La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. (24)

Sobrepeso: El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (25)

Trastornos mentales: Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.(26)

2.3 Hipótesis

H1. Existe relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

H0. No existe relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

2.4 Variables:

2.4.1 Variable independiente: Trastornos alimenticios

2.4.2 Variable dependiente: Trastorno obsesivo compulsivo

2.5 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Trastorno Alimenticios	Obsesión por la delgadez	1,7,11,16,25,32,49	0= Nunca	Inventario de trastornos de la Conducta alimentaria (edi-2)
	Bulimia	4,5,28,38,46, 53,61	1= Pocas veces	
	Insatisfacción corporal	2,9,12,19,31,45,55,59, 62	2= A veces	
	Ineficacia	10,18,20,24,27,37,41, 42,50,56	3= A menudo	
	Perfeccionismo	13,29,36,43,52,63	4=Casi siempre	
	Desconfianza	15,17,23,30,34,54,57	5= Siempre	

	interpersonal			
	Conciencia introceptiva	8,21,26,33,40,44,47,51,60,64		
	Miedo a la madurez	3,6,14,22,35,39,48,58		
	Ascetismo	66, 68, 71,75, 78, 82, 86 y 88		
	Impulsividad	65,67,70,72,74,77,79, 81, 83, 85 y 90		
	Inseguridad social	69,73,76,80,84,87,89, 91		
Trastorno obsesivo compulsivo	Contaminación	1,5,10,19,28,33,38,40, 44,49,70,79,81,88,93, 98, 103	0= Nada 1= Un poco 2=Moderada mente 3= Bastante 4= Extremadamente	Cuestionario del trastorno obsesivo compulsivo.
	Verificación	2,11,20,31,39,50,61,71,80,89, 99		
	Lentitud Obsesiva	24,53,58,63,92		
	Ordenación y simetría	6,9,15,18,22,29,34,41, 55,60,65,73,78,84,90, 97,104		
	Almacenamiento	8,17,26,36,42,46,51,57,67,76,85,91,96,100, 102		
	Neutralización	48,59,69,75,87,94		
	Duda e Indecisión	3,7,13,16,25,35,45,56, 66,68,77,82,101		

	Impulsos Obsesivos sobre Causar Daño a Uno Mismo o Terceros	14,23,32,54,64,74,83, 105		
	Pensamientos Obsesivos sobre causar Daño a Uno Mismo o Terceros	4,12,21,27,30,43,47,5 2,62,72,86,95		

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Según Sampieri es correlacional; este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, lo que podría representarse como; pero frecuentemente se ubican en el estudio relaciones entre tres variables, lo cual se podría representar. (27)

3.2 Diseño de investigación

Es una investigación de diseño no experimental de corte transversal. La investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independiente, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentes no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa sobre la variación simultánea de las variables independiente y dependiente y es transversal por que se realiza en un determinado momento del tiempo. (27)

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población que se consideró para el estudio de investigación está conformada por el número total de alumnos que hay en los colegios Adeu Deportivo y Santa Ángela y se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla N° 1: Población

Colegios	N° de alumnos
Adeu Deportivo	110
Santa Ángela	135
TOTAL	245

Fuente: Elaboración propia

3.3.2 Muestra

La muestra de los colegios Adeu Deportivo y Santa Ángela se calculó con la siguiente fórmula utilizada para una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$n = \frac{245 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2(245 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 150$$

Muestreo

Para el estudio se realizó un tipo de muestreo estratificado; para el cual la muestra estará conformada de la siguiente manera.

Tabla N° 2. Muestra

Total	%	Muestra
110	0.45	67
135	0.55	83
245	1.00	150

Fuente: Elaboración propia

Para seleccionar la muestra, se consideró el muestreo aleatorio, porque se va tomar la misma proporción de alumnos de cada aula.

Siendo en el Colegio Santa Ángela, hay un total de 10 aulas en el nivel secundario; por lo tanto, serán 8 alumnos por aula en 8 aulas y 9 alumnos en

dos aulas. Los cuales, se van a tomar de forma aleatoria a los primeros de la lista.

En el Colegio Adeu deportivo, son un total de 6 aulas, en donde corresponde 11 alumnos de 5 aulas y 12 alumnos de un aula.

Criterios de selección

Alumnos con consentimiento informado firmado.

3.4 Técnicas e instrumentos de investigación

En este estudio se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2); dicho instrumento evalúa características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimentarios; El EDI-2 es un inventario de auto-repote que consta de 91 afirmaciones, de las cuales 27 son formuladas en forma inversa. Dichas afirmaciones se encuentran agrupadas, como ya se mencionó anteriormente, en once subescalas; obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. La primera, la segunda y la sexta escalas se encuentran conformadas por siete ítems cada una; la tercera por nueve; la cuarta y la séptima por diez; la quinta por seis; la octava, novena y onceava por ocho; y la décima por once. (28)

Inventario Obsesivo-Compulsivo

Desarrollado por Rosa y Baptista en 2000, con el objetivo de evaluar la sintomatología obsesivo-compulsiva. Su versión actual está compuesta por 105 ítems, respondidos en formato tipo Likert de 5 puntos, desde 0 (Nada) hasta 4 (Extremamente). Su descripción puede hallarse en el apartado de las medidas utilizadas para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo.(29)

3.5 Materiales, métodos y procedimiento de recolección de datos

Con respecto al primer cuestionario de Trastornos de la conducta Alimentaria (EDI-2), se desarrollo el siguiente procedimiento:

Paso 1: Se envió una solicitud de intervención

Paso 2: Se solicitó información del número de alumnos

Paso 3: Se elaboró una lista de alumnos que van a participar

Paso 4: Se entregó el consentimiento informado.

Paso 5: Se coordinó con el director la fecha de aplicación de los instrumentos.

Paso 6: Se dividió la muestra a la mitad, ya que va a tomar en dos días.

Paso 7: Se explicó la forma de llenado de los alumnos, asignar código según el aula - sección y número de lista.

Paso 8: Se aplicó la encuesta EDI 2.

Paso 9: El tiempo de duración fue de 30 minutos.

Paso 10: Se esperó que todos alumnos terminen y entreguen las encuestas.

Por otro lado, en cuanto al segundo instrumento, de desarrollaron los siguientes pasos:

Paso 1: Se entregó el cuestionario Obsesivo- Compulsivo

Paso 2: Se explicó cuestionario a los alumnos

Paso 3: Se solicitó el llenado del código

Paso 4: Se procedió al llenado por parte de los alumnos

3.6 Análisis estadístico e interpretación de los datos

Se especificaron como van hacer tratados lo datos, mediante las tablas de frecuencias y figuras con sus respectivos análisis e interpretaciones. Asimismo, para la prueba de hipótesis se tuvo en cuenta el análisis paramétrico y el no paramétrico. Por otro lado, se elaboró una base de datos para ambas variables. Allí se guardaron los valores obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de medición, para luego ser utilizados en el análisis descriptivo e inferencial mediante el programa SPSS y el Excel.

Para determinar si existe relación entre DOS VARIABLES CATEGÓRICAS se utilizará la distribución Chi-Cuadrado para independencia de criterios.

Las condiciones de significancia estadística fueron las siguientes:

- Si $p > 0.05$ (NS) no hay dependencia significativa.
- Si $p < 0.05$ (*) la dependencia entre los criterios establecidos es significativa.
- Si $p < 0.01$ (**) La dependencia entre los criterios establecidos es altamente significativa.

El estadístico de prueba es el siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - \varepsilon_{ij})^2}{\varepsilon_{ij}} \quad \text{Distribución chi-cuadrado } \chi^2$$

La distribución χ^2 se distribuye con (c-1) (f-1) grados de libertad.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Presentación de los resultados

Tabla 1. Trastornos alimenticios en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

Trastornos alimenticios Colegio		N	Media	Desviación estándar	p. value
Obsesión por la delgadez	Adeu Deportivo	67	2,24	1,03	,665
	Santa Ángela	83	1,90	1,01	
Bulimia	Adeu Deportivo	67	1,46	0,76	,944
	Santa Ángela	83	1,09	0,75	
Insatisfacción corporal	Adeu Deportivo	67	2,00	0,87	,839
	Santa Ángela	83	1,78	0,83	
Ineficacia	Adeu Deportivo	67	1,53	0,90	,937
	Santa Ángela	83	1,46	0,90	
Perfeccionismo	Adeu Deportivo	67	2,29	0,92	,580
	Santa Ángela	83	2,04	0,99	
Desconfianza interpersonal	Adeu Deportivo	67	2,09	0,48	,011
	Santa Ángela	83	2,42	0,87	
Conciencia introceptiva	Adeu Deportivo	67	1,79	0,71	,338
	Santa Ángela	83	1,63	0,73	
Miedo a la madurez	Adeu Deportivo	67	2,61	0,44	,113
	Santa Ángela	83	2,76	0,63	
Ascetismo	Adeu Deportivo	67	2,22	0,84	,071
	Santa Ángela	83	1,62	0,59	
Impulsividad	Adeu Deportivo	67	2,04	0,74	,812
	Santa Ángela	83	1,60	0,73	
Inseguridad social	Adeu Deportivo	67	2,22	0,75	,753
	Santa Ángela	83	2,28	0,76	

Fuente: Cuestionario de Trastornos Alimenticios EDI – 2

El trastorno de la obsesión por delgadez, la media fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo (2,24) y de 1,90 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,665$).

El trastorno de la bulimia, la media fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo (1,46) y de 1,09 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,944$).

La insatisfacción corporal fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 2,00 y de 1,78 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,839$).

La ineficacia fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,53 y de 1,46 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,937$).

El perfeccionismo fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 2,29 y de 2,04 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,580$).

La desconfianza interpersonal fue mayor en el Colegio Santa Ángela con una media de 2,42 y de 2,09 en el Colegio Adeu Deportivo, estableciendo que existe diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,011$).

La conciencia introceptiva fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,79 y de 1,63 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,338$).

El miedo a la madurez fue mayor en el Colegio Santa Ángela con una media de 2,76 y de 2,22 en el Colegio Adeu Deportivo, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,113$).

El Ascetismo fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 2,22 y de 1,62 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,071$).

La impulsividad fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 2,04 y de 1,60 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,812$)

La inseguridad social fue mayor en el Colegio Santa Ángela con una media de 2,28 y de 2,22 en el Colegio Adeu Deportivo, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,753$)

De los trastornos alimenticios, presentó la mayor media en ambos colegio el miedo a la madurez con una media de 2,61 en el Colegio Adeu Deportivo y 2,76 en el Colegio Santa Ángela.

Tabla 2. Trastorno Obsesivo Compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

	Colegio	N	Media	Desviación estándar	p. value
Contaminación	Adeu Deportivo	67	1,73	0,89	,841
	Santa Ángela	83	1,47	0,80	
Verificación	Adeu Deportivo	67	1,60	0,99	,796
	Santa Ángela	83	1,54	0,85	
Lentitud Obsesiva	Adeu Deportivo	67	1,89	1,05	,331
	Santa Ángela	83	1,56	0,86	
Ordenación y simetría	Adeu Deportivo	67	1,83	0,99	,815
	Santa Ángela	83	1,65	0,90	
Almacenamiento	Adeu Deportivo	67	1,78	0,97	,931
	Santa Ángela	83	1,45	0,85	
Neutralización	Adeu Deportivo	67	1,83	1,05	,788
	Santa Ángela	83	1,55	0,93	
Duda e Indecisión	Adeu Deportivo	67	1,83	0,97	,592
	Santa Ángela	83	1,61	0,81	
Impulsos Obsesivos sobre Causar Daño a Uno Mismo o Terceros	Adeu Deportivo	67	1,48	1,17	,677
	Santa Ángela	83	1,19	1,00	
Pensamientos Obsesivos sobre causar Daño a Uno Mismo o Terceros	Adeu Deportivo	67	1,68	0,94	,379
	Santa Ángela	83	1,64	0,92	

Fuente: Cuestionario de Trastorno Obsesivo Compulsivo

De la evaluación del trastorno obsesivo compulsivo en los escolares, se encontró que la contaminación fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,73 y de 1,47 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,841$).

De la dimensión verificación fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,60 y de 1,54 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,796$).

De la dimensión lentitud obsesiva fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,89 y de 1,56 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,331$).

De la dimensión ordenación y simetría fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,83 y de 1,65 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,815$).

De la dimensión almacenamiento fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,78 y de 1,45 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,931$).

De la dimensión neutralización fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,83 y de 1,55 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,788$).

De la dimensión duda e indecisión fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,83 y de 1,61 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,592$).

De la dimensión impulsos obsesivos sobre causar daño a uno mismo o terceros fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,48 y de 1,19 en el

Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,677$).

De la dimensión pensamientos obsesivos sobre causar daño a uno mismo o terceros fue mayor en el Colegio Adeu Deportivo con una media de 1,68 y de 1,64 en el Colegio Santa Ángela, sin embargo no se identificó diferencias significativas entre ambos colegios ($p=0,379$).

Del trastorno obsesivo compulsivo que obtuvo la mayor media en el Colegio Adeu Deportivo fue la lentitud obsesiva con 1,89 y en el Colegio Santa Ángela, la ordenación y simetría (1,65).

Tabla 3. Relación de las dimensiones de los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en escolares del nivel secundario en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo.

Dimensiones de trastornos alimenticios	Trastorno Obsesivo Compulsivo			
	Adeu deportivo		Santa Ángela	
	Rho	p. value	Rho	p. value
Obsesión por la delgadez	,491*	,011	,249	,078
Bulimia	,348	,081	,334*	,017
Insatisfacción corporal	,239	,240	,041	,776
Ineficacia	,218	,285	,047	,743
Perfeccionismo	,254	,210	,465**	,001
Desconfianza interpersonal	-,372	,062	,052	,716
Conciencia introceptiva	,519**	,007	,256	,069
Miedo a la madurez	-,099	,631	,070	,624
Ascetismo	,585**	,002	,415**	,002
Impulsividad	,599**	,001	,377**	,006
Inseguridad social	,138	,501	-,028	,848

Fuente: Cuestionarios

En el Colegio Adeu Deportivo al relacionar las dimensiones de los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo, se estableció relación directa con la obsesión por la delgadez ($p=,011$), conciencia introceptiva ($p=,007$), Ascetismo ($p=,585$) e impulsividad ($p=,001$), no se encontró relación con Bulimia ($p=0,081$), insatisfacción corporal ($p=,240$), ineficacia ($p=,285$), perfeccionismo ($p=,210$), desconfianza interpersonal ($p=,062$), miedo a la madurez ($p=,631$) e inseguridad social ($p=,501$).

Mientras en el Colegio Santa Ángela se estableció relación de las dimensiones de trastorno alimenticios con el trastorno obsesivo compulsivo, con bulimia ($p=,017$), perfeccionismo ($p=,001$), ascetismo ($p=,002$) e inseguridad social ($p=,848$), no se encontró relación con la obsesión por la delgadez ($p=,078$), insatisfacción corporal ($p=,776$), ineficacia ($p=,743$), desconfianza interpersonal ($p=,716$), conciencia introceptiva ($p=,069$), miedo a la madurez ($p=,624$) e inseguridad social ($p=,848$).

Tabla 4. Relación entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en dos Colegios de la Ciudad de Chiclayo

Trastornos alimenticios	Trastorno Obsesivo Compulsivo	
	Adeu Deportivo	Santa Ángela
Rho	,579**	,374**
Sig.	,002	,007

Fuente: Cuestionario

A un nivel de confianza de $0,002 < 0,05$, existe una relación directa entre los trastorno alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo en el Colegio Adeu Deportivo de nivel de relación “moderado” ($Rho=,579$).

Mientras en el Colegio Santa Ángela la relación es significativa ($,007 < ,05$), entre los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo de nivel de relación “baja” ($Rho=,374$)

4.2 Análisis y discusión de los resultados

Los trastornos obsesivos compulsivos en la personal de las adolescentes, puede significar un gran riesgo para que se originen los trastornos alimenticios, siendo muchas veces la bulimia y la necesidad de bajar de peso un problema que llegan a travesar las adolescentes y que representa un gran peligro para su salud y la vida.

El estudio comprende establecer los trastornos alimenticios en dos colegios, donde los trastornos fueron similares en ambos colegios siendo la media de niveles menores a 3, sólo se encontró una diferencia significativa con la desconfianza interpersonal ($p=,011$), siendo mayor en el Colegio Santa Ángela, además el miedo a la madurez fue el trastorno que obtuvo la mayor media en ambos colegios siendo de 2,76 en el Colegio Santa Ángela y 2,61 en el Colegio Adeu Deportivo. Estos resultados coinciden con Sánchez B (7), donde también obtuvo niveles bajo para el trastorno de adelgazar; además; la desconfianza según Mustelier, M (9) se debe a la falta de protección con una alta autoestima, siendo clave para que adolescentes se acepte y muestre confianza en su cuerpo.

Respecto al trastorno obsesivo compulsivo no se encontró diferencias en ambos colegios, se estableció la mayor media en el Colegio Adeu Deportivo la lentitud obsesiva (1,89) y en el Colegio Santa Ángela fue la ordenación y simetría (1,65). Donde la obsesión en un adolescente genera que compare su cuerpo con otros y sienta una insatisfacción corporal, originando una necesidad de bajar de peso (9).

Entre las dimensiones de los trastornos alimenticios y la relación del trastorno obsesivo compulsivo se encontró relación significativa en el Colegio Adeu Deportivo la obsesión a la delgadez, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad, estos dos últimos también se relacionaron en el Colegio Santa Ángela, adicionalmente la bulimia, el perfeccionismo, de esta manera se establece

que hay una gran tendencia de comparar el con otro cuando hay una obsesión por la delgadez (9). Esto genera cambios en la personalidad muchas veces generado por la propia familia y ciertos factores predisponentes (10).

Se encontró relación significativa ($p < .05$), en ambos colegios respecto a los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo, siendo la relación “moderada” en el Colegio Adeu Deportivo y “baja” en el Colegio Santa Ángela. Es así que para Molina R (8), los grupos con mayores niveles de trastorno obsesivo compulsivo, tienen mayor predisposición a ser parte de grupos más impulsivos.

CONCLUSIONES

1. Los trastornos alimenticios fue similar en ambos colegios, dónde sólo se encontró una diferencia significativa con la desconfianza interpersonal ($p=,011$), siendo mayor en el Colegio Santa Ángela, además el miedo a la madurez fue el trastorno que obtuvo la mayor media en ambos colegios siendo de 2,76 en el Colegio Santa Ángela y 2,61 en el Colegio Adeu Deportivo.
2. No se encontró diferencias significativas en las dimensiones del trastorno obsesivo compulsivo en ambos colegios, se estableció la mayor media en el Colegio Adeu deportivo la lentitud obsesiva (1,89) y en el Colegio Santa Ángela fue la ordenación y simetría (1,65).
3. Entre las dimensiones de los trastornos alimenticios y la relación del trastorno obsesivo compulsivo se encontró relación significativa en el Colegio Adeu Deportivo la obsesión a la delgadez, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad, estos dos últimos también se relacionaron en el Colegio Santa Ángela, adicionalmente la bulimia, el perfeccionismo.
4. Se encontró relación significativa ($p<,05$), en ambos colegios respecto a los trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo, siendo la relación “moderada” en el Colegio Adeu Deportivo y “baja” en el Colegio Santa Ángela.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al departamento de psicología educativa fortalecer la información sobre confiabilidad alimenticia y nivel de conocimiento dirigido al grupo escolar en estudio.
2. Se recomienda al equipo de gestión educativa de ciencia y ambiente reforzar los conocimientos en trastorno obsesivo compulsivo relacionado al componente de ordenación y simetría, asimismo valor de test psicológicos los niveles de ansiedad con respecto a dichos trastornos.
3. Se recomienda a la gerencia regional de Salud organizar campañas de despistaje en ambos colegios con el fin de determinar problemas preliminar de obsesión compulsión, asimismo explorar los coeficientes de inteligencia emocional personal conciencia de uno mismo, valoración personal, automotivación y autorregulación.
4. Se recomienda al área de investigación de la universidad promocionar mayor número de estudios en otros centros educativos para determinar factores de asociación e influencia en los trastornos alimentarios y psicológicos

BIBLIOGRAFÍA

1. Los trastornos alimentarios más comunes en Chile [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Nutricion/Noticias/Te-puede-interesar/Los-trastornos-alimentarios-mas-comunes-en-Chile.aspx>
2. Paez A. Aumenta en 300% los trastornos alimenticios en México [Internet]. IzqMx. 2016 [citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://izq.mx/noticias/17/2016/05/al-ano-en-mexico-hay-mas-de-20-mil-casos-de-trastornos-alimenticios-mujeres-las-mas-afectadas/>
3. Argentina, entre los países con más patologías alimentarias [Internet]. Infobae. 2012 [citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2012/02/27/634201-argentina-los-paises-mas-patologias-alimentarias/>
4. Gestión. ¿Trastornos alimentarios en la adolescencia? [Internet]. Gestión. 2016 [citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://gestion.pe/tendencias/trastornos-alimentarios-adolescencia-146576>
5. Alarco C. Trastornos alimenticios [Internet]. [citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://rpp.pe/lima/actualidad/trastornos-alimenticios-noticia-780594>
6. Más del 11% de adolescentes sufre trastornos alimentarios en el país | Noticias | Agencia Peruana de Noticias Andina [Internet]. 2015 [citado 19 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-mas-del-11-adolescentes-sufre-trastornos-alimentarios-el-pais-306992.aspx>
7. Sanchez B. Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013 [Internet]. Paraguay: Universidad Tecnológica Intercontinental; 2013 ago p. 85. Disponible en:

<http://www.utic.edu.py/v6/investigacion/attachments/article/78/Tesis%20Completa.pdf>

8. Molina R. Un estudio de Neuroimagen en Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet] [Tesis de Postgrado]. [España]: Universidad Complutense de Madrid; 2014. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/30561/1/T36129.pdf>
9. Mustelier M. Estrategias de intervención en adolescentes con trastorno de alimentación en el primer nivel de atención. [Internet] [Tesis de Postgrado]. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2014. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/3195/1/38939.pdf>
10. Surichaqui M. Factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una institución Privada Chosica [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2012. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/388/1/Surichaqui_mi.pdf
11. Alcala E. Factores asociados al trastorno de conducta alimentaria en internos de medicina humana de la universidad privada San Juan Bautista en el año 2017 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima - Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.
12. Denegri L. Características psicosociales en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria-estudio caso [Internet] [Tesis de Postgrado]. [Arequipa - Perú]: Universidad Nacional de San Agustín; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5962/PSMdesolm.pdf?sequence=1>
13. Cayatopa V, Cruzado V. Conducta previa y factores personales relacionados a los hábitos alimenticios de adolescentes de la Institución educativa Jose Maria Arguedas, Chiclayo, 2016. [Internet]. [Pimentel-Peru]: Universidad Señor de Sipán; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/4116/1/Tesis%20CAYATOPA%20Y%20CRUZADO.pdf>

14. Silva C. Trastornos alimentarios/ Eating Disorders: Anorexia, Bulimia, Comer Compulsivo [Internet]. Mexico: Editorial Pax México; 2008. 146 p.
15. Zaida. Adolescencia y trastornos alimenticios: Influencia de los modelos televisivos [Internet]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2011 p. 178. Disponible en: <http://iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/informes/informe4.pdf>
16. Guía de trastornos Alimenticios [Internet]. Mexico; 2004 p. 28. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
17. Trastorno obsesivo-compulsivo [Internet]. MedlinePlus. 2016 [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/obsessivecompulsivedisorder.html>
18. Pareja V, Ángel M. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. Psicothema [Internet]. 2001 [citado 26 de noviembre de 2018];13(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=72713307>
19. Sanz MJM. Psiquiatría para padres y educadores: Ciencia y arte [Internet]. Marid: Narcea Ediciones; 2002. 306 p.
20. Yaryura-Tobías JA, Yaryura. Trastornos obsesivo-compulsivos: patogénesis, diagnóstico y tratamiento [Internet]. España: Elsevier España; 1997. 308 p.
21. Guitierrez J. Trastornos alimentarios y depresion [Internet]. Madrid; 2016 p. 8. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Capitulo4.pdf>
22. Jamil M. Trastorno Obsesivo-Compulsivo:Modelos teóricos explicativos [Internet]. Averroes. 2016 [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://averroespsicologos.blogspot.com/2013/06/trastorno-obsesivo-compulsivomodelos.html>
23. Fundación Imagen y autoestima. Autoestima - Fundación Imagen y Autoestima [Internet]. Ima. 2013 [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/autoestima>

24. Organizacion Mundial de la Salud. Nutricion [Internet]. OMS. 2016 [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
25. Organizacion Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. OMS. 2015 [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
26. Organizacion Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. OMS. 2015 [citado 26 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
27. Hernadez R, Fernandez C, Baptista P. Metodologia de la Investigación [Internet]. quinta. México: The McGraw-Hill; 2010. 736 p.
28. Guerrero. Adaptación Del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (edi-2) en una muestra de Adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana [Internet]. Lima-Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/631>
29. Rosa J, Baptista, G. Análise das carcterísticas psicométricas do inventário Obsessivo-Compulsivo Actas da Conferência Avaliação Psicológica [Internet]. Portugal: Psychologica; 2000 p. 19.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS EDI-2

Instrucciones: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. En cada frase se proponen cinco alternativas de respuestas, de las cuáles deberás elegir una, la que mejor te describa. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

Nunca	= 0
Pocas veces	= 1
A veces	= 2
A menudo	= 3
Casi siempre	= 4
Siempre	= 5

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre y no dejes ni una en blanco. Recuerda que no hay respuesta correcta ni incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia.

Contesta a todas las frases con sinceridad

1) Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

2) Creo que mi estómago es demasiado grande

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

3) Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

4) Suelo comer cuando estoy disgustado.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

5) Suelo hartarme de comida.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

6) Me gustaría ser más joven.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

7) Pienso en ponerme en dieta.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

8) Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

9) Pienso que mis muslos son demasiados gruesos.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

10) Me considero una persona poca eficaz.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

11) Me siento muy culpable cuando como en exceso

- | | | |
|-----------|-----------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
|-----------|-----------------|-------------|

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

12) Creo que mi estómago tiene un tamaño adecuado.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

13) En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

14) La infancia es la época más feliz de la vida.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

15) Soy capaz de expresar mis sentimientos.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

16) Me aterroriza la idea de engordar

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

17) Confío en los demás

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

18) Me siento solo en el mundo.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

19) Me siento satisfecho con mi figura.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

20) Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

21) Suelo estar confuso sobre mis emociones.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

22) Preferiría ser adulto a ser niño.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

23) Me resulta fácil comunicarme con los demás.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

24) Me gustaría ser otra persona.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

25) Exagero o doy demasiada importancia al peso.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

26) Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.

- | | | |
|-----------|-----------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
|-----------|-----------------|-------------|

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

27) Me siento incapaz.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

28) He ido a comilonas en las que sentí que no podía dejar de comer.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

29) Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

30) Tengo amigos íntimos

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

31) Me gusta la forma de mi trasero

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

32) Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

33) No sé qué es lo que ocurre en mi interior.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

34) Me cuesta expresar mis emociones a los demás

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

35) Las exigencias de la vida adulta son excesivas.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

36) Me fastidia no ser el mejor en todo.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

37) Me siento seguro de mí mismo.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

38) Suelo pensar en darme un atracón

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

39) Me alegra haber dejado de ser un niño.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

40) No sé muy bien cuando tengo hambre o no.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

41) Tengo mala opinión de mí.

- | | | |
|-----------|-----------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
|-----------|-----------------|-------------|

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

42) Creo que puedo conseguir mis objetivos.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

43) Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

44) Temo no poder controlar mis sentimientos.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

45) Creo que mis caderas son demasiado anchas

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

46) Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

47) Me siento hinchado después de una comida normal.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

48) Creo que las personas son más felices cuando son niños.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

49) Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

50) Me considero una persona valiosa.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

51) Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

52) Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

53) Pienso en vomitar para perder peso

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

54) Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

55) Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

56) Me siento emocionalmente vacío en mi interior.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

57) Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

58) Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

59) Creo que mi trasero es demasiado grande.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

60) Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

61) Como o bebo a escondidas.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

62) Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

63) Me fijo objetivos sumamente ambiciosos

- | | | |
|-----------|-----------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
|-----------|-----------------|-------------|

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

64) Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

65) La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

66) Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

67) La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

68) Me gustaría tener un control total sobre mis necesidades corporales.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

69) Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

70) Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

71) Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

72) Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

73) Soy comunicativo con la mayor parte de la gente

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

74) Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

75) La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

76) La gente comprende mis verdaderos problemas.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

77) Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

78) Comer por placer es signo de debilidad moral.

- | | | |
|-----------|-----------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
|-----------|-----------------|-------------|

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

79) Soy propenso a tener ataque de rabia o de ira.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

80) Creo que la gente confía en mi tanto como merezco.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

81) Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

82) Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

83) Los demás dicen que me irrito con facilidad.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

84) Tengo la sensación de que todo me sale mal.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

85) Tengo cambios de humor bruscos.

(0) Nunca (1) Pocas veces (2) A veces

(3) A menudo (4) Casi siempre (5) Siempre

86) Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

87) Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

88) El sufrimiento te convierte en una persona mejor

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

89) Sé que la gente me aprecia

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

90) Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

91) Creo que realmente sé quién soy

- | | | |
|--------------|------------------|-------------|
| (0) Nunca | (1) Pocas veces | (2) A veces |
| (3) A menudo | (4) Casi siempre | (5) Siempre |

ANEXO 2- CUESTIONARIO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Instrucciones: Estimados participantes debes contestar a las frases que se proponen según lo manifiesta la siguiente escala.

Escala de respuesta:

0	1	2	3	4
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Facetas de Contenido:

Ver.	Verificación
Cont.	Contaminación
Lent.	Lentitud obsesiva
Ord.Sim.	Ordenación y Simetría
Alm.	Almacenamiento
Neut.	Neutralización
Dud.Ind.	Duda y Indecisión
Impul.	Impulsos Obsesivos sobre Causar Daño a Uno Mismo o Terceros
Pens.	Pensamientos Obsesivos sobre causar Daño a Uno Mismo o Terceros

1	Siento mis manos sucias cuando toco el dinero	0	1	2	3	4	5
2	Tiendo a comprobar las cosas más frecuentemente de lo necesario	0	1	2	3	4	5
3	A veces no estoy seguro (a) de haber hecho cosas que realmente sé que hice	0	1	2	3	4	5
4	Cuando me entero de un desastre, pienso que, de alguna	0	1	2	3	4	5
5	Uso un montón de antisépticos sin dificultad	0	1	2	3	4	5
6	Las otras personas piensan que paso mucho tiempo para ordenar y organizar mis cosas	0	1	2	3	4	5
7	Creo que es difícil tomar decisiones	0	1	2	3	4	5
8	He acumulado tantas cosas que actualmente ya me molestan	0	1	2	3	4	5
9	Me siento obligado a seguir un cierto orden cuando me visto, desnudo o lavo	0	1	2	3	4	5
10	Creo que hasta el más mínimo contacto con las secreciones corporales (sudor, saliva, orina, etc.) puede contaminar la ropa o hacerme daño de alguna manera	0	1	2	3	4	5
11	Compruebo varias veces los grifos de gas, agua y los interruptores de luz después de haberlos desconectado	0	1	2	3	4	5
12	A veces, sin razón, me preocupo mucho por haberme herido o tener alguna enfermedad	0	1	2	3	4	5
13	Cuando leo, tengo la impresión de que no he entendido algo importante y tengo que volver a leer el pasaje por lo menos dos o tres veces	0	1	2	3	4	5
14	Cuando veo un tren que se aproxima, a veces siento un impulso de tirarme bajo las ruedas	0	1	2	3	4	5
15	Tengo que guardar mis papeles, documentos, recetas, etc., organizados de acuerdo con normas específicas	0	1	2	3	4	5
16	Necesito mucho tiempo para planear mi tiempo libre	0	1	2	3	4	5
17	A veces tengo dificultades para decidir que debo o no debo abandonar	0	1	2	3	4	5
18	Antes de ir a dormir, tengo que hacer ciertas cosas en un orden determinado	0	1	2	3	4	5
19	Me resulta difícil tocar un objeto cuando sé que ha sido tocado previamente por extraños o por ciertas personas	0	1	2	3	4	5
20	Compruebo las puertas, ventanas, cajones, etc., para asegurarme de que están bien cerrados	0	1	2	3	4	5
21	Me molesta y preocupa ver cuchillos, puñales y otros objetos punzantes	0	1	2	3	4	5
22	Antes de irme a la cama, tengo que colgar o doblar la ropa de una manera especial	0	1	2	3	4	5
23	A veces, siento la tentación de arrancarme la ropa en público	0	1	2	3	4	5
24	Uno de mis mayores problemas es que le presto demasiada atención a los detalles	0	1	2	3	4	5
25	Cuando miro un menú, suelo tener dificultad para decidir qué elegir	0	1	2	3	4	5

26	Cuando tengo que deshacerme de cosas me quedo emocionalmente perturbado/-a	0	1	2	3	4	5
27	Me preocupa poder haber herido o dañado a alguien sin saberlo	0	1	2	3	4	5
28	Me resulta difícil tocar la basura o cosas sucias	0	1	2	3	4	5
29	Necesito que las cosas se organicen de acuerdo a un cierto orden.	0	1	2	3	4	5
30	Cuando oigo hablar de un suicidio o un crimen, me perturba durante mucho tiempo y es difícil para mí dejar de pensarlo	0	1	2	3	4	5
31	Reviso en varias ocasiones y en detalle documento cheques, etc; con el fin de asegurarme de que los he completado correctamente	0	1	2	3	4	5
32	Cuando conduzco a veces siento el impulso de lanzar el coche contra algo o alguien	0	1	2	3	4	5
33	Evito el uso de baños públicos porque tengo miedo de las enfermedades y de la contaminación	0	1	2	3	4	5
34	Me siento obligado (a) a organizar y ordenar mis cosas hasta que se encuentren en la manera correcta	0	1	2	3	4	5
35	Siento ansiedad cuando tomo una decisión	0	1	2	3	4	5
36	Tengo problemas para tirar las cosas	0	1	2	3	4	5
37	Tengo que repasar mentalmente los acontecimientos pasados, las conversaciones y acciones, para asegurarme de que no he cometido ninguna equivocación	0	1	2	3	4	5
38	Evito utilizar teléfonos públicos porque tengo miedo del contagio y de la enfermedad	0	1	2	3	4	5
39	Vuelvo atrás para ver si las cerillas, cigarrillos, etc. están apagados correctamente	0	1	2	3	4	5
40	Siento preocupaciones innecesarias acerca de los gérmenes y de las enfermedades	0	1	2	3	4	5
41	Sigo un orden muy estricto cuando llevo a cabo las actividades cotidianas	0	1	2	3	4	5
42	Colecciono cosas que no necesito	0	1	2	3	4	5
43	Cuando veo armas, me excito y tengo pensamientos violentos	0	1	2	3	4	5
44	A menudo tengo que lavarme o limpiarme, simplemente porque creo que puedo haberme manchado o "contaminado"	0	1	2	3	4	5
45	Habitualmente me preocupa tomar la decisión correcta	0	1	2	3	4	5
46	Me niego a tirar las cosas porque tengo miedo de necesitarlas más adelante	0	1	2	3	4	5
47	Como resultado de una distracción o un pequeño error, me imagino que pueden suceder consecuencias catastróficas	0	1	2	3	4	5
48	Me siento obligado (a) a contar mientras realizo las actividades	0	1	2	3	4	5
49	Me lavo las manos más frecuentemente y más lentamente de lo necesario	0	1	2	3	4	5
50	Cuando utilizo dinero, tengo que contarlas varias veces	0	1	2	3	4	5

51	Tengo un montón de cosas que nunca uso	0	1	2	3	4	5
52	Me preocupa más de la honestidad que la mayoría de la gente	0	1	2	3	4	5
53	Tardo mucho tiempo en completar mi higiene por las mañanas	0	1	2	3	4	5
54	A veces, siento la necesidad de romper o estropear las cosas sin ningún motivo	0	1	2	3	4	5
55	Los muebles de mi casa tienen que estar colocados con exactitud	0	1	2	3	4	5
56	Después de tomar una decisión, normalmente pienso que he hecho una mala elección	0	1	2	3	4	5
57	Acostumbro a almacenar periódicos y revistas	0	1	2	3	4	5
58	A menudo llego tarde, porque no consigo hacer nada a tiempo	0	1	2	3	4	5
59	Tengo que rezar para eliminar los malos pensamientos y sentimientos	0	1	2	3	4	5
60	Cuando pienso que mis cosas están descolocadas, me siento incómodo (a) y ansioso (a)	0	1	2	3	4	5
61	Reviso cuidadosamente las cartas varias veces antes de echarlas al correo	0	1	2	3	4	5
62	Me preocupa demasiado cuando accidentalmente tropiezo con alguien	0	1	2	3	4	5
63	Tardó mucho en colgar y doblar la ropa por la noche	0	1	2	3	4	5
64	A veces tengo el impulso de robar las pertenencias de los demás, aunque no tengan ninguna utilidad para mí	0	1	2	3	4	5
65	Me tranquiliza que los objetos que me rodean estén bien organizados y dispuestos	0	1	2	3	4	5
66	Decidir sobre algo sin importancia me hace perder mucho tiempo	0	1	2	3	4	5
67	Tengo la costumbre de guardar papeles de publicidad, notas, listas de compras, etc.	0	1	2	3	4	5
68	Soy demasiado concienzudo (a)	0	1	2	3	4	5
69	A veces tengo que repetir ciertos números	0	1	2	3	4	5
70	Si toco cualquier cosa que pienso que está "contaminada", tengo que lavarme o limpiarme inmediatamente	0	1	2	3	4	5
71	Mi mayor problema es hacer comprobaciones de forma repetida	0	1	2	3	4	5
72	Algunos números son de muy mala suerte	0	1	2	3	4	5
73	Me enfado si los objetos no están dispuestos adecuadamente	0	1	2	3	4	5
74	A veces tengo la tentación irresistible de robar algo en el supermercado	0	1	2	3	4	5
75	Siento que tengo que repetir ciertas palabras o frases en mi cabeza para deshacerme de los malos pensamientos, sentimientos y acciones	0	1	2	3	4	5
76	Colecciono tantos artículos que me quedo sin espacio para ellos	0	1	2	3	4	5
77	Habitualmente tengo serias dudas acerca de las pequeñas cosas que hago cada día	0	1	2	3	4	5

78	Me siento obligado (a) a organizar los objetos para que estén equilibrados y uniformemente distribuidos.	0	1	2	3	4	5
79	Si un animal me toca, siento que me ensucia y tengo que lavarme inmediatamente o cambiarme de ropa	0	1	2	3	4	5
80	Acostumbro a retrasarme en mi trabajo porque repito las cosas muchas veces.	0	1	2	3	4	5
81	Me preocupan excesivamente los gérmenes y las enfermedades	0	1	2	3	4	5
82	Tengo que hacer las cosas varias veces para sentir que las he hecho correctamente	0	1	2	3	4	5
83	A veces tengo el impulso de dañar a niños indefensos o animales	0	1	2	3	4	5
84	No me puedo concentrar si las cosas no están en el lugar correcto	0	1	2	3	4	5
85	Guardo objetos que ocupan mucho espacio en mi casa	0	1	2	3	4	5
86	Casi todos los días me siento perturbado/-a por pensamientos desagradables que me vienen a la mente contra mi voluntad	0	1	2	3	4	5
87	Creo que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4	5
88	Me preocupo excesivamente por la contaminación si toco un animal	0	1	2	3	4	5
89	Tiendo a comprobar las cosas más de una vez	0	1	2	3	4	5
90	Me enfado si los otros cambian mi manera de ordenar las cosas	0	1	2	3	4	5
91	Las otras personas piensan que mis colecciones son inútiles	0	1	2	3	4	5
92	Tardo mucho en vestirme por la mañana	0	1	2	3	4	5
93	Para lavarme las manos, por ejemplo, utilizo una cantidad excesiva de jabón	0	1	2	3	4	5
94	Generalmente hago recuentos mientras que hago las actividades cotidianas	0	1	2	3	4	5
95	Tengo a menudo pensamientos indecentes u obscenos y tengo dificultad en librarme de ellos	0	1	2	3	4	5
96	No me siento capaz de tirar ciertos objetos	0	1	2	3	4	5
97	Es importante para mí que mis cosas estén colocadas simétricamente y distribuidas por igual	0	1	2	3	4	5
98	Estoy demasiado preocupado por la limpieza	0	1	2	3	4	5
99	Paso mucho tiempo durante el día haciendo comprobaciones repetitivas	0	1	2	3	4	5
100	A veces traigo a casa cosas inútiles	0	1	2	3	4	5
101	Incluso cuando hago algo con mucho cuidado, pienso a menudo que todavía no está bien	0	1	2	3	4	5
102	Veó mis cosas como una extensión de mí, son una parte de lo que soy	0	1	2	3	4	5
103	Tengo dificultad para usar los baños públicos aunque estén muy limpios	0	1	2	3	4	5
104	No me gusta usar los objetos cuando estos están adecuadamente dispuestos	0	1	2	3	4	5
105	Cuando miro desde un puente o una ventana muy alta, siento un impulso de lanzarme al espacio	0	1	2	3	4	5

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario:

A través del presente documento se solicita su participación en la investigación: Trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la imagen corporal en escolares del nivel secundario en dos colegios de la ciudad de Chiclayo 2018. Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá que asista en una fecha coordinada previamente, en un tiempo aproximado de 30 minutos, en el cual se le aplicará un cuestionario. La información sobre los datos del cuestionario serán confidenciales los mismos que serán codificados a través de letras y números por lo tanto serán anónimas, y serán registrado únicamente por el investigador además, no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

La participación es voluntaria. Ud. tiene el derecho de retirar su participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni implica costo alguno. No recibirá ninguna compensación por participar.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio.

Si luego deseo realizar alguna pregunta relacionada con esta investigación, deberá comunicarse con el investigador.

Alumna: Katherine Beatriz Jara Huamán.

Por favor lea y complete si estuviera de acuerdo, He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la presente investigación

Nombre del usuario y Firma

Anexo N°4

Solicitud de intervención para el estudio

“Año de la Universalización de la salud”

Asunto: Solicito permiso para intervención en la institución

Sr. Lic. José Cabrera Toro

Director del Colegio Deportivo Adeu-Chiclayo.

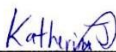
Yo Katherine Jara Huamán, identificadas con DNI 72225695; estudiantes de la Escuela de Prepago de la Facultad de Medicina de la Universidad Particular de Chiclayo, ante usted con el debido respeto expongo:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar permiso para poder realizar intervención en el colegio, con alumnas de secundaria, durante el mes de junio, en la recopilación de información de la investigación que se titula: "TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN ESCOLARES DEL NIVEL SECUNDARIO EN DOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE CHICLAYO 2018."

Por lo expuesto:

Ante usted queda, que acceda a mi solicitud.

Atentamente



Katherine Jara Huamán



Chiclayo, 28 de enero del 2020

Solicitud de intervención para el estudio

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

Asunto: Solicito permiso para intervención en la institución

Sñra. Hilda Ticlla De Chafloque

Directora del I.E N° 03370-20-08-76 Santa Ángela –Chiclayo.

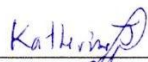
Yo Katherine Jara Huamán, identificadas con DNI 72225695; estudiantes de la Escuela de Prepago de la Facultad de Medicina de la Universidad Particular de Chiclayo, ante usted con el debido respeto expongo:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar permiso para poder realizar intervención en el colegio, con alumnas de secundaria, durante el mes de junio, en la recopilación de información de la investigación que se titula: **“TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ESCOLARES DEL NIVEL SECUNDARIO EN DOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE CHICLAYO 2018.”**

Por lo expuesto:

Ante usted queda, que acceda a mi solicitud.

Atentamente



Katherine Jara Huamán



Chiclayo, 8 de Marzo del 2018