

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Tesis presentada para optar el título profesional de psicóloga

Relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016

Por:

Karlidth Dámaris Rosas Hallasi

Asesor:

Mg. Daniel Josué Farfán Rodríguez

Lima, Agosto de 2016

Dedicatoria

Dedico todo el esfuerzo de esta investigación a todas aquellas mujeres quienes decidieron hacer algo para ser mejores y se equivocaron de camino al desconectarse de un mundo en el que no encuentran amor y del que no saben enfrentarse porque no lo aprendieron; quienes al no saber que les está sucediendo ni por qué, recurren al silencio como su mejor compañía en sus momentos de sufrimiento. A quienes la palabra admiración, no se compara para expresar las ganas que tienen de vivir y encontrar la identidad perdida con la cual nacieron para brillar

Agradecimiento

A través de estas líneas deseo expresar mi más sincera gratitud a quienes directa e indirectamente han sido parte de esta investigación.

Agradezco a mis asesores: el psicólogo Daniel F. por su dedicación y ayuda en el proceso de inscripción, planteamiento y ejecución de este trabajo, al Psicólogo Wildman V. por su contribución empírica y ayuda en la redacción de los últimos capítulos; a la Ps. Gissel A. quien además de contribuir directamente en la conformación teórica, ha mostrado empatía, cooperación, profesionalismo y humanidad que representa un modelo a seguir. Agradezco también a los Psicólogos Flor L., Josías T. e Isaac C. quienes con criterio profesional realizaron las correcciones correspondientes para que este trabajo cumpla la finalidad con la cual fue planificada.

De manera especial, mi gratitud a quienes han depositado su confianza plena en mí dándome aliento y motivación: Nayra, Gino, Chelita, Dora Jason, Vilma y a Rafael por sus siempre oportunas e inteligentes observaciones que han contribuido de forma significativa a mejorar esta tesis. A la primera promoción de psicología de la UPeU – FJ por su comprensión, empatía, apoyo emocional e incondicional.

Mi más sincero agradecimiento y mi admiración a “Ellas” quienes sin pedir nada a cambio, no dudaron en participar de forma altruista y generosa en todo el proceso de recolección de datos (entrevistas e instrumentos) con el único interés de que sus vidas reflejen el lado humano de estos trastornos.

A mis papitos: Carlos y Lidia, mis dos grandes amores quienes sin querer me enseñaron perseverancia, unidad y el valor único y precioso de ser un padre y una madre.

Finalmente, las palabras no alcanzan para expresar mi humilde gratitud a Dios por la vida.

Índice

Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	viii
Capítulo I: El problema.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del problema.....	5
2.1 Problema general.....	5
2.2. Problemas específicos.....	5
3. Justificación.....	6
4. Objetivos de la investigación.....	7
4.1 Objetivo general.....	7
4.2 Objetivo específicos.....	7
Capitulo II: Marco teórico.....	9
1. Marco bíblico filosófico.....	9
2. Antecedentes de la investigación.....	11
3. Marco Conceptual.....	13
3.1 Familia.....	13
3.2 Clima social familiar.....	13
3.3 Relación familiar.....	16
3.3.1 Modelos teóricos.....	18
3.3.2 Tipos de relaciones familiares.....	21
3.3.3 Importancia de las relaciones familiares.....	22
3.4 Trastornos de la conducta alimentaria.....	23
3.4.1 Indicadores clínicos.....	23
3.4.2 Trastorno.....	23
3.4.3 Definición de trastornos de la conducta alimentaria.....	23
3.4.4 Modelos teóricos.....	24
3.4.5 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria.....	27
3.4.6 Dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria.....	29
3.4.7 Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria.....	30
3.4.8 Signos y síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.....	31
3.4.9 Criterios de diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria.....	33

3.4.10 Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria.....	37
3.4.11 Estrategias de prevención.....	38
3.4.12 Tratamiento.....	40
3.4.13 Pronóstico.....	41
3.5 Relación familiar y trastornos de la conducta alimentaria.....	41
3.6 Marco referencial de la población de estudio.....	42
3.6.1 La mujer, principalmente afectada.....	42
3.6.2 Características de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.....	43
3.6.3 Características de las familias con trastornos de la conducta alimentaria.....	45
4. Definición de términos empleados.....	47
5. Hipótesis.....	50
5.1 Hipótesis general.	50
5.2 Hipótesis específicas.....	50
Capítulo III: Materiales y métodos.....	52
1. Diseño y tipo de investigación.	52
2. Variables de la investigación.....	52
2.1 Relación familiar.....	52
2.2 Trastornos de la conducta alimentaria.....	53
2.3 Operalización de ambas variables.....	53
3. Delimitación geográfica y temporal.....	56
4. Participantes.....	56
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	56
4.1.1 Criterios de inclusión.....	56
4.1.2 Criterios de exclusión.....	56
5. Características de la muestra.....	57
6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	57
6.1 Instrumentos.....	57
6.1.1 Para la variable relación familiar.....	57
6.1.2 Para la variable trastornos de la conducta alimentaria.....	57
7. Proceso de recolección de datos.....	58
8. Procesamiento y análisis de datos.....	58
Capítulo IV: Resultados y discusión.....	59
1. Resultados.....	59

1.1 Análisis descriptivo.....	59
1.1.1 Nivel de relación familiar.....	59
1.1.2 Nivel de presencia de factores de trastornos de la conducta alimentaria.....	60
1.1.3 Asociación entre relación familiar y trastornos de la conducta alimentaria.....	62
2. Discusión.....	63
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	75
1. Conclusiones.....	75
2. Recomendaciones.....	76
2.1 Para el centro terapéutico.....	76
2.2 Para la familia.....	77
2.3 Para las pacientes.....	77
2.4 Para futuros estudios.....	77
Referencias.....	78

Índice de tablas

TABLA 1	
Operalización de la variable relación familiar bajo el modelo de Moos y Trickett	53
TABLA 2	
Operalización de la variable trastornos de la conducta alimentaria bajo el modelo de Garner.....	54
TABLA 3	
Nivel de relación familiar en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.	60
TABLA 4	
Nivel de presencia de indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.....	61
TABLA 5	
Distribución probabilística de chi-cuadrado Pearson.....	62

Índice de anexos

ANEXO 1

Instrumentos empleados..... 93

Resumen

Esta investigación tuvo por objetivo determinar si existe asociación significativa entre relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana. La muestra la conformaron 16 pacientes mujeres de diferentes edades que actualmente participan de terapia grupal especializada para estos trastornos. El diseño de investigación fue no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo-correlacional. Se utilizaron la Escala del Clima Social Familiar (FES) y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI II). Se encontró que tanto la bulimia como el perfeccionismo se relacionan significativamente ($p < .05$) con la relación familiar. En cuanto a los indicadores asociados: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, no se halló relación.

Palabras Claves: Relación Familiar, Trastornos de la conducta alimentaria, indicadores clínicos.

Abstract

This research aimed to determine whether there is significant association between family relationship and associated in women with eating disorder clinical indicators of Lima. The sample was composed of 16 female patients of different ages Currently specialized group therapy for these disorders. The research design was not experimental, cross-sectional and descriptive-correlational. the Family Social Climate Scale (FES) and the Inventory of eating disorder (EDI II) were used. It was found that both bulimia and perfectionism are significantly related ($p < .05$) with the family relationship. As for the associated indicators obsession with thinness, body dissatisfaction, inefficiency, interpersonal distrust, interoceptive awareness, fear of maturity, asceticism, impulsivity and social insecurity, no relationship was found.

Keywords: Family Relationship, eating disorder, clinical indicators.

Introducción

La presente investigación trata sobre la relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, siendo éste último uno de los problemas de salud más importantes de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas, como por las muertes que ocasiona (Organización Mundial de la Salud [OSM], 2011), que entre muchos factores de riesgo, influye el entorno familiar (García, 2002). Por lo anterior, en este estudio se tomará en cuenta:

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, la formulación del problema, el problema general y los específicos. Asimismo, se encuentra la justificación, objetivo general y específicos.

En el capítulo II, se encuentran el marco bíblico filosófico, los antecedentes; además, está el marco conceptual de cada variable, las definiciones, tipos, características, modelos teóricos e importancia; en caso de la segunda variable se muestran los criterios diagnósticos, signos y síntomas, prevención y tratamientos desde un enfoque sistémico familiar. También se da a conocer conceptos relacionados a ambas variables y finalmente se muestra la conceptualización de los términos y la definición y características de la población de estudio.

Asimismo, el capítulo III detalla el método de la investigación, la hipótesis general y específica, además, las variables de investigación. También se detalla la delimitación geográfica y temporal, las características de los participantes y las técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el capítulo IV se observan los resultados y conclusiones. Finalmente, el capítulo V muestra las conclusiones y recomendaciones que aporta la presente investigación.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

Comer es una necesidad primaria que todos los seres requieren para vivir. En relación a ello, Ortiz (2012) señala que los alimentos se componen de nutrientes y de significaciones; por ende, su función no es solo fisiológica, sino social ya que se come también para compartir experiencias personales, ideas y preferencias con los demás; de manera que cada individuo decide lo que es comestible y no comestible, lo que prefiere y no prefiere, lo que tolera y lo que rechaza. Así, el ser humano aprende y se acostumbra a escoger y a jerarquizar los alimentos siendo selectivo en la decisión de comer o no comer a partir de su condición individual. No obstante, Fassino, Daga, Pieró y Delsedime (2007) mencionan que si estas conductas van acompañadas de patrones psicológicos distorsionados que obedecen a impulsos psíquicos, actos como el comer o no hacerlo, se llamarían trastornos de la conducta alimentaria, que según Hernández y Gracia-Arnaíz (2005) son alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos.

En la actualidad, la incidencia de estos trastornos ha ido aumentando a nivel mundial situándose como uno de los problemas de salud más importantes de la humanidad,

tanto por el número de personas afectadas, como por las muertes que ocasiona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011); entre los años 1990 a 2005 el número de pacientes se había multiplicado por 10, estimando que un 3% de las niñas, adolescentes y jóvenes presentaban anorexia o bulimia y un 6% padecían variantes clínicas importantes (Cervera, 2005). Además, Hudson et al. (2007) encontraron que aproximadamente 20 millones de mujeres y 10 millones de varones en los Estados Unidos de Norteamérica tienen un trastorno de la conducta alimentaria clínicamente significativo en algún momento de sus vidas.

Sin embargo, los países latinoamericanos no han sido ajenos a esta problemática cada vez más creciente. Un estudio en Argentina muestra que la incidencia de trastornos de alimentación es 3 veces mayor que el de Estados Unidos y que el 8% de las adolescentes argentinas padece de anorexia o bulimia, en tanto, el 2% de los hombres argentinos padecen estos mismos trastornos (Colombo, 2007). En nuestro país Cutipé (2014) menciona que en el año 2013 los casos de trastornos alimenticios en general llegaron a 2,258 de los cuales 743 fueron anorexia y 395 bulimia, a su vez informó que en lo que iba de enero a junio del 2014 se presentaron 1,062 casos, siendo 332 pacientes anoréxicos y 185 bulímicos; así mismo reportó que las regiones con más casos de trastornos alimenticios atendidos son Lima (334), Junín (81), La libertad (58) y Arequipa (54). Finalmente, en Lima Metropolitana el equipo multidisciplinario de Servicio de Pediatría del Hospital III Suárez Angamos de la Red Asistencial Rebagliatti de EsSalud reportó en el año 2015 que el 12% de la población asegurada tiene patologías que están relacionadas en mayor incidencia con problemas de salud

mental, sedentarismo y trastornos de la conducta alimentaria. Todo esto sitúa a la bulimia y anorexia como las alteraciones más comunes.

En cuanto a los indicadores que se vinculan con estos trastornos, Tejeda y Neyra (2015) mencionan que el modo de alimentarse, las preferencias y los rechazos que se dan en la anorexia y bulimia, se encuentran asociados a pensamientos rígidos, autoexigencia, inseguridad, baja autoestima, temores y miedos que se aprenden desde los primeros años de vida en el grupo familiar, que según menciona Vallardes (2008), es el grupo que más influye en la formación de la personalidad puesto que en ella se adquieren creencias, temores y criterios de riesgo que condicionan las actitudes de una persona. Esta influencia se da cuando los miembros de una familia interactúan entre sí, a esta actividad Moos y Trickett (1997) la llaman relación familiar definiéndola como el conjunto de interacciones que permiten la unidad de la familia, que usa la comunicación expresiva y libre para una adecuada resolución de conflictos y que intervienen potencialmente en el crecimiento y desarrollo de la personalidad de los miembros. García (2002) agrega que el entorno generado por estas interacciones influye también en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

Borrego (2010) reafirma esta teoría a través de una investigación correlacional entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en 355 mujeres de la Universidad César Vallejo de Trujillo. Da conocer que el 27% de la población estudiada se encuentra en una categoría de alto riesgo psicológico y que el 26% de mujeres se encuentra en la categoría de alto riesgo familiar. A su vez, esta investigación reafirma lo postulado por Vandereyken, Castro y

Vanderlinden (1999) quienes determinaron que los trastornos de alimentación no son individuales, sino familiares.

Sin embargo los trastornos de la conducta alimentaria no solamente se vinculan a la familia, sino también a la sociedad y todo lo que esta implica (medios de comunicación, presión social, entre otros), incluso han saltado las fronteras de la adolescencia ya que desde años atrás las investigaciones eliminan la edad del cuadro diagnóstico por haberse extendido notablemente los límites a todas las edades, Gutiérrez (2000), por ejemplo, hace referencia que en Europa, la Asociación en Defensa y Atención de la Anorexia nerviosa y la Bulimia [ADANER] (1998) reportó el recuento de llamadas de personas enfermas cuyas edades oscilaban entre los 8 y 72; en Perú, según menciona Cutipé (2014) menciona que hasta el año 2014 se reportaron casos de personas menores a 9 años hasta los 72 puesto que existe un 80% de probabilidades que estos problemas vuelvan a aparecer pasados los 60 años; por otro lado también se ha comprobado que de cada diez pacientes, nueve son mujeres, siendo una realidad absoluta la de ser una patología de carácter eminentemente femenino.

Anteriormente, se ha señalado que la vida familiar se encuentra inmersa en un proceso de cambios que afecta principalmente los rasgos y relaciones familiares. De este modo, aunque la familia no es un agente directo causante de los trastornos de la conducta alimentaria, su estilo educacional, sus relaciones, sobreprotección que puede generar temor al momento de enfrentarse a los problemas de la vida, y el ambiente protagonizado por unas costumbres y hábitos de todo tipo, muchas veces

hábitos alimentarios incorrectos, desencadenan en los hijos una rebeldía manifestada a través de su propio cuerpo en forma de alteraciones de la conducta (Toro, 2004).

En este contexto, la presente investigación pretende determinar de qué manera se asocian las relaciones familiares con los trastornos de la conducta alimentaria.

2. Formulación del problema

2.1 Problema general.

¿Existe relación entre relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?

2.2. Problemas específicos.

- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y obsesión por la delgadez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y bulimia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar e ineficacia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar e insatisfacción corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y perfeccionismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y desconfianza interpersonal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?

- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y ascetismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y conciencia introceptiva en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y miedo a la madurez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar e impulsividad en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre relación familiar y e inseguridad social en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016?

3. Justificación

La familia es la encargada de la educación primaria, es el contexto natural donde los hijos reciben afecto, manifestaciones de cuidado y atención, aprenden diversos conocimientos para el desarrollo de sus facultades físicas y psicológicas por medio de expresiones, conflictos y vivencias significativas (positivas o negativas) que serán las bases que los prepararán para enfrentar las dificultades de la vida (Gubbins, 2002). No obstante, las vivencias pueden ser similares para todos, pero cada miembro posee identidad propia, entre ellos niños y niñas inteligentes, capaces de disputar en todo aquello que se proponen, perfeccionistas, susceptibles al rechazo, entre otros; características que los convierten en una población vulnerable a contraer algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (Carrillo, 2001). Por lo expuesto, la presente

investigación pretende generar nuevos conocimientos sobre las relaciones que se dan en la familia y cómo pueden afectar en el desarrollo y evolución de estos trastornos.

Asimismo, con esta investigación se espera crear una mayor conciencia en los padres de familia, entorno social y profesionales de la salud mental respecto a la importancia de tener relaciones familiares estables que mediante la unidad familiar, la expresividad y la adecuada resolución de conflictos puedan prevenir el desarrollo y la evolución de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado, esta investigación incrementará los conocimientos sobre la relación familiar y los trastornos de la conducta alimentaria y la relación entre ambas, brindando aporte a futuras investigaciones en el área.

Finalmente, estos resultados permitirán generar proyectos y programas de intervención para modificar indicadores familiares que puedan estar siendo generadores de este trastorno.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general.

Determinar si existe relación significativa entre relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

4.2 Objetivos específicos.

- Determinar si existe relación significativa entre relación familiar y obsesión por la delgadez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

- Determinar si existe relación significativa entre la relación familiar y bulimia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre la relación familiar y ineficacia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre relación familiar y insatisfacción corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre relación familiar y perfeccionismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar la relación significativa entre relación familiar y desconfianza en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar la relación significativa entre relación familiar y ascetismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar la relación significativa entre relación familiar y conciencia introceptiva en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre relación familiar y miedo a la madurez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre relación familiar y impulsividad en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre relación familiar y inseguridad social en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

Capítulo II

Marco teórico

1. Marco bíblico filosófico

La Biblia menciona que Dios creó al hombre "...a imagen de Dios lo creó; varón y mujer los creó" (Génesis 1:27); posterior a esta afirmación se incluye de manera implícita a los hijos: "Y los bendijo Dios, y les dijo: Fructificad y multiplicaos..." (Génesis 1:28). Por ello el hombre solo no es la imagen completa de Dios, la familia es la imagen completa de su Trinidad y carácter que se refleja cuando los padres animan y aman a sus hijos (Mateo 3:17, 17:5, Juan 12:28) quienes responden con obediencia (Juan 4:34, Mateo 26:39). La comunicación en la familia debiera ser abierta, sincera y recíproca (Juan 8:55,10:15, 15:15) promoviendo la unidad (Juan 10:30, 17:21-22, Isaías 9:6, 11:2). En este sentido, White (2003) menciona que la familia es el centro de la iglesia refiriéndose a ella como hogar cristiano, cuyo propósito es reflejar el hogar celestial, con fundamentos y principios cristianos basados en el amor. La autora recalca que es en este lugar donde se practica la comunicación sincera, el orden, el respeto y la cortesía, promoviendo la expresión de afectos. Los padres son dirigidos por Dios para ejercer una influencia santificadora en el hogar con la responsabilidad de crear una atmósfera acogedora, evitando desacuerdos y conflictos

innecesarios, practicando adecuadas relaciones familiares que establecen y contribuyen en la formación de un carácter cristiano y amoldan hábitos virtuosos, seguridad, dominio propio y temperancia. Por el contrario, si estas relaciones no generan armonía en la familia, los hijos comienzan a tener temores, inseguridades, conductas rebeldes y hábitos intemperantes en sus apetitos y pasiones (White, 2002). Esta irregularidad en el comer y beber embota las emociones, deprava la mente, corrompe el corazón, por lo que “si nuestros apetitos no están bajo el control de una mente santificada, si no somos temperantes en todo lo que comemos y bebemos, no estaremos en un estado mental y físico sano” (White, 1995, p. 47); de esta manera comer desordenadamente, en demasiada cantidad alimentos ricos y malsanos impide el funcionamiento racional, sereno y saludable del pensamiento y la acción que es una estrategia usada por satanás para destruir familias (White,2012) y acabar con el propósito de Dios de que la humanidad sea prosperada y tenga salud (3 Juan 1:2).

No obstante, el ser humano puede vencer sus apetitos y pasiones. Un ejemplo claro es el de Daniel, quien desde niño gozó de los beneficios de una correcta preparación y educación en un hogar que reflejaba la imagen de Dios y cuando llegó el tiempo en que debía actuar por sí mismo “...propuso en su corazón no contaminarse con la porción de la comida del rey, ni con el vino que él bebía” (Daniel 1: 8), decidiendo ser leal a las lecciones que le fueron enseñadas en su niñez (Proverbios 22:6). Daniel tuvo temor de Dios mas no de un ser humano y su salud física obró en él pensamientos firmes y temperantes y como consecuencia no se contaminó (White 1995).

2. Antecedentes de la investigación

A continuación, se presentan estudios e investigaciones internacionales y nacionales relacionadas a las variables abordadas en la presente investigación.

En España, Mateos-Agut et al. (2014) realizaron un estudio comparativo para determinar si la estructura sistémica familiar es un factor de vulnerabilidad para los trastornos de la conducta alimentaria en 216 familias, divididos en un grupo de estudio (108 participantes) con presencia del trastorno y un grupo control (108 participantes) sin la patología. La estructura sistémica familiar se evaluó a partir de un cuestionario de 17 preguntas, elaborado por los autores del estudio. Obteniendo como resultados que la aplicación rígida de la norma, el afrontamiento basado en la falta de reconocimiento, la alta expresión emocional y el aplicar de manera imprevista las normas en la familia favorecen la presencia de estos trastornos.

Por su parte, Ruiz-Martínez et al. (2010) realizaron una investigación no experimental con temporalidad transversal y de alcance correlacional en México acerca del funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Participaron 70 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria que fueron entrevistadas para su diagnóstico y además contestaron la Escala de Clima Social en la Familia (FES), el Test de actitudes alimentarias (EAT-40) y el Cuestionario de Bulimia (BULIT) para evaluar sintomatología, con el objetivo de analizar los aspectos del funcionamiento familiar que explican parte del riesgo y la protección de los trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados señalaron que la dificultad en la comunicación, la poca expresividad emocional, los conflictos, la escasa cohesión, la falta de planificación en las actividades cotidianas así como la

carencia de las responsabilidades familiares y soporte social, las situaciones problemáticas o conflictos y la falta de integración y apoyo en las relaciones familiares, están estrechamente relacionadas al desarrollo y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado, Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo (2008) realizaron una investigación cuantitativa, transversal y de diseño no experimental acerca de los trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Su objetivo fue encontrar relación entre síntomas psicológicos asociados a un trastorno alimentario y el tipo de funcionamiento familiar en 296 estudiantes adolescentes seleccionadas en base a un muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos usaron el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2) y el cuestionario Tu-Su, “Cómo es tu familia, cómo es su familia”. Los hallazgos muestran que la obsesión por la delgadez tiene relación significativa con el manejo inadecuado de conflictos y la comunicación con el padre quien podría tener un rol fundamental en el desarrollo y prevalencia de este trastorno; la bulimia y la insatisfacción corporal están relacionadas a la comunicación con la madre y padre, cohesión y manejo inadecuado de conflictos.

Otra investigación realizada en México por Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) tuvo como objetivo explorar la relación entre el ambiente familiar, la disponibilidad de alimentos y las creencias sobre éstos. Participaron un total de 100 jóvenes elegidas de manera aleatoria (50 con problemas alimentarios documentados y 50 exentas de ellos). Las pruebas administradas fueron el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40, por sus siglas en inglés). La segunda sección del Inventario de

Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) y un listado de 90 alimentos de consumo frecuente en la ciudad de México. Los resultados del grupo clínico mostraron que recibían castigos por parte de sus madres y no tenían libertad para tomar algunas decisiones siendo la relación madre hija poco afectuosa. En cuanto a sus padres, estos eran ofensivos y agresivos, mantenían una relación distante con sus hijas. Finalmente, se percibió que los padres peleaban frente a sus hijos usando violencia verbal y física incluyendo a la vez, amenazas de separación o divorcio, ellos ejercían la disciplina de una forma impositiva y usaban el castigo para imponer la autoridad, corroborando la hipótesis del estudio, que el ambiente familiar está estrechamente vinculado con la producción y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

En el Perú, Borrego (2010) realizó una investigación con la finalidad de correlacionar los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres 355 de la Universidad César Vallejo de Trujillo. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimenticio y el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2). Los investigadores concluyen que los mensajes directos y subliminales que da la familia respecto al cuerpo y la comida, las dificultades de interacción y la pérdida progresiva de interés, repercute en ellas provocando inseguridad, temores y la incapacidad de valerse por sí mismas lo que muestra que la dinámica familiar estaría significativamente relacionada con el desencadenamiento de problemas alimenticios y la persistencia del mismo.

3. Marco Conceptual

3.1 Familia.

Tueros (2004) menciona que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Es el lugar en el cual el ser humano nace, crece, se desarrolla, comparte y satisface sus necesidades básicas y donde regula sus costumbres, pensamientos y sentimientos personales desempeñando un papel importante en la formación del carácter personal y el desarrollo de la sociabilidad. Gonzales y Pereda (2006) concuerdan con lo mencionado y agregan que la familia posee una unidad funcional creando una estructura interna que determina la formación del carácter y el grado de madurez mediante la protección, compañía, seguridad y socialización; en este sentido los miembros están unidos por vínculos de afectividad mutua, medida por reglas, normas y prácticas de comportamiento (Gallego, 2012) compartiendo propósitos de vida y el deseo de mantenerse unidos en el tiempo (Palacios y Rodrigo, 2001). Por su parte, Eguiluz (2003) menciona que la unidad funcional es interactiva y está compuesta por distintas partes que ejercen interacciones recíprocas y cada parte, a su vez, se comporta como una unidad diferenciada al mismo tiempo que es influida por otros que forman la familia. Finalmente, El Plan Nacional de Apoyo a la Familia (2004-2011) define que cada familia tiene un modo de vida determinando, que depende de sus condiciones de vida, de sus actividades sociales, y de las relaciones sociales de sus miembros.

3.2Clima social familiar.

Pezúa (2012) menciona que el clima social familiar es el ambiente en el que los miembros se interrelacionan, comunican, interaccionan, organizan y ejercen grado de

control unos sobre otros, permitiendo el desarrollo personal. También es el lugar donde se pueden desarrollar algunas perturbaciones que pueden generar problemas conductuales y de personalidad como consecuencia de la disfuncionalidad y carencia afectiva de sus miembros (Gonzales y Pereda, 2006). A esto, Duque (2007) añade que para lograr un buen ambiente en la familia, se exige de cada miembro una apertura, y un propósito de entendimiento donde los padres se interesen y velen por el bienestar de sus hijos, reconociendo sus valores, sus habilidades para crear en ellos confianza y valor moral.

Para Martínez (1996) es el ambiente percibido e interpretado por los miembros, quienes ejercen una importante influencia en el comportamiento de cada integrante. Por lo que los factores ambientales más poderosos para la salud mental están vinculados con las relaciones interpersonales (Duque, 2007).

En ese mismo sentido Gilly (1989, citado en Herna 2008) describe que para la existencia de un buen clima social familiar los padres deben estar siempre en comunicación con los demás miembros de la familia; la madre debe tener una autoridad y estabilidad emocional bien establecida sin proteger a los hijos de manera excesiva y mal adaptada. La unión es otro requisito para la buena vida familiar y para la existencia de ésta, es fundamental el amor (César Ruiz, 1993; citado en Herna, 2008).

Moos (1996), por su parte, se refiere a ella como una atmósfera psicológica donde hay, comunicación, cohesión afectiva, expresividad de opiniones y sentimientos, presencia e intensidad de conflictos familiares y donde la percepción de la familia es compartida entre padres e hijos.

3.3 Relación familiar.

3.3.1 Definición.

Es el modo en el que cada miembro de la familia interactúa, se vincula y comunica en un ambiente organizado y estructurado, demostrando y actuando de acuerdo a ideas y conocimientos aprendidos (Fairlie y Frisancho, 1998). Similar a esta idea es la de Becerril (2003) quien la define como interacciones que poseen un grado de intimidad mayor que cualquier otro tipo de relaciones en un espacio físico que suele ser el hogar.

Para Santos (2010), es el punto de creación y partida de una diversidad de cambios en los propios procesos de comunicación, toma de decisiones, reparto de tareas y responsabilidades.

Finalmente, Moos y Trickett (1997) la definen como el conjunto de interacciones que permiten la unidad de la familia usando la comunicación expresiva y libre para una adecuada resolución de conflictos e interviniendo potencialmente en el crecimiento y desarrollo de la personalidad de los miembros.

3.3.2 Características de la relación familiar.

3.3.2.1 Cohesión.

Es considerada por González et al. (2003) como el vínculo emocional entre los miembros de la familia, que promueve la capacidad para resolver ciertos problemas. Es decir que una mayor cohesión entre los miembros de la familia, favorece el desarrollo de conciencia de los hijos. Tueros (2004) coincide con esta propuesta y agrega que está relacionada con lo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Por otro lado, el

Ministerio de Educación (1998) lo considera como un grupo social en el cual sus miembros se identifican con ella y desarrollan un sentido de pertenencia basado en un marco referencial (valores, normas, costumbres, tradiciones, etc.) para actuar en la vida social. Moos (1996) la define como el grado en que los miembros de la familia se interesan por mantener unificación en la familia comprometiéndose y ayudándose mutuamente.

3.3.2.2 Expresividad.

López (2013) la define como la facultad de comunicar un mensaje a través de cualquier tipo de lenguaje. Flouri y Buchanan (2002) se suman a esta idea refiriéndose a expresividad como una de las características de las interacciones dentro de la familia que mantiene una relación estrecha con el afecto y comunicación, asociándose con las relaciones parentofiliales cálidas y afectuosas durante la infancia y la adolescencia.

Por su parte, Oliva (2003) define a la expresividad como el medio por el cual se desarrollan estilos parentales que demuestran límites, responsabilidades, afecto, buena comunicación y apoyo, de manera que los padres llegan a conocer las necesidades y los cambios que va experimentando sus hijos y como consecuencia reaccionan de forma racional y reflexiva ante nuevos comportamientos, generando en su hijos autonomía e individualidad. Así la expresividad busca cultivar la conversación y la convivencia de los miembros de una familia (Medina, 1990) para desarrollar sentimientos de seguridad (Giles, 1994).

3.3.2.3 Conflicto.

Es una consecuencia asociada a determinadas circunstancias, decisiones o la percepción de algunos impulsos incontrolados e inevitables que se generan a menudo

por el estrés y que ocasionan situaciones problemáticas dentro de las relaciones familiares, por lo que es funcional en el sentido de que indica incompatibilidad como también cumple una función constructiva cuando tiene lugar en condiciones intersubjetivas de confianza e intimidad lo cual hace que un conflicto sea positivo (Jackson et al. 1996). Smeatana (2005) añade que son situaciones que ayudan de alguna manera a alcanzar un nuevo equilibrio que teniendo en cuenta las necesidades de los integrantes, facilita la individuación y construcción de la identidad personal.

En este contexto, Bouché e Hidalgo (2005) sostienen la conceptualizan desde su función, siendo ésta la encargada de acomodar las relaciones y facilitar el proceso de individuación y desarrollo personal, que posteriormente dará lugar al crecimiento personal y al equilibrio como efecto de ajuste. El autor determina que cualquier conflicto en la familia no desarrolla una crisis, pues afecta sólo a las interacciones personales. Finalmente, Pittman (1990) coincide con lo anterior concluyendo que los conflictos no son situaciones patológicas, sino momentos evolutivos de crecimientos de la familia que atraviesan todos los seres humanos, no obstante hay conflictos que acarrear toda la vida y que pueden convertirse en disfuncionales si no se logra una solución o cambio favorable.

3.3.3 Modelos teóricos.

Los acercamientos a la comprensión de la familia se han dado desde distintos modelos teóricos que tratan de dar cuenta la situación familiar, su estructura, dinámica, relaciones y de qué manera cada uno aporta a esa realidad que es la familia. Los modelos teóricos mostrados a continuación aportan el significado y la importancia de las relaciones familiares en el plano intrapersonal o interpersonal del individuo.

3.3.3.1 *Modelo psicoanalítico de la Familia.*

El psicoanálisis entiende la familia desde el punto de vista relacional, concibiéndola como el lugar en el que se transmiten la palabra, donde se transmite la cultura y donde emerge el otro. La familia es entonces un conjunto de relaciones, influidas y en parte determinadas por la biología, pero siempre sublimada por el vínculo social. Este vínculo emerge del intercambio afectivo, es inconsciente, y retiene, construye, personaliza a los que participan en él. Sin embargo, y aunque esa vinculación ejerce una fuerza atractiva en dirección a la familia, cada individuo debe asumir voluntariamente la atribución simbólica y la función de padre, madre, hijo, para que la red de lazos familiares se sostenga y se transmita (Lijtinstens, 2006).

3.3.3.2 *Modelo ecológico.*

Estrada (1986) menciona que el individuo y el clima social familiar son considerados como sistemas abiertos, ya que se encuentran en constante intercambio y por tanto se influyen recíprocamente. Cuando se nace, se da el primer contacto entre padres e hijos, principalmente con la madre, ya que es quien se encarga generalmente de cubrir sus necesidades básicas; esto sin dejar de lado el rol importante que el padre cumple en la formación del hijo. Así mismo, cuando nacen los hermanos y se integran a este subsistema, las experiencias se amplían, de la misma forma sucede con otras personas que convivan con el individuo y participen en su desarrollo.

3.3.3.3 *Modelo sistémico de Beavers.*

Beavers (1991) propone que la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior. Este modelo nos muestra la

importancia de la estructura y estilo familiar, porque permite una adecuada interacción y desarrollo de las habilidades sociales, es por ello que de los tres tipos de familia, la ideal es la familia sana, ya que posibilita a sus miembros la capacidad de crecer saludablemente en su entorno.

3.3.3.4 *Modelo del clima social familiar de Moos.*

La teoría del clima social de Moos (1996) surge de la psicología ambientalista y propone que el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo ya que actúa como formador del comportamiento humano y contempla una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas que influyen significativamente sobre el desarrollo del individuo.

Holahan, 1996; citado en Kemper (2000) menciona que la psicología ambiental comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo. El autor menciona que esta es un área de la psicología cuyo foco de investigación es la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana concluyendo que el énfasis que esta entre la interrelación del ambiente y la conducta es importante ya que no solamente los escenarios físicos afectan la vida de las personas sino que los individuos también influyen activamente sobre el ambiente. A su vez, Levy (1985) propone características las cuales Kemper (2000) las describe:

- Las relaciones hombre-medio ambiente en un aspecto dinámico donde el hombre se adapta constantemente y de modo activo al ambiente donde vive, logrando su evolución y modificando su entorno.

- La psicología del medio ambiente se interesa ante todo por el ambiente físico, pero que toma en consideración la dimensión social ya que constituye la trama de las relaciones hombre y medio ambiente; el ambiente físico simboliza, concretiza y condiciona a la vez el ambiente social.
- El ambiente debe ser estudiado de una manera total para conocer las reacciones del hombre o su marco vital y su conducta en el entorno.
- La conducta de un individuo en su medio ambiente no es tan solo una respuesta a un hecho y a sus variaciones físicas; sino que éste es todo un campo de posibles estímulos.
- Los diversos estímulos del ambiente externo pueden darse de manera positiva o negativa considerando la realidad de cada familia, sin embargo cada persona asimila estos estímulos de manera diferente que origina en ellos formas distintas de pensar y un comportamiento diferente.

3.3.4 Tipos de relaciones familiares.

Con el fin de comprender las relaciones familiares es necesario analizar los espacios en donde interactúan cada uno de los subsistemas que componen la familia, considerados por ellos como positivos (adecuados) o negativos (relaciones en conflictos). A continuación, se detallarán los tipos de relaciones familiares:

Relaciones entre pareja: se manifiestan de acuerdo al grado de madurez de ambos. Demostrando la capacidad para mantener la propia identidad., actuando de manera recíproca, permitiendo que la relación sea estable (Cusinato, 1992).

Relación madre e hijos: caracterizada por fortalezas y vínculos afectivos, donde predominan el afecto, la confianza, la comprensión, el apoyo y el respaldo mutuo. Las

madres, están atentas a las necesidades de sus hijos y su esfuerzo refuerza en los ellos sentimientos de respeto y admiración (Sarmiento, 1994).

Relación padre e hijos: caracterizada por la preocupación de brindar bienestar a sus hijos en cuanto a salud y educación, al igual que las madres, ellos están atentos a las necesidades de sus hijos. Aconsejan y transmiten sus creencias y su manera de enfrentar la vida mediante palabras o gestos. No obstante su relación con los hijos menores es más cercana y sus demostraciones afectivas con ellos son más frecuentes (Morales, 1984).

Relación entre hermanos: en cuanto a los mayores, es de apoyo, comprensión y camaradería puesto que las experiencias vividas a través de los años generan vínculos muy estrechos. Son más unidos y solidarios en los momentos en que más lo necesiten y garantizan el bienestar de la familia en general. En cuanto a los hermanos menores su relación pasa por un proceso de conflictos e identidad respecto a sus roles (Cifuentes, Massiris y Ruiz, 1998).

3.3.5 Importancia de las relaciones familiares.

La calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que los hijos afrontan el periodo de transición de la infancia a la edad adulta. Ya que como institución formativa de la personalidad social e individual, estas relaciones desempeñan un papel de primordial importancia en la formación de carácter personal y el desarrollo de la sociabilidad formando hábitos de convivencia de las nuevas generaciones y transmitiendo por excelencia la herencia cultural en el aspecto normativo y regulador: costumbres, modales personales, sentimientos y

desviaciones de los establecido y secularmente admitido como bueno y socialmente conveniente (Tueros, 2004).

3.4 Trastornos de la conducta alimentaria.

3.4.1 Indicadores clínicos.

Rasgos psicológicos o conjunto de síntomas que tienen relevancia para comprender y poder tratar los trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1998).

3.4.2 Trastorno.

Sánchez, Villarreal y Moral (2009) definen trastorno como síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo incrementado y asociado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome, patrón o patología, no debe estar vinculado a un acontecimiento particular (la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Su desviación o conflicto son síntomas de una disfunción.

3.4.3 Definición de trastornos de la conducta alimentaria.

Es un conjunto complejo de aspectos cognitivos y actitudinales relacionados con la comida, con el peso y la forma corporal, afectando directamente las conductas relacionadas a los hábitos alimenticios de las personas, quienes las cambian de manera voluntaria y por lo tanto surgen desajustes tanto psicológicos como fisiológicos (Kirsman y Salgueiro, 2002).

Sánchez et al. (2005) la define como una alteración del comportamiento ingestivo de una persona que presenta un conjunto de conflictos psicosociales y que asocia la solución a sus problemas con el logro y persistencia de un estado de delgadez. Esto se debe porque surgen la resistencia a asimilarse al mundo adulto, sentimientos de desamparo, temores y poca preparación ante una sociedad que no entiende sus motivos (Morandé, 1990). En este sentido, los trastornos de la conducta alimentaria son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones de la conducta; unos directamente relacionados con la comida y el peso, y otros derivados de la relación consigo mismo (Navarro, 2006).

Para el presente estudio se toma la definición de Garner (1998) quien define trastornos de la conducta alimentaria como "problemas frecuentes que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes y que para comprenderlos hay que tener en cuenta los factores que predisponen a los sujetos a padecerlo, teniendo en cuenta la variedad de experiencias en las etapas de desarrollo como los factores que pueden provocar la aparición de los síntomas, las variables que favorecen, la permanencia del problema y las variaciones fundamentales en la apariencia de los síntomas" (p. 8.).

3.4.4 Modelos teóricos.

3.4.4.1 El modelo de personalidad premórbida.

Según este modelo, la persona tiene ciertas particularidades previas que, junto a factores sociales y quizá biológicos, la predisponen a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, por ejemplo el perfeccionismo, dependencia, escrupulosidad, inseguridad y obsesivo-compulsivas; por lo que la personalidad puede ser sólo una

características que se hace evidente con más intensidad ante el trastorno (Arkiskal et al., 1983; citado en French, 1999).

3.4.4.2 El modelo Biomédico.

Este modelo menciona que una disminución en los niveles normales de serotonina, que se asocia con el hambre y el exceso, origina la saciedad, por lo que el descontrol puede llevar a la anorexia (García y Rocha, 2004). De acuerdo a Pinel (2001), perspectiva de la comida es la que provoca el hambre. Esto puede explicar cómo una alteración en dicha perspectiva o percepción de las consecuencias anticipadas de lo que se ingiere, pudiera ocasionar un trastorno de la conducta alimentaria.

3.4.4.3 Modelos Cognitivo-Afectivos.

Este modelo explica 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 las personas con un trastorno de la conducta alimentaria, poco a poco queden atrapadas en un patrón psicológico que las hace resistirse al cambio en su conducta, todo esto como producto de pensamientos erróneos (no patológicos al principio) que pueden convertirse en distorsiones cognitivas (Cervera, 2005).

3.4.4.4 Modelos Multideterminados.

Gómez y Pineda (2005) contemplan que los trastornos del comportamiento alimentario se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, por ende, el carácter multifactorial de las modernas explicaciones en ciencia ha conducido a replantear el abordaje de la conducta alimentaria y por ende encaminar los

esfuerzos hacia la búsqueda de nuevos modelos explicativos acordes con la perspectiva holística de la ciencia.

En un estudio realizado por March et al. (2006) acerca de los trastornos de conducta alimentaria, conceptualizan a esta como una enfermedad multicausal y contemplan que los trastornos del comportamiento alimentario se entienden como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de actores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

3.4.4.5 Modelos ecológicos.

Esos modelos consideran que en el comportamiento alimentario de una persona inciden diversos factores culturales, sociales, económicos y políticos, por lo que éste no puede reducirse únicamente a aspectos biológicos y psicológicos. (Stephen, 2006).

Según Contreras (2007), la alimentación está vinculada con el sistema de creencias y valores existentes en cualquier cultura y momento determinando, por lo que estas circunstancias condicionan qué alimentos son objeto de aceptación o rechazo en cada situación y para cada tipo de persona. Según el autor, esto lleva como consecuencia a la creación de categorías de alimentos cómo serían saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos, adultos e infantiles, e inclusive, femeninos y masculino. Todo esto repercute en que la alimentación implica contemplar las categorías taxonómicas de los alimentos de cada cultura, elaborando asociaciones a los productos alimenticios y a las prácticas alimenticias referentes a la producción, distribución y consumo de los alimentos que determinan el comportamiento alimentario.

3.4.4.6 Modelos multidimensionales.

El modelo multidimensional Garfinkel y Garner (1998) es la teoría actual más aceptada que propone que todas las teorías son factores de riesgo que actuarían como elementos predisponentes. Estos riesgos pueden desencadenar un tipo de trastorno de la conducta alimentaria dependiendo de la personalidad, familia y contexto sociocultural de la persona.

3.4.5 Tipos de Trastornos de la conducta alimentaria.

La asociación Americana de Psiquiatría (APA) propuso que, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV-TR), se incluyan básicamente, dentro del capítulo de los trastornos de la conducta alimentaria, dos trastornos alimentarios específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; incluyendo también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para identificar diversos trastornos que no cumplen todos los criterios de un trastorno alimentario específico (APA, 2002). Por otro lado, la OMS, en la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10), incluye a los trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos, incorporando entre los mismos a la anorexia nerviosa, la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa, la bulimia nerviosa atípica y otros trastornos de la conducta alimentaria.

Para esta investigación, se considera los tipos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa los cuales se definen a continuación:

3.4.5.1 *Anorexia nerviosa.*

Morandé (1990) la define como una ideología de autocontrol llevado a extremos, negándose sus propias necesidades más elementales, jugando con la muerte sin jamás verla.

De esta manera, la anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria, generada por un conjunto de causas personales, sociales y familiares, que llevan a los enfermos generalmente adolescentes a tener una conducta irregular hacia la comida, presidida por un temor a engordar, una distorsión de la imagen corporal, localizada en ciertas partes del cuerpo y caracterizada una profunda insatisfacción y tristeza interior ante la vida y por una pérdida significativa del peso corporal (Carrillo, 2001) a causa de una decisión voluntaria de adelgazar que se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, recurriendo a vómitos auto inducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, entre otros (Toro, 1996).

La definición de Garner (1998) coincide con lo mencionado, sumando que existe la incapacidad de conseguir el peso esperado durante un periodo de crecimiento, distorsión de la manera de percibir el peso, la forma o el tamaño del cuerpo; un temor intenso a ganar peso o a ser grueso aunque se tenga un peso inferior y amenorrea.

3.4.5.2 *Bulimia nerviosa.*

Es una enfermedad enmarcada en los trastornos de la conducta alimentaria, de tipo adictivo, que es producida por desórdenes emocionales, físicos, psicológicos, familiares y sociales. Consiste en la ingesta sin control de grandes cantidades de comidas, llamado también compulsión irrefrenable por comer grandes cantidades

(Cervera 2005); cuyo efecto en el organismo debido al temor a engordar o la culpa después de haber comido bastante, es realizar conductas de tipo purgativo como el vómito provocado, el ejercicio intenso, la toma de laxantes y diuréticos. Asimismo, refiere ser una enfermedad de difícil detección, ya que al no existir malnutrición, y en ciertas ocasiones la presencia de sobrepeso, no se pueden observar signos de gravedad nutricional, sumado el hecho de practicarse en secreto (Carrillo, 2001).

Para Garner (1998), la bulimia nerviosa está vinculada a ciertos rasgos esenciales tales como episodios recurrentes de atracones de comida que se producen por lo menos dos veces a la semana en más de tres meses seguidos, sentimientos de que no se puede controlar la conducta alimentaria, métodos purgativos y una preocupación excesiva y persistente sobre el peso y la forma del propio cuerpo.

3.4.6 Dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria.

Siguiendo a García-Camba (2001), se consideran tres dimensiones que sobredeterminan los trastornos de la conducta alimentaria: sociocultural, individual y familiar.

- Dimensión sociocultural. Hace referencia a los cambios acontecidos en los últimos años en el papel social de la mujer. Ya que de una mujer clásica con tres aspectos bien definidos (dependencia del varón, ama de casa y madre) se ha pasado a esperar que la mujer actual sea bella-delgada y elegante, en forma física impecable, profesional, competidora con hombres y mujeres, autónoma, satisfecha de ella misma, madre y ama de casa, atractiva para el hombre, siempre dispuesta a hacerlo feliz.

- Dimensión individual. Adopta dos aspectos: de significado interno o intrapersonal (dificultad con la individuación y la desvinculación del contexto circundante) y de significado externo relacional (dificultad con las dinámicas relacionales del contexto donde interactúa).
- Dimensión familiar. Señala que en las familias con trastornos de la conducta alimentaria la necesidad de relacionarse entre sí es tan intensa que las diferencias adquiridas en el mundo exterior no son incorporadas al grupo familiar o son neutralizadas con distintos mecanismos. Los hijos y los padres no pueden renegociar el equilibrio cercanía-distancia, de derechos-obligaciones diferentes.

3.4.7 Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria.

Según la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud (2009) se presentan cuatro factores que pueden ser causantes de padecer trastornos de la conducta alimentaria: los factores biológicos por ejemplo se basan en la genética molecular que da como resultado la asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer anorexia o bulimia nerviosas. Los factores socioculturales abarcan los diferentes modelos familiares entre ellos familias con escasas y deficientes relaciones familiares, así como antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, familias con hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, muerte de un familiar, depresión o incluso ser el primero o el último de los hermanos. Dentro de este factor se encuentran también los medios de comunicación y la presión social. Seguidamente, se encuentran los factores psicológicos que abarcan desde los trastornos de la personalidad, trastornos afectivos y obsesivos-compulsivos, trastornos de control de impulsos hasta

la preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima también. Finalmente, se encuentran los factores potencialmente estresantes principalmente los abusos sexuales y/o físicos en la infancia y las críticas respecto al físico, siendo estas situaciones las que se asocian directamente con la aparición de estos trastornos.

3.4.8 Signos y síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.

3.4.8.1 Síntomas físicos de la anorexia nerviosa.

Rodríguez, Gutiérrez, Vaz y García (2003) proponen los siguientes síntomas físicos:

- Hipotermia: bajada de la temperatura corporal, suelen ser personas que tienen mucho frío y que van con un exceso de ropa para la temperatura real que existe, ya que tienen un descenso en la temperatura corporal, debido a la restricción alimentaria.
- Bradicardia: hay un enlentecimiento del ritmo cardíaco.
- Hipotensión: la tensión arterial en estos enfermos es baja, y se pueden producir vértigos y desvanecimientos.
- Anemia: es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre; esto produce cansancio y alteraciones menstruales.
- Osteoporosis: es una disminución de la masa ósea ocasionando una mayor susceptibilidad para las fracturas.
- Amenorrea: ausencia de la menstruación durante un periodo de tiempo prolongado.
- Caída del cabello.
- Lanugo: es un vello (similar al de los recién nacidos) que sale por todo el cuerpo, (cara, brazos, piernas).

- Sequedad de piel.
- Uñas rotas.
- Estreñimiento: la evacuación intestinal es muy infrecuente o existe una dificultad para la expulsión de las heces.
- Hinchazón del vientre.

3.4.8.2 Síntomas psicológicos de la anorexia nerviosa.

Cervera (2005) propone que las personas que sufren de esta patología presentan pensamientos negativos respecto a ellos mismos, una preocupación desorbitada por el cuerpo, cambios de humor (triste, alegre, molesto), entre otros. A su vez, menciona que se trata de personas que tienen un inmenso temor a ganar peso, están exageradamente preocupados por la silueta de su cuerpo, tiene pensamientos rígidos y perfeccionistas, cambian de humor constantemente, tienen dificultad y miedo de asumir responsabilidades de vida adulta. Por otro lado, Perpiña (1994) manifiesta que la característica esencial de la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para la edad y talla, manifestando a su vez un deseo por perder peso y terror frente a la gordura.

En ambos casos los autores mencionan que existe un temor intenso a ganar peso, manifestándose éste tal vez por una posible distorsión de la imagen corporal, una pérdida de interés y/o disfrute por acontecimientos que generalmente le generaban placer, tal como las relaciones interpersonales.

3.4.8.3 Síntomas físicos de la bulimia nerviosa.

Rodríguez, Gutiérrez, Vaz y García (2003) proponen los siguientes síntomas físicos causados por la desnutrición:

- Taquicardias: aceleración del ritmo cardiaco.
- Dolor de garganta: debido a los vómitos autoprovocados.
- Alteraciones menstruales: algún mes les viene la menstruación y otros no o están manchando durante todo el ciclo o les viene la menstruación pero sólo manchan un día.
- Caries dentales: se dan debido a los vómitos autoprovocados.
- Trastornos gastrointestinales: debido a los atracones, a los vómitos, a la toma de laxantes o diuréticos.
- Alteraciones metabólicas: deshidratación, edemas, bajadas de potasio (que causan alteraciones en el ritmo cardiaco, calambres y entumecimiento de extremidades).

3.4.9 Criterios de diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria.

3.4.9.1 Anorexia nerviosa.

Criterios diagnósticos según el DSM-IV

Anorexia nerviosa F50.0

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios diagnósticos según el CIE-10

Anorexia nerviosa (307.1)

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet menor de 17,5 o de la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento).
- La pérdida de peso está provocada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo consumo de fármacos anoexígenos o diuréticos.

- Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

3.4.9.2 *Bulimia nerviosa.*

Criterios diagnósticos según el DSM-IV

Bulimia nerviosa F50.2

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

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

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Criterios diagnósticos según el CIE-10

Bulimia nerviosa (307.51)

Pautas para el diagnóstico

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

- Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia

durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye:

Bulimia sin especificar.

Hiperorexia nerviosa.

3.4.10 Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Keissberg y Galván (2004) mencionan que los efectos de los trastornos de la conducta alimentaria en la salud son de diversos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos, éstos producen diferentes complicaciones tales como:

- Los problemas cardiacos que van desde las arritmias debido al abuso de medidas evacuativas, hasta la disminución del tamaño de las cavidades del corazón, disfunciones de las válvulas cardiacas, baja presión arterial y mala circulación.
- Hay un alto índice de mortalidad, que va en aumento, debido a problemas cardiacos como consecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria.
- La inducción del vómito en la bulimia puede provocar agrandamiento de las glándulas salivales, alcalosis metabólica, pancreatitis, hematemesis, esofagitis, hemorragia digestiva e hipopotasemia, las cuales pueden causar un ataque cardiaco.
- El abuso de conductas purgativas puede provocar desequilibrios hidroelectrolíticos de gravedad.
- En el caso de las mujeres, la amenorrea (en la anorexia) y las irregularidades menstruales (en la bulimia).
- En el caso de los hombres se presenta disminución del interés sexual, de los niveles de testosterona y anormalidades testiculares.
- En ambos padecimientos se presentan síntomas gastrointestinales como dolores e inflamación abdominal, fuertes cólicos, constipación y diarreas.
- Depresión, ansiedad, alteración de la imagen corporal, falta de concentración, inhibición del pensamiento, pensamientos catastróficos.

3.4.11 Estrategias de prevención.

Fernández (2011) menciona que las medidas de prevención deben involucrarse todos los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de los trastornos

de la conducta alimentaria, principalmente en aquellos que sean comunes para la mayoría de la población afectada.

En este sentido, Nieto (2008) plantea programas preventivos que se dividen en tres niveles: La prevención primaria brinda información a los sujetos de riesgo, familiares y población en general en lugares como colegios, universidades y centros de salud desarrollando programas que incidan en la corrección de aquellas conductas relacionadas con esta enfermedad, tales como dietas o dietas restrictivas por motivos no claramente justificados con la finalidad de mejorar la figura. La información en los familiares se basa en informar sobre las características fisiológicas, psicológicas, cognitivas y emocionales que están vinculados con estos trastornos, así mismo, se enseña a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de simpatizar con sus hijos con el fin de enseñarles a solucionar problemas, facilitar la expresión de sentimientos y mejorar su relaciones en la familia.

Por otro lado, la prevención secundaria realiza un diagnóstico precoz que consiste en detectar pérdida de peso, presencia de amenorrea, peculiaridades en la alimentación y preocupación por la figura y el peso que pasan a ser evaluados por el médico para luego realizar un diagnóstico a tiempo. Una auténtica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo y multidisciplinario que atienda áreas tales como la dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.

Finalmente, la prevención terciaria se enfatiza en un grupo importante de pacientes crónicas y sus familias quienes después de repetidos intentos de tratamiento fracasados aceptan con fatalidad la evolución de la enfermedad, por lo que sólo se

les puede ofrecer prevención de sus complicaciones más severas y una buena calidad de vida para el paciente.

3.4.12 Tratamiento.

El tratamiento es largo y complejo, se precisan profesionales muy especializados y un gran apoyo por parte de la familia. La clave del éxito terapéutico está en conseguir que el paciente vaya retomando el control de su vida a través de la confianza en sí mismo y siempre apoyado por los suyos (Carrillo, 2001).

Según Vandereyken (1991) la implicación que tiene la familia en la curación de estos trastornos es importante. El apoyo familiar a los pacientes está relacionado con las diferentes áreas de la enfermedad, y el momento en el que se encuentre. También la relación de alianza entre la familia y los terapeutas debe ser puesta de relieve por su importancia, haciendo de este modo un triángulo de ayuda para sacar al enfermo de su agujero, cuyos vértices son la familia, el terapeuta y el paciente. El autor plantea tres niveles:

- El primer nivel de ayuda al entrar en contacto con la enfermedad es según el de identificación.
- La segunda área es la información, tanto al enfermo como a la familia donde el paciente descubre los riesgos para su salud y pacta un acuerdo con su médico.
- La tercera etapa se centra en la intervención de la familia lejos del control de las comidas y el acoso constante al paciente, deben aprender a ayudar a su hija haciendo lo contrario de lo que ellos creen mejor para ella, orientados siempre por el consejo médico.

3.4.13 Pronóstico.

Es necesario que la familia sepa que estos trastornos son conductas que llevan a la autodestrucción, pero que no pueden controlarse y que sus efectos pueden ser para toda la vida y pueden llegar a producir la muerte si no se pone en marcha el tratamiento adecuado. Pueden enfermedades que tienen curación dependiendo de una detección temprana y un adecuado tratamiento, la familia debe potenciar las relaciones sociales de su hija (Morandé, 1990).

3.5 Relación familiar y trastornos de la conducta alimentaria.

Morandé (1990), menciona que en cualquier caso las relaciones de los padres con los hijos enfermos no son del todo malas; teniendo en cuenta una de las características de la anoréxica prototipo es la de ser inteligente y sin problemas aparentes para sus padres; sostiene, a su vez, que con los hermanos las relaciones se mantienen entre normales o escasas y malas, aunque existe cierto porcentaje no muy alto de buenas relaciones.

Schütze (1983) determina que las relaciones familiares se encuentran relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria no porque sea uno de los factores predisponentes sino porque tanto en la anorexia como en la bulimia la familia es el engranaje del comienzo de la patología, además, es el escenario donde con mayor asiduidad se desarrollan los hechos, y es el mejor elemento si se sabe gestionar bien su ayuda, para caminar hacia la curación de los enfermos.

3.6 Marco referencial de la población de estudio.

3.6.1 La mujer, principalmente afectada.

Según Serrato (2001), el sexo femenino, a través de la historia, ha sido marcado claramente por distintas exigencias hacia su cuerpo. Desde referirse antes, como mujer ideal a alguien esbelta y perfecta con una silueta de senos pequeños y de aspecto sutil, cintura angosta y caderas anchas; hasta hoy en día, donde se prefiere una mujer delgada, esbelta y de un buen porte. Es así que la anatomía y la estética está relacionada a cada época, cultura y sociedad y marca la vida de las mujeres de todas las edades.

Es así que en los últimos años el número de pacientes se ha multiplicado por 10, estimándose que un 3% de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia o bulimia y que probablemente un 6% padezcan variantes clínicas importantes. Así, las mujeres se hallan en mayor riesgo de padecerlas, ya que se encuentra la relación de 1 varón por cada 9 mujeres (Cervera, 2005).

Así, la OMS (2011) informa que el 95% de los casos son mujeres y el 5% hombres en la anorexia nerviosa, mientras que en la bulimia nerviosa el 90% son mujeres y el 10% hombres. La edad de comienzo del trastorno del comportamiento alimentario está entre los 12 y 25 años, se da con más frecuencia entre los 14 y 18 años, y la bulimia nerviosa suele tener un inicio más tardío. Cada vez es mayor el número de niños y de mujeres adultas que sufren un trastorno alimentario.

3.6.2 Características de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Las características se suma a una sensación de pérdida de identidad ya que no tanto está centrado en la negación del alimento sino en la negación de la afectividad porque la anorexia y la bulimia no son más que un estado de desamparo y falta de amor. Así las características a mencionar planteadas por Carrillo (2001) no se presentan en todas las pacientes ya que algunas presentan más y otras menos, dependiendo al tiempo de desarrollo, diagnóstico y evolución patológica en la actualidad.

- Para ellos no existen los recuerdos porque son personas que no han enfrentado su vida ante la sociedad, no han recibido de ésta los elementos de socialización necesarios para adaptarse, no existe un futuro próximo, su tiempo está suspendido.
- Todo gira y depende de su hábito alimenticio.
- No tienen hambre, aunque sientan su estómago vacío.
- Viven realizando actos automáticos. Niegan la muerte.
- No se perciben delgadas, aunque en el fondo saben que lo están y se empeñan en asegurar que alguien no ha querido o no quiere su existencia.
- El cuerpo, bajo el deseo de delgadez, resulta indisociable del espacio y del tiempo, está desamparado y se convierte en símbolo de inexistencia.
- Se vuelven narcisistas, se odian, se sienten desamparados en un conflicto de gordura que solo está en su mente.
- Mantienen confundido su objeto de deseo de un cuerpo diferente y la necesidad que le obliga a aguantarse con el que tiene, intenta eliminar este y el poder que sobre

ellas/os puede ejercer y se defienden no comiendo o de atracones seguidos de vómitos.

- La defensa se traduce en enfermedad y a veces incluso en muerte que no es percibida porque el único sentimiento de poder y de vida que creen tener, es el de dominar el deseo primordial de alimentarse.
- Ven en el médico la persona que va a invadir, manipular su cuerpo, como sus madres; no quieren claudicar a su deseo, ni someterse al del médico.
- Lo subjetivo en estos pacientes ha pasado a ser lo objetivo, su deseo de delgadez subjetivo, se ha manifestado claramente en un cuerpo tipo tubo, cilíndrico, boca y ano, llenado y vaciado.
- Se aíslan de su grupo de amigos de sus padres, de su madre con la que entablan una lucha de poder.
- Debaten en su interior entre el deseo de crecer y el miedo a crecer lo que les lleva a paralizarse y quedarse encerrados en el vínculo familiar como unos niños pequeños a los que los padres tienen que cuidar.
- No se preocupan de la destrucción de su propio cuerpo.
- Terminan dependiendo de su propio cuerpo, porque el yo no deja de depender del hambre.
- Sienten una insatisfacción plena respecto de sus vidas, todo lo negativizan y poseen dificultades para adaptarse.
- Temen la realidad y la fuerza que les impulsa a comer y parecen tener más miedo a comer que a morir de hambre.

3.6.3 Características de las familias con trastornos de la conducta alimentaria.

Minuchin (1978) describe las familias de pacientes con anorexia nerviosa como aglutinadas, rígidas, con tendencia a la sobreprotección y a la evitación de conflictos.

Schwartz et al. (1997): describe en bulimia un predominio de aislamiento social, preocupación por las apariencias (sobre todo física) y una especial significación por la comida y la alimentación.

Stierlin (1984) por su parte, habla de la familia desquebrajada que se caracteriza por el no cambio y no desarrollo evolutivo por más interminable disputa familiar ya que los bandos o coaliciones impiden el desprendimiento del grupo familiar.

En cuanto a la interacción familiar, Grigg, Friedsen y Sheppy (1989) proponen modelos unidimensionales, en los que las familias interaccionan de una misma manera tales como el modelo estructural de Minuchin, el comunicacional de Selvini y el transgeneracional de White, el modelo bidimensional y el multidimensional.

Minuchin (1978) describe una familia generadora de alteraciones psicosomáticas, con un funcionamiento basado en pautas que estimulan la somatización: aglutinación, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos por lo que el paciente se ve involucrado en el conflicto parental.

Selvini (1990) afirma que las familias de pacientes con anorexia tendrían algunos problemas de comunicación: cada miembro intenta imponer las reglas de la relación, se rechaza la comunicación con el otro, los padres no asumen el liderazgo, los padres tienen una desilusión recíproca que son incapaces de reconocer y la ocultan tras una

fachada de unidad conyugal, las alianzas y coaliciones son negadas y nadie asume responsabilidades cuando algo va mal.

Por su parte, White (1983) afirma que en las familias de estos pacientes se da un sistema rígido de creencias implícitas, que se transmiten de generación en generación. Con las siguientes características: graves dificultades para la individuación y para la solución de problemas y presencia de las ideas estereotipadas de los sexos en una sociedad patriarcal (el valor de una mujer está en relación con el grado de dependencia y del cuidado hacia los demás y para sentirse digna y valiosa debe conseguir el ideal de la delgadez).

En cuanto al modelo bidimensional, Strober y Yager (1985) describen dos familias en estos pacientes: familias centrípetas (excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional, pobres contactos extrafamiliares) y familias centrífugas: escasa cohesión, altamente conflictivas, con miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control y conflicto de pareja.

El modelo multidimensional Garfinkel y Garner (1998) supone una posición crítica con los modelos anteriores y una expresión de la heterogeneidad de las familias con trastornos de la conducta alimentaria. Es la teoría actual más aceptada que, en resumen, supone asumir que no hay familias-tipo sino que lo que realmente hay son factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como elementos predisponentes. Estos riesgos se dan para cada caso:

- En la anorexia nerviosa restrictiva encontraríamos padres positivos e importante conflicto conyugal.

- En la anorexia nerviosa purgativa predominan la hostilidad, impulsividad, desligamientos, conflicto conyugal, falta de empatía, defectos nutricionales, etc.
- En el caso de la bulimia nerviosa serían más marcados la hostilidad, los defectos nutricionales, los desligamientos, la impulsividad y la falta de empatía, pero no habría conflicto conyugal.
- En resumen, para el caso de la anorexia, encontramos, en muchas ocasiones, familias sobreprotectoras, de expectativas muy altas para los hijos, que dificultan el desarrollo de la autonomía y la independencia y negadoras de los conflictos.

4. Definición de términos empleados

- Familia: Es un organismo que tiene unidad funcional y como tal, está en relación de parentesco, de vecindad y de sociabilidad, creando entre ellas influencias e interacciones mutuas (Gonzales y Pereda, 2006).
- Clima social familiar: “Atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente que se las denomina relación, desarrollo y estabilidad” (Moos, 1996, p.15).
- Relación Familiar: “Es una dimensión dentro del clima familiar, la cual evalúa tanto el grado de comunicación como libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción que la caracteriza. A su vez, se encuentra conformada por las sub escalas: cohesión, conflicto, y la expresividad” (Moos, 1996, p.15).
- Cohesión: Grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente (Moos, 1996, p.15).

- Expresividad: Es la facultad de comunicar un mensaje a través de cualquier tipo de lenguaje (Lopez, 2013).
- Conflicto: Consecuencia asociada a determinadas circunstancias, decisiones o la percepción de algunos impulsos incontrolados e inevitables que se generan a menudo por el estrés ocasionando, a menudo situaciones conflictivas dentro de las relaciones familiares (Jackson et al. 1996).
- Trastorno: Engloba al de síndrome y al de enfermedad y quiere poner énfasis en las variables que rodean al sujeto tanto las referidas a su personalidad (entendida esta como un patrón de respuesta estable al entorno) como a su situación familiar, profesional, social, subagaje cultural, y sus experiencias vitales previas (Sánchez, Villarreal y Moral, 2009).
- Trastornos de la conducta alimentaria: Es un conjunto complejo de aspectos cognitivos y actitudinales relacionados con la comida, con el peso y la forma corporal que afectan directamente las conductas de las personas, cambiando así de manera voluntaria los hábitos alimenticios de las personas y generando desajustes tanto psicológicos como fisiológicos (Kirsman y Salgueiro,2002).
- Obsesión por la delgadez: la define como la “manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura” (Garner, 1998, p. 15).
- Insatisfacción corporal: “Insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con la de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc)” (Garner, 1998, p. 15).

- Ineficacia: “Sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto-desprecio y falta de control sobre la propia vida. Teóricamente esta escala está relacionada con una pobre autoestima o con una auto-evaluación negativa incluyendo también sentimientos de vacío y soledad” (Garner,1998, p. 15).
- Perfeccionismo: “Grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan de él tan solo resultados excepcionales” (Garner,1998, p. 15).
- Desconfianza interpersonal: “Sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos” (Garner, 1998, p. 16).
- Conciencia introceptiva: “Grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad” (Garner, 1998, p. 16).
- Miedo a la madurez: “Deseo de volver a la seguridad de la infancia. Dicha escala se asocia debido a que teóricamente el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica ya que desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales; haciendo que el paciente piense que esta regresión le puede proporcionar alivios frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos familiares” (Garner, 1998, p. 16).

- Ascetismo: “Tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales” (Garner, 1998, p. 16).
- Impulsividad: “Dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales” (Garner, 1998, p. 16).
- Inseguridad social: “Es la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad” (Garner, 1998, p. 17).

5. Hipótesis

5.1 Hipótesis general.

Existe relación significativa entre relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

5.2 Hipótesis específicas.

- Existe relación significativa entre relación familiar y obsesión por la delgadez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar y bulimia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar e ineficacia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar e insatisfacción corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

- Existe relación significativa entre relación familiar y perfeccionismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar y desconfianza interpersonal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar y ascetismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar y conciencia introceptiva en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar y miedo a la madurez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar e impulsividad en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe relación significativa entre relación familiar e inseguridad social en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

La presente investigación tiene un diseño no experimental, es de corte transversal, dado que se recogió la información en un momento determinado y sin manipulación de las variables, a partir de ello se analizaron los resultados. Además, es de tipo descriptivo-correlacional, puesto que se describió cada una de las variables a estudiar y se analizó la relación entre clima social familiar y trastornos de la conducta alimentaria (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

2.1 Relación familiar.

Es una dimensión dentro del clima familiar que evalúa la unidad familiar, el grado de libre expresión verbal o gestual y la manera en que los miembros resuelven sus conflictos familiares (Moos y Trickett, 1997). La relación familiar posee tres sub escalas:

- **Cohesión:** mide el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

- Expresividad: explora el grado en el que les permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- Conflicto: es el grado en el que expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

2.2 Trastornos de la conducta alimentaria.

Son problemas frecuentes que afectan el área mental, físico y social de las personas principalmente de mujeres adolescentes y jóvenes. Para comprenderlos hay que tener en cuenta la variedad de experiencias en cada etapa de desarrollo ya que en cierta medida éstas han interactuado con los factores predisponentes para provocar la aparición de síntomas e indicadores clínicos característicos de estos trastornos (Garner, 1998).

2.3 Operalización de ambas variables.

Tabla 1.

Operalización de la variable relación familiar bajo el modelo de Moos y Trickett

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicadores	Ítems
Relación familiar	Relaciones	Esta dimensión mide tanto el grado de comunicación como	Cohesión	1,11,21,31,41,5 1,61,71,81
		de libre expresión dentro de la familia, y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.	Expresividad Conflicto	2,22,32,42,52,6 2,72,82 3,13,23,43,53,6 3,73,83

Tabla 2.

Operalización de la variable trastornos de la conducta alimentaria bajo el modelo de Garner.

Variable	Dimensión	Conceptualización	Ítems
Trastornos de la Conducta Alimentaria	Obsesión por la delgadez	Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.	1, 7, 11, 16, 25, 2, 49
	Bulimia	Tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comida incontrolables.	4, 5, 28, 38, 46, 53, 61
	Insatisfacción Corporal	Insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo. Se considera uno de los aspectos de la "perturbación de la imagen corporal" característica de estos pacientes.	2, 9, 1, 19, 31, 45, 55, 59, 62
	Ineficacia	Sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.	10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56
	Perfeccionismo	Grado en que el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan de él unos resultados excepcionales.	13, 29, 36, 43, 52, 63
	Desconfianza Interpersonal	Sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas.	15, 17, 23, 30, 34, 54, 57
	Conciencia Introceptiva	Grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados	8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64

	emocionales. Se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.	
Miedo a la madurez	Temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso en la adultez y el deseo de volver a la apariencia prepuberal.	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58
Ascentismo	Tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.	66, 68, 71, 75, 78, 82, 86, 88
Impulsividad	Dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales	65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85, 90
Inseguridad Social	Creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.	69, 73, 76, 80, 84, 87, 89, 91

3. Delimitación geográfica y temporal

En relación al tiempo, esta investigación inició en el mes de marzo y tuvo una extensión aproximada hasta concluir el mes de agosto del presente.

Con respecto a la delimitación geográfica; el presente estudio se realizó en un centro especializado en trastornos de la conducta alimentaria, ubicado en la ciudad de Lima Metropolitana distrito de Miraflores. Este centro realiza terapia individual y grupal (dependiendo del caso), basándose entre otros, en el modelo cognitivo – conductual, su propósito es establecer la autovaloración y desarrollo del talento y capacidad humana.

4. Participantes

4.1 Criterios de inclusión y exclusión.

4.1.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa o bulimia nerviosa que se encuentran en terapia grupal no menos de 4 meses.
- Pacientes cuyas edades fluctúan entre los 11 y 50 años.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente de la investigación.

4.1.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes que no participen de terapia grupal.
- Pacientes que no viven en la ciudad de Lima.

5. Características de la muestra

Mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tipo anorexia nerviosa o bulimia nerviosa que viven en la ciudad de Lima. La muestra fue de 16 mujeres que oscilan entre los 11 y 50 años de edad, seleccionadas a través de una muestra no probabilística por conveniencia.

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

6.1 Instrumentos

6.1.1 Para la variable relación familiar.

La escala del clima social familiar fue creada por Moos y Trickett. Es de administración individual con un tiempo de aplicación de 20 minutos. Consta de 90 ítems (27 ítems para la escala relación) que evalúan con una escala valorativa de adecuado e inadecuado (categorías) agrupadas en las subdimensiones de relaciones, desarrollo y estabilidad. La adaptación en nuestro país fue realizada por Santos (2012) en alumnos de una institución educativa del Callao en el año 2010.

6.1.2 Para la variable trastornos de la conducta alimentaria.

El Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) traducido al español como Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria fue creado por David M. Garner, Ph.D. y adaptado por Guerrero en una muestra de adolescentes de 16 a 20 años de Lima Metropolitana en el año 2008. Este instrumento de auto-reporte, evalúa características psicológicas y comportamentales asociadas a los trastornos alimentarios. Consta de 91 afirmaciones con alternativas de respuesta en formato Lickert de 6 puntos, yendo de nunca a siempre. A su vez, estas afirmaciones están basadas en los factores personal, social y el corporal agrupándose 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 undécima por ocho; y la décima por once.

Finalmente, administración y calificación, el inventario se aplica de forma individual o colectiva en un tiempo aproximado de 20 minutos a partir de los 11 años de edad.

7. Proceso de recolección de datos

Se envió una carta de permiso al centro terapéutico para la debida aplicación a los pacientes que deseen participar de manera voluntaria; posteriormente, se entrevistó a las pacientes que voluntariamente decidieron participar en la investigación, luego de obtener su consentimiento personal (en caso de pacientes menores de edad, el consentimiento informado por los padres); seguidamente, se realizó una breve presentación, explicando el objetivo de la investigación, información acerca de las pruebas Clima Social y Familiar y el Inventario de trastornos de la Conducta Alimentaria EDI II. Los datos se recolectaron durante el mes de junio y julio en el centro terapéutico en el horario determinado por la institución.

8. Procesamiento y análisis de datos

Luego de aplicar los instrumentos, los datos fueron procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 20 en español. En primer lugar se obtuvo las medidas de frecuencia de las variables y sus dimensiones; posteriormente se realizó la distribución probabilística de chi-cuadrada de Perason. Los resultados fueron ordenados en tablas.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo.

1.1.1 Nivel de relación familiar.

En la tabla 3 se observa que 14 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria describen su relación familiar como deficiente. De manera similar se aprecia en la expresividad (87.5%) y la cohesión (93.8%), indicando que los miembros de la familia carecen de expresión de afecto y apego emocional, los sentimientos de unión no están definidos sentimientos por lo que no se compenetran entre sí. En cuanto al conflicto, se observa que se encuentra en un nivel alto (87,5%), esto quiere decir que la manera de resolver las situaciones conflictivas y la expresión de cólera y agresividad son inadecuados. No obstante, aunque minoritario, se observa que el 12.5% de pacientes sitúan su relación familiar a un nivel moderado, percibiendo que existe cierto grado de expresión directa de sentimientos, apoyo entre los miembros de la familia e interacción conflictiva adecuada.

Tabla 3

Nivel de relación familiar en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

	Alto		Moderado		Deficiente	
	N	%	N	%	N	%
Relación familiar	0	0,0%	2	12,5%	14	87,5%
Cohesión	0	0,0%	1	6,3%	15	93,8%
Expresividad	0	0,0%	2	12,5%	14	87,5%
Conflicto	14	87,5%	2	12,5%	0	0,0%

1.1.2 Nivel de presencia de factores de trastornos de la conducta alimentaria.

En la tabla 4 se aprecia que en relación a las actitudes y conductas que caracterizan a los trastornos de la conducta alimentaria, el 56,3% no están de acuerdo con la forma de su cuerpo, de manera similar; el 43,8% de pacientes manifiestan un impulso moderado a estar más delgadas, mientras que en la bulimia se observa que las pacientes muestran la presencia de pensamientos de comida incontrolables en un nivel bajo (68,8%). En relación a los rasgos psicológicos que se relacionan con estos trastornos, se observa que las pacientes manifiestan ideas perfeccionistas en un nivel moderado (62,5%) indicando que sus resultados personales deben ser mejores y aceptando sólo niveles de rendimiento personal excelentes; en cuanto a la inefectividad el 56,3% poseen una incapacidad moderada para controlar sus propias vidas, de igual forma se observa en el ascetismo (56,3%) manifestando cierta búsqueda de la virtud a través de la espiritualidad y el control de las necesidades corporales; se observa que las creencias sobre sus relaciones sociales son tensas, inseguras, insatisfactorias y de escasa calidad manifestando un nivel moderado

(56,3%) en su inseguridad social, de manera similar se percibe que el 50% manifiesta desconfianza interpersonal, es decir, que tienen un desinterés por establecer relaciones íntimas mostrando dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Por otro lado, existe un grupo importante que se encuentra en un nivel alto (56,3%) en relación al miedo a la madurez, lo que indica un deseo de volver a la seguridad de la infancia; lo mismo se puede percibir en la impulsividad (50%) presenciando un nivel alto en la dificultad para regular impulsos y una destrucción de las relaciones interpersonales; de igual forma el 50% manifiestan alta dificultad para identificar ciertas sensaciones relacionadas al hambre y la saciedad y también para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales.

Tabla 4

Nivel de presencia de indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

	Alto		Moderado		Bajo	
	N	%	n	%	N	%
Obsesión por a la delgadez (DT)	6	37,5%	7	43,8%	3	18,8%
Bulimia (B)	1	6,3%	4	25,0%	11	68,8%
Insatisfacción Corporal BD	5	31,3%	9	56,3%	2	12,5%
Inefectividad (I)	3	18,8%	9	56,3%	4	25,0
Perfeccionismo (P)	1	6,3%	10	62,5%	5	31,3%
Desconfianza Interpersonal (ID)	2	12,5%	8	50,0%	6	37,5%
Conciencia Introceptiva (IA)	8	50,0%	7	43,8%	1	6,3%
Miedo a la Madurez (MF)	9	56,3%	4	25,0%	3	18,8%
Ascetismo (A)	3	18,8%	9	56,3%	4	25,0%
Impulsividad (IR)	8	50,0%	2	12,5%	6	37,5%
Inseguridad Social (SI)	2	12,5%	9	56,3%	5	31,3%

1.1.3 Asociación entre relación familiar y trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a la asociación entre la relación familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, la tabla 5 muestra que para los factores relacionados a las actitudes y conductas de estos trastornos, la correlación es directa. Se percibe además, que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 3,302 en el caso de insatisfacción corporal (BD), 2,939 para obsesión por la delgadez (DT) y 7,688 en bulimia (B), siendo ésta última la única característica que tiene asociación significativa con el nivel de relación familiar ($p > .05$). En caso de las características psicológicas de estos trastornos; se aprecia, además, que el valor 1,778 es igual para ineffectividad, miedo a la madurez y ascetismo; en cuanto a conciencia interoceptiva e impulsividad, ambas poseen un valor de 2,286; para inseguridad social el valor obtenido es de ,559 y 3,429 para desconfianza interpersonal; esto quiere decir que estos rasgos psicológicos no están asociados significativamente con el nivel de relación familiar; no es así en perfeccionismo que según el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 7,771 con una probabilidad asociada de .021 mostrando una asociación significativa con el nivel de relación familiar ($p > .05$) de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 5

Distribución probabilística de chi-cuadrado de Pearson.

	Valor	gl	P
Obsesión por la delgadez (DT)	2,939	2	,230
Bulimia (B)	7,688	2	,021
Insatisfacción Corporal BD	3,302	2	,192
Inefectividad (I)	1,778	2	,411
Perfeccionismo (P)	7,771	2	,021

Desconfianza Interpersonal (ID)	3,429	2	,180
Conciencia Interoceptiva (IA)	2,286	2	,319
Miedo a la Madurez (MF)	1,778	2	,411
Ascentismo (A)	1,778	2	,411
Impulsividad (IR)	2,286	2	,319
Inseguridad Social (SI)	,559	2	,756

2. Discusión

Después de haber revisado detenidamente los resultados obtenidos en la presente investigación, en esta segunda parte, se da a conocer los soportes teóricos de los resultados. Para ello, se cuenta con la obtención de antecedentes e información valiosa adjuntada en el marco teórico en relación a las variables de estudio: relación familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Para proceder a la discusión se analizó los resultados concernientes a las hipótesis específicas.

Se rechaza la primera hipótesis específica, puesto que no se encontró asociación significativa ($p < .05$) entre relación familiar y obsesión por la delgadez. El resultado difiere de lo encontrado por Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo (2008), donde la obsesión por la delgadez sí tiene una relación significativa con el manejo inadecuado de conflictos y la comunicación con el padre. Al realizar el análisis se evidencia que lo encontrado por los autores (obsesión por la delgadez) no está relacionado específicamente a la relación familiar si no al grado de funcionalidad y estructura percibida en las familias como la cohesión familiar, manejo de conflictos y estilo socialización con los padres. Además, Cook-Darzens et al. (2005) mencionan que la búsqueda incesante de la delgadez está más bien relacionada con los tipos de funcionamiento de las familias. En ese sentido Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y

Tocij (2005) añaden que la percepción del funcionamiento familiar es diferente en sujetos con anorexia y bulimia, puesto que las primeras describen a sus familias como cohesivas y organizadas y las segundas como más conflictivas y menos cohesionadas. Por otro lado, para Ruiz, Vázquez, Mancilla y Trujillo (2010) más que la relación familiar, son las creencias y conductas que transmiten las madres acerca de la belleza, la delgadez, los hábitos alimentarios y la admiración hacia personas que cuidan extremadamente su peso y su apariencia física, lo que fomenta la creencia de que las personas delgadas son más aceptadas y exitosas en la vida. Los autores también hacen hincapié en que la obsesión por la delgadez, está relacionado a los medios de comunicación, las burlas de grupos de compañeros y los amigos que realizan dietas frecuentemente. Finalmente, dentro de la perspectiva de los modelos socioculturales, Vázquez et al. (2000) plantean que los modelos estéticos de extrema delgadez, los mensajes publicitarios y la promoción de productos para adelgazar son los factores socioculturales que tienen relación estrecha con la presencia de los pensamientos referentes a un cuerpo delgado y la búsqueda de una figura esbelta. Todo ello explica por qué la relación familiar no está asociado con la obsesión por la delgadez puesto que existen otros factores socioculturales y familiares que repercuten en el desarrollo de estos pensamientos obsesivos.

Con respecto a la segunda hipótesis específica, se encontró que existe asociación significativa entre la relación familiar y la bulimia ($p < .05$), es decir, que la alta conflictividad, deficiente expresividad y baja cohesión, están vinculadas a la existencia de pensamientos o actos de comer en exceso de manera incontrolada. No obstante, es importante recalcar que el presente estudio se realizó en pacientes que se

encuentran bajo terapia grupal, en la cual se usa, entre otras técnicas, la terapia cognitivo –conductual que va acompañado del control y monitoreo de la dieta y el peso (Baile y González,2010), esto indica que los pensamientos no saludables relacionados al peso, cuerpo, así como el temor a engordar o la culpa después de haber comido bastante pueden estar presentes, más no las conductas de tipo purgativo que según Carrillo (2001) son una de las características principales de la bulimia. Aclarada está situación y teniendo en cuenta los resultados estadísticos, se puede decir entonces que la relación existente entre bulimia y relación familiar se puede explicar desde dos perspectivas; la primera está asociada con la relación familiar propiamente dicha y la segunda con las acciones y hábitos frente a la comida, peso y cuerpo producto del aprendizaje que se obtiene de la familia. Bajo la primera perspectiva, el distanciamiento padre hija, la relación poco afectuosa entre madre e hija, padres ofensivos, peleas en la familia, violencia verbal y física, además, de una disciplina impositiva y punitiva desencadenan trastornos de la conducta alimentaria (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006; Pezúa, 2012; Gonzales y Pereda, 2006). Ruiz-Martínez et al. (2010) coinciden con estos autores agregando que la falta de integración y apoyo en las relaciones familiares también están relacionados con estos trastornos. La segunda perspectiva propuesta, hace hincapié en las acciones y hábitos frente a la comida, peso y cuerpo, producto del aprendizaje que se da a través de las relaciones familiares, donde Ortiz (2012) afirma que una atmósfera familiar tensa afecta, entre muchos aspectos, los momentos sociales de la familia (momentos de comida), al acto de comer y el modo de alimentarse, siendo la madre la principal responsable en transmitir estas conductas, instaurando preferencias o rechazos a ciertos alimentos y creando patrones de

alimentación que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria en sus hijos. Domínguez, Olivares y Santos (2003) refuerzan este apartado al mencionar que la relación madre hija es fundamental en la transmisión de hábitos y pautas que potencian o no el riesgo de desarrollar estos trastornos, por lo que la bulimia está asociado tanto con la relación familiar y con lo que su interacción genera. Finalmente, Álvarez (2014) agrega que los actos de la bulimia serían una manera de expresar la frustración, tristeza, y desconformidad con entorno familiar y las relaciones entre los miembros de la misma.

La tercera hipótesis específica se rechaza, no hallando una asociación significativa ($p < .05$) entre relación familiar e insatisfacción corporal. Esto evidencia que independientemente del nivel de relación familiar (sea deficiente o buena), los pensamientos de insatisfacción corporal pueden estar presentes debido a que hay otros factores que están más relacionados con la perturbación de la imagen corporal; entre ellos, los factores predisponentes, tales como el sexo, la genética, los antecedentes familiares, las características de personalidad, etc., que según Colombo (2006) tienen una asociación más cercana con pensamientos de insatisfacción corporal debido a que los actores biológicos, psicológicos, sociales y culturales intervienen en la aparición y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (March et al. 2006). En este sentido, los cambios biológicos que se relacionan con estos pensamientos de insatisfacción van acompañados de una distorsionada percepción del cuerpo (Noceloni, 2013), Panzitta et al. (2009) respalda esta idea y argumenta que estas ideas surgen por querer tener la aprobación social y éxito personal. Raich (1994), sin embargo, acuña que la insatisfacción de la imagen corporal

está relacionada con el contexto crítico evolutivo que transitan las mujeres en una etapa adolescente, donde deberían adecuarse a un nuevo cuerpo, a nuevos valores, a nuevas expectativas y proyectos. En cuanto a la familia, los estilos parentales autoritario e indulgente están relacionados al desarrollo de la insatisfacción corporal (Fuentes, 2015).

Se rechaza la cuarta hipótesis específica, dado que no se encontró asociación significativa ($p < .05$) entre relación familiar e ineficacia; indicando que la deficiente relación entre los miembros de la familia no repercute en los pensamientos y sentimientos de ineficacia que se caracteriza por la incapacidad general, la inseguridad, el vacío, el autodesprecio y la falta de control sobre la propia vida (Garner, 1998). Por lo expuesto, se percibe que tales características no están relacionadas con la relación familiar, sino más bien con la prevalencia de abuso emocional en la infancia como las alteraciones en la relación madre-hija causadas por estresores, trastornos mentales u otras enfermedades que interrumpen el proceso de desarrollo del autoconcepto (Goodsitt, 1997). En este sentido el abuso emocional en la infancia es un factor predictor de inestabilidad afectiva y sentimientos de ineficacia personal que influye en la severidad de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria e impacta la autoestima y la capacidad de regulación emocional (Groleau et al., 2011) por lo que un **bajo nivel de autoestima o los sentimientos de ineficacia predicen niveles más altos de anorexia y bulimia** (Joiner y Kashubeck, 1996) así como actitudes autocríticas e impulsividad (Steiger, Puentes y Leung, 1991). En este contexto, Fromm (2000) menciona que la función del padre es la de enseñar y guiar en la solución de problemas y la de madre de dar seguridad, lo que genera una

autoestima positiva en los hijos. Finalmente, tomando en cuenta que la autoestima es un factor relacionado a los sentimientos de ineficacia (Garner, 1998) y la familia es el centro donde la autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana y las experiencias suscitadas por los padres (De Mézerville, 2004). Es evidente que la autoestima cumple un rol mediador entre la relación familiar y la ineficacia. Por otro lado, Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2008) encuentran que la ineficacia está relacionada con otros constructos como insatisfacción corporal, perfeccionismo, timidez, falta de asertividad, consciencia introceptiva (alexitimia), abuso de laxantes y sustancias, dieta, ejercicio físico, sintomatología obsesivo-compulsiva, baja autoestima, insatisfacción corporal, estrés y con la severidad de estos trastornos, concluyendo que esta puede considerarse un factor predisponente, perpetuante para el pronóstico de los mismos.

Según los resultados obtenidos, en la quinta hipótesis específica se encontró que existe asociación significativa entre la relación familiar y perfeccionismo ($p < .05$), lo cual indica que la alta conflictividad, la deficiente expresividad y la carencia de unión entre los miembros de la familia facilita el escenario para desarrollar niveles significativos de perfeccionismo, es decir, las pacientes creen firmemente que sólo niveles altos de excelencia son aceptables y están convencidas de que los demás (padres y profesores), esperan de ellas resultados excepcionales (Garner, 1998). Esto debido a que es en la familia donde el ser humano nace, crece y adquiere sus aprendizajes más significativos (Tueros, 2004). Paredes, Mancilla-Díaz, Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón (2005) añaden que las conductas perfeccionistas están relacionadas con las críticas paternas que son una forma de expresar y que por lo general se dan

en situaciones conflictivas. Por otro lado, menciona que una idea perfeccionista está fuertemente vinculado con la autoexigencia del logro de fines que es una característica que se desarrolla desde edad temprana (Mougan, 2008). Por lo expuesto la explicación de este apartado radica en dos explicaciones: en primer lugar; las personas con trastornos de la conducta alimentaria han desarrollado características perfeccionistas de personalidad desde la infancia a través de interacciones familiares; y en segundo lugar, los conflictos familiares son los momentos en que los padres se expresan mediante críticas a hijos que pueden llegar a sobre exigirse el doble (se autoexigen y los exigen).

En caso de la sexta hipótesis, no se encontró asociación significativa entre relación familiar y desconfianza interpersonal ($p < .05$), este resultado es similar a la última hipótesis en donde tampoco se encontró asociación significativa entre relación familiar inseguridad social ($p < .05$). Lo que une a ambos resultados es el factor social ya que en el primer caso hay un desinterés por establecer relaciones sociales y a la vez la necesidad de mantenerse alejado del medio social (rasgo psicológico de estos trastornos); y en el segundo caso, la creencia de que las relaciones sociales son insatisfactorias y de escasa calidad (Garner 1998) concluyendo que ambos constructos son utilizados bajo un mismo común denominador llamado la incapacidad para relacionarse eficaz o hábilmente con los demás (García, 1993). En este sentido tanto la desconfianza interpersonal como la inseguridad social son disfunciones sociales causadas por los trastornos de la conducta alimentaria (Vargas, 2013) debido a que estos trastornos tienen como característica la necesidad de mantener a los

demás a una cierta distancia con el objetivo de realizar conductas propias de la enfermedad (Garner,1998).

La séptima hipótesis, no posee asociación significativa ($p < .05$) rechazando la existencia de algún vínculo entre la relación familiar y conciencia interoceptiva, entendiendo esta última como la dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales propios, así como la inseguridad para identificar sensaciones relacionadas al hambre y la saciedad (Garner, 1998). En este sentido, se posiciona a la conciencia interoceptiva dentro de la dimensión individual de los trastornos de la conducta alimentaria que está vinculado con lo interno de una persona (sus pensamientos y sentimiento) o intrapersonal (García-Camba, 2001). Morandé, Celada y Casas (1999) en su estudio, encontraron que las personas con trastornos de la conducta alimentaria tenían mayor identificación interoceptiva. Es así que este indicador es propio de estos trastornos, asociándose al ambiente familiar, primero en que si la madre siente y sufre en silencio, los hijos no aprenden a reconocer y expresar sus sentimientos; segundo, existe una privación del vínculo de apego seguro en la infancia (niñeras que no favorecieron un vínculo seguro), esto quiere decir que la ausencia de los padres durante los primeros años de desarrollo del niño, pueden generar dificultades en cuanto a la conciencia interoceptiva (Selvini et al., 1999). Desde ésta perspectiva es que se puede encontrar alguna asociación entre familia y conciencia interoceptiva ya que no se encontraron investigaciones descriptivas ni de relación de ésta última.

Por otro lado, la octava hipótesis específica muestra que no existe asociación significativa entre relación familiar y miedo a la madurez ($p < .05$), es decir, que el nivel

alto de conflictividad, la deficiencia en la expresión de sentimientos y la baja unión familiar no están relacionados con el de temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez, por lo que en este apartado se pretende dar una explicación al porqué de esta cuestión partiendo del análisis teórico de ambos constructos. En primer lugar se encontró que no es la relación familiar sino la unidad funcional la que determina el grado de madurez de los hijos (Pereda, 2006). En segundo lugar, los factores que pertenecen al constructo miedo a la madurez tales como el ayuno que busca evitar la madurez psicobiológica, la regresión que genera alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares y la percepción de sentirse más joven al experimentar pérdidas de peso extremas (Garner 1998), están vinculados tanto a temores y miedos que se aprenden y surgen en el grupo familiar y la sociedad (Tejeda y Neyra, 2015) y a creencias irracionales propias de estas personas que se desarrollaron, posiblemente producto de padres sobreprotectores que de alguna manera demuestran las dificultades de la vida adulta más que una etapa por la cual todo ser humano atraviesa, imposibilitando el desarrollo emocional de sus hijos (Herrera, 2012). Partiendo desde estas dos explicaciones es que se da a entender la inexistencia de relación en vista de no encontrar estudios relacionados al miedo a la madurez.

En relación a la novena hipótesis, no se encontró asociación significativa entre relación familiar y ascetismo ($p < .05$), esto quiere decir que los niveles altos de conflicto, así como la poca expresividad de sentimientos y unión en la familia no se vinculan con la tendencia a buscar virtud por medio de ideales espirituales, entre ellos la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades (Garner,

1998); por su parte, los niveles de ira, agresividad, impulsos autodestructivos, mayor frecuencia de conductas purgativas y facetas de personalidad tales como perfeccionismo y miedo a la madurez si se asocian significativamente con el ascetismo (Fassino et al.,2006). No obstante, en este apartado se pretende describir teóricamente el término ascetismo para encontrar alguna cercanía con la familia y relación con otros factores. Así, Behar y Arancibia (2015) mencionan que desde inicios de la historia, el ascetismo sostiene una profunda relación con la espiritualidad debido a las prácticas voluntarias de abstinencia a los placeres sensoriales y físicos; la espiritualidad, a su vez se relaciona con las necesidades humanas, como la búsqueda de sentido, la voluntad de vivir y la necesidad de tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios; de esta manera las prácticas abstinentes de espiritualidad están ligadas a la sexualidad y al comer y el comer ligada al ayuno, desnutrición, automutilación, alucinaciones visionarias y autonegación de cualquier deseo como búsqueda purificación o penitencia (Hulime-Dickens, 2000). En este contexto, la asociación entre ascetismo y familia se encontraría en que: si la familia es el lugar donde se adquieren creencias entre ellas las creencias religiosas (Vallardes, 2008) y por otro lado, el modelo ecológico de los trastornos de la conducta alimentaria, propone que la alimentación está vinculada con el sistema de creencias y valores según (Contreras, 2007), entonces la relación se centraría en que las creencias de la familia generan la búsqueda de ideales espirituales mediante pensamientos de purificación o abstinencia o en otros factores tales como temperamento rabioso y rasgos de inmadurez (Katzman, 1997) y con las conductas purgativas como acto compensatorio (Abbate, Pieró, Gramaglia y Fassino, 2005). Finalmente, es importante recalcar que el presente

estudio sólo usó la dimensión relación del clima social propuesta por Moos (1996) por lo que es posible que exista una relación significativa entre ascetismo y la sub escala moralidad religiosidad de dimensión desarrollo.

La décima hipótesis específica en la cual se plantea una posible asociación entre relación familiar e impulsividad, se rechaza ya que no se observó asociación significativa ($p < .05$) entre las mismas. En este sentido se cree que: si los conflictos, la carencia de expresividad y la baja unión en la familia no están relacionados con la dificultad para regular los impulsos, sería a causa de que -entre muchos factores- la impulsividad es más bien un síntoma de pronóstico (Garner, 1998) acompañado de una disminución en el tono de la neurotransmisión serotoninérgica (Orozco-Cabal, 2007) en el sistema nervioso central de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Esto indica que la impulsividad o bien puede causar estos trastornos, o bien, ya convertido en un síntoma, ayuda al desarrollo y evolución de los mismos. A continuación se aclara estas dos posturas: en primera instancia, la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud (2009) presenta cuatro factores que pueden ser causantes de padecer estos trastornos, entre ellos los factores psicológicos y dentro de ellos los trastornos de personalidad y de control de impulsos; esto indica que si existe un trastorno en la personalidad, entonces hay tendencia a tener un trastornos de la conducta alimentaria. En segunda instancia, la impulsividad es un rasgo de personalidad complejo, relacionado con el control del comportamiento y las emociones (Orozco-Cabal, 2007) esto quiere decir que la impulsividad como síntoma estaría relacionado a los actos (dieta, vomitar, mutilarse, entre otros) que se realizan a fin de satisfacer los ideales relacionados al peso, cuerpo y comida ya que llegan a la

destrucción del propio cuerpo Carrillo (2001). En conclusión, la impulsividad es más bien una característica propia de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que aporta a su adquisición, desarrollo y evolución de la misma.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En base a los objetivos planteados y los resultados encontrados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- No existe relación entre relación familiar y obsesión por la delgadez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre relación familiar y bulimia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación entre relación familiar e ineficacia en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación entre relación familiar e insatisfacción corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre relación familiar y perfeccionismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación nula entre relación familiar y desconfianza interpersonal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

- No existe relación entre relación familiar y ascetismo en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación nula entre relación familiar y conciencia introceptiva en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación nula entre relación familiar y miedo a la madurez en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación nula entre relación familiar e impulsividad en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.
- No existe relación entre relación familiar e inseguridad social en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016.

2. Recomendaciones

Basándose en los hallazgos y el análisis de la información de la presente investigación, se recomienda lo siguiente:

2.1 Para el centro terapéutico

- Se recomienda incluir dentro de sus terapias, sesiones para los miembros de la familia enfatizadas a la comunicación y resolución de conflictos; motivando la participación de los padres y familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con la finalidad de generar unidad y mejorar las relaciones familiares.
- Influir de manera positiva en las habilidades sociales de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria a través de sesiones vivenciales dirigidos al control de impulsos, aceptando sus defectos y cualidades, desarrollando un adecuado potencial.

- Abordar las relaciones interpersonales e intervenir en el contexto social de la paciente.
- Incluir en la programación terapias de pareja a los padres de familia.

2.2 Para la familia

- Brindar apoyo emocional y moral a la paciente con la finalidad de reforzar la decisión de continuar con su recuperación y prevenir alguna recaída.
- Comprometer a toda la familia para mejores resultados en la terapia.

2.3 Para las pacientes

- Involucrar a su entorno social en el proceso de tratamiento, con la finalidad de mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales.
- Practicar estrategias de relajación, control de impulsos.
- Informar pensamientos relacionados al peso, cuerpo o comida al especialista y personas entrenadas.
- Mantener la calma y aceptar situaciones estresantes que no estén acorde a su juicio crítico para evitar posibles recaídas.

2.4 Para futuros estudios

- Tener una muestra clínica con mayor cantidad de pacientes.
- Considerar todas las dimensiones del instrumento Clima Social Familiar (FES).
- Realizar una comparación entre muestras clínicas y no clínicas.
- Incluir pacientes varones.

Referencias

- Abbate, G., Pieró, A., Gramaglia, C. y Fassino, S., (2005). Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatr Res*, 23(5). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808292>
- Alvarez, G. (2014). Propiedades psicométricas del test de bulimia. *Psicología Contemporánea*, 7(1). Recuperado de <http://biblomeia.com/producto/psicologia-contemporanea/>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC.
- Baile, J. y González, M. (2010). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 3 (10).
Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n2/v3n2a1.pdf>
- Beavers R. (1991). *Familias exitosas*. Barcelona: Paidós.
- Becerril, D. (2003). *Cuando el trabajo separa: Los matrimonios de fin de semana*. Venezuela: Editorial Nacional.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3). Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60145>
- Behar, R., Iglesias, B., Barahona, M. y Casanova, D. (2008). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext.

- Borrego, C. (2010) *Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis de maestría inédita). Universidad César Vallejo y Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
- Bouché, P. e Hidalgo, M. (2005). *Medicación y Orientación familiar*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Carrillo, M. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España). Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/inf/ucm-t25151.pdf>
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Pirámide.
- Cifuentes, L., Massiris, Y. y Ruiz, R. (1998). *Características de la dinámica familiar en familias desplazadas por la violencia del sector Rancho Grande, MonteríaCórdoba*. (Tesis de maestría). Recuperado de: https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Portals/0/Documentos/Investigaciones/pdf_dinamicafamiliar.pdf.
- Colombo, J. (2006). *Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanitas.
- Contreras, A. (2007). *Hacia una comprensión de la violencia*. Madrid: Paidós.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., Fornari, V., Scionti, L., y Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders. Review*, 13(5). Recuperado de http://journals.lww.com/copsychiatry/Abstract/2006/07000/Incidence,_prevalence_and_mortality_of_anorexia.10.aspx

- Cutipé, Y. (2014). Casos de Bulimia y anorexia en Perú. *Peru21*. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-yanorexia-2195388>.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-psicologia-de-las-relaciones-familiares/>
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). *Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile*. (Tesis de maestría, Universidad del Desarrollo. Chile). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_
- De Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (1992). Madrid.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (1992). Washington.
- Domínguez, P., Olivares, S. y Santos, J. (2003). *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile). Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dugui, P. (1996). Salud mental, infancia y familia. *Revista de México*. 23(6). Recuperado de http://www.ifejants.org/new/docs/publicaciones/trabajo_infantil_y_salud_mental.pdf

- Duque, G. (2007). Ciclo vital familiar y su relación con la drogadicción. (Tesis de maestría inédita). Universidad Alas Peruanas. Chile.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México.
- El Plan Nacional de Apoyo a la Familia (2004). *El Peruano*. Recuperado de http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/politicas_nacionales/4_PlanNacional_de_Apoyo_a_la_Familia.pdf
- Estrada, P. (1986). *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ediciones Ariel.
- Fairlie, A. y Frisancho, Y. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(2). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/
- Fassino, S., Daga, G., Pieró, A. y Dielselime, G. (2007). Anger and personality in eating disorders. *Psychosom*, 35(4). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Fassino, S., Graner, R., Roser, G., Gearhardt J., Dieguez, C. y Crujeiras, F. (2006). The consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychol*, 13(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8055855?dopt=Abstract>
- Fernández, F. (2011). Impulsive control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research Australia*, 9(6). Recuperado de <http://www.psyjournal.com/>
- Flouri, E. y Buchanan, A. (2002). Childhood predictors of labor force participation in adult life.' *Journal of Family and Economic Issues*, 23(2). Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1015776832505>

- Fuentes, M. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1). Recuperado de DOI:10.1387/RevPsicodidact.10876.
- Fromm (2000). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2). Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-378.pdf
- Gallego, A. (febrero/mayo de 2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Científica*, 65(2). Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/64/679>
- García, E. (2002). *Etiopatogenia de la anorexia nerviosa*. España: Ediciones Masson.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Ediciones Masson.
- García, Y. y Rocha, G. (2004). Poverty and Poverty Alleviation Strategies in North America. *Journal Pshycology*, 203(15). Recuperado de <http://ugypyteyp.ru/tabih.pdf>
- Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: Ediciones Tea.
- Garfinkel, P. y Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa: Una multidimensional perspectiva*. New York: Brunner/Mazel.
- Giles, J. (1994). *Bases bíblicas de la ética*. México: Casa Bautista de Publicaciones El Paso

- Gómez, G. y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3).
Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen5/num3/121/evaluacin-de-laconductaalimentaria-de-ES.pdf>
- Gonzales, J. y Pereda, S. (2006). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 45(5). Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1090.pdf>
- González, J., Nuñez, J., Alvarez, R., Roces, C., Gonzáles, S., Gonzáles, P., Muñiz, R., Valle, A., Cabanach, R., Rodríguez S. y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 15(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo .oa?id=72715321>
- Goodsitt, A. (1997). *Eating disorders: A self-psychological perspective. Handbook of treatment for eating disorders*. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.510.1868&rep=rep1&type=pdf>
- Gubbins, D. (2002). *Cómo y Cuánto Cambiamos los Chilenos*. Santiago de Chile: INE.
- Gutiérrez, M. (10 de marzo de 2000). Asociación en Defensa y Atención de la Anorexia nerviosa y la Bulimia (ADANER) una ONG contra la anorexia y la bulimia.

Informativosnet. Recuperado de http://informativos.net/denuncias/adaner-una-ong-contra-la-anorexia-y-la-bulimia_11145.aspx

Herna, Y. (2008). *Clima social familiar en adolescentes y su influencia en el rendimiento académico* (Tesis de maestría inédita). Universidad Mayor de San Marcos, Perú.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (5ta ed.). (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Herrera, J. (2012). *La sobreprotección de los padres en el desarrollo social en la institución de los niños y niñas de tres a cinco años de edad del centro de educación inicial Pueblo Blanco y Barrio el Carmen Durante el año lectivo 2010-2011* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/322/1/T-UCE-0010-105.pdf>

Hudson, C., Nicholas, D., Biller, K., Cameron, B., Biesinger, C., Newman, S., Craxton, H., Coleman y Fleckenstein, B. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 72(2). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16815322>

Huline-Dickens, S. (2000). Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *Journal Med Psychol*, 73(1). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000711200160309/abstract>

Jackson, J., Canadell, J., Ehleringer, H., Mooney, O., Sala, E. y Furks, J. (1996). A global analysis of root distributions for terrestrial biome. *Schulze Source: Oecologia*, 108(3). Recuperado de http://www2.bren.ucsb.edu/~dtorney/port/1996_Jackson

- Joiner, F. y Kashubeck, D. (1996). Acculturation, Body Image, Self-Esteem, And Eating Disorder Symptomatology In Adolescent Mexican American Women. *Psychology of Women Quarterly* ,20(3). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/258181719Acculturation_Body_ImageSelf-Esteem_And_Eating_Disorder_Symp
- Katzman, M. y Lee, S. (1997). *Beyond bodyimage: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9356886>
- Kemper, F. (2000). *Investigación del comportamiento. Técnicas y métodos*. México: Editorial Interamericana.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Tea Ediciones.
- Lijtinstens, P. (2006). The attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics and interpersonal process. *Advances in Experimental Social Psychology* 34(4). Recuperado de <http://revistapsine.com/psine-n1/lijtinstens-el-lugar-del-nino-en-la-actualidad/>
- Levy, C. (1985). *Psicología y medio ambiente*. España: Morata.
- Lopez, B. (2013). *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. Colombia: Suano.
- March, E., Durán, O., Cantuta, D., Contreras, H., Zara, W., Y Gavilán, G. (2006). Estudio epidemiológico de salud mental. *Rev. Anales de Salud Mental*, 3(5). Perú.

- Martínez, E. (1996). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 2(1). Recuperado de http://www.unav.edu/matrimonioyfamilia/observatorio/documentacion_imprimir.php?cmd=search4&id=19209
- Mateos-Agut, M., García-Alonso, I., Gándara-Martín, J., Vegas-Miguel, M., SebastiánVega, C., Sanz-Cid, B., Martínez-Villares, A. y Martín-Martínez, E. (2014). *La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=604995>
- Medina, R. (1990). *La educación personalizada en la familia*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books/about/La_educaci%C3%B3n_personalizada_en_la_famili.html?id=qc7rUO0vNvsC&hl=es
- Moos, R. (1974). *Combined preliminary manual: Family work and group environment scales manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Moos, R. (1996). Escala de Clima Social Familiar (FES). Madrid: Ediciones SA.
- Moos, R. y Trickett, E. (1997). *Escalas del clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*. Madrid: TEA.
- Morales, K. (1984). *Vida familiar y representaciones de la familia*. Madrid:Arlanza.
- Morandé, G. (1990). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia y bulimia y cuadros afines*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id>
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24(8), Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5925393&pid=S2007-1523201000010000700031&lng=es

Mougan, J. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise, and bigorexia*. Recuperado de <https://www.amazon.com/Invisible-Man-Self-help-DisordersCompulsive/dp/1583911502>

Navarro, T. (2006). *Anorexia y bulimia, trastornos de la conducta alimentaria*. España: Libro-Hobby

Nieto, E. (2008). *Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado de http://www.anesm.org/wpcontent/uploads/docs/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf

Noceloni, T. (2013). *Insatisfacción corporal en pacientes con trastornos alimentarios* (Tesis de licenciatura, Universidad Abierta Interamericana). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110609.pdf>

Oliva, A. (2003). *Relaciones familiares y desarrollo adolescente* (Anuario de psicología. Universidad de Sevilla, Barcelona). Recuperado de <http://personal.us.es/oliva/Oliva1.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones efectivas y opciones de Políticas* (Informe No. 23). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.

- Orozco-Cabal F. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Rev Latinoam Psicol*, 23(5). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S
- Ortiz, M. (2012). *Nutrición: trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09
- Palacios, J. y Rodrigo, J. (2001). *La familia como contexto de desarrollo humano*. Barcelona: Alianza.
- Panzitta, M., Valiente E., Bravo M., Romero P., Lojo D., Allegue O. y Etor D. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. *RV-Kristal. Argentina*, 43(6). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3214078.pdf>
- Pediatría del Hospital III Suárez Angamos de la Red Asistencial Rebagliatti de EsSalud (2015). Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/DIRECTORI_Redde_Lima.pdf
- Pezúa, M. (2012). *Clima social familiar y su relación con la madurez social del Niño(a) de 6 a 9 años* (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3304>
- Pereda, N. (2006). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. *Anales de psicología*, 20(6). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021297282013000100021
- Perpiña, C. (1994). *Trastornos alimentarios. Manual de psicopatología*. Barcelona: Paidós.

- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos tratamiento de fases en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rodríguez, R., Gutiérrez, A., Vaz H. y García, F. (2005). Assessment of expressed emotion in families of patients with eating disorders: using the Camberwell Family interview on a Spanish sample. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(6). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf>
- Raich, R. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. España, Madrid: Pirámide.
- Ruiz-Martínez, A., Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. y Tena, S. A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. Recuperado de <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct>
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, O. y Trujillo, C. (2010). *Factores socioculturales de hijas y padres en los trastornos del comportamiento alimentario. Enseñanza e investigación en psicología*. (Informe de investigación) Recuperado de http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_125-131.pdf
- Santa Biblia (Version Reina Valera) (1996). Buenos aires Argentina: Casa Editora Sudamericana.
- Santos, L. (2010). *El clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una institución educativa del Callao*, (Tesis de maestría). Universidad San Ignacio de Loyola, Perú.
- Sánchez C., Serna R., Seoana P., Quiroz G. Franz G. y Páramo F. (2005). Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del

comportamiento alimentario. *Revista Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.

Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/File/804/463>

Sánchez S., Villarreal M. y Moral J. (2009). *La Insatisfacción de Imagen Corporal: Trastorno psicológico o conducta normativa* (Investigación en psicología psicológica o social. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida) Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2011v20n.pdf>

Sarmiento, M. (1994). *Psicoprofilaxis familiar*. Bogotá: Editorial USTA.

Selvini, K., Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A, y Amy, M. (1999). *Los juegos psicóticos en la familia*. Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-los-juegos-psicoticos-en-la-familia/9788475095844/151092>

Schwartz D., Steven, H., Hernández, L., Barthley, O., Hoebel, H. y Goodsit, D. (1997), Feeding increases extracellular serotonin in the lateral hypothalamus of the rat as measured by microdialysis, *Brain Res*, 479 (2). Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0006899389916399>

Serrato, A. (2001). *Anorexia y bulimia: trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de https://books.google.es/books/about/Anorexia_y_bulimia.htm

Smetana, J. (2005). Developmental and longitudinal antecedents of family. *Pshy. Rev* 23(4). Recuperado de http://www.colorado.edu/ibs/jessor/psych7536-805/readings/smetana_campione-barr_metzger-2006.pdf

Silva-Gutiérrez, C. y Sánchez-Sosa, J. (2006). *Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional

- Autónoma de México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649003.pdf>
- Schütze, H. (1983). Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav*, 15(4). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928911>
- Steiger, H., Puentes, N., y Leung, F. (1991). Personality and family features of adolescent girls with eating symptoms. *Addictive behaviors*, 16(5). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1776546>
- Stephen, A. (2006). Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa. *Pergamon Press*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=QeGLCgAAQ>
- Tejeda, H. y Neyra, A. (2015). *La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis de maestría). Recuperado de http://www.tcsevillla.com/archivos/alimentacion_familiar.pdf
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Ediciones Ariel. Barcelona. España.
- Tueros, C. (2004). *Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico*. (Tesis doctoral). UNMSM, Lima. Perú.
- Vallardes, B. (2008). *Trastornos de la alimentación*. España: Editorial Masson
- Vandereyken, M. (1991). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Vandereyken, W., Castro, J. y Vanderlinden J. (1999). *Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=yKjUakhlKqEC>

- Vargas, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de costa rica y centroamerica* LXX, 607(78). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M. y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13 (19). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.615/abstract>
- White, E. (2009). *Profetas y Reyes*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2003). *El hogar cristiano*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2012). *Consejos sobre el régimen alimenticio*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2002). *Conducción del niño*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White E. (2003). *El hogar cristiano*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White E. (1995). *La temperancia*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.

Anexos

ANEXO 1

Instrumentos empleados

Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos

Nombre (opcional):

Edad:

Ocupación:

Grado de instrucción:

Instrucciones:

A continuación se presenta una serie de frases, que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia. Si usted cree que respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre VERDADERA marcará con un (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero). Si usted cree que respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA marcará con un (X) en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia por lo tanto no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros. F () V ()
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos. F () V ()
3. En nuestra familia peleamos mucho. F () V ()
4. Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos "pasando el rato" F () V ()
5. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos. F () V ()
6. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos. F () V ()
7. Todos no esforzamos mucho en lo que hacemos en casa. F () V ()
8. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos. F () V ()
9. En la casa a veces nos molestamos que a veces golpeamos o rompemos algo. F () V ()
10. En mi familia estamos fuertemente unidos. F () V ()

11. En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente. F () V ()
12. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera. F () V ()
13. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario. F () V ()
14. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más. F () V ()
15. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras. F () V ()
16. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras. F () V ()
17. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado. F () V ()
18. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos. F () V ()
19. En mi familia hay poco espíritu de grupo. F () V ()
20. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente. F () V ()
21. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz. F () V ()
22. Realmente nos llevamos bien unos con otros. F () V ()
23. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos. F () V ()
24. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros. F () V ()
25. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno. F () V ()
26. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo. F () V ()
27. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz. F () V ()

EDI-2

Instrucciones

Debes contestar las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes experimentadas.

En cada frase se proponen cinco alternativas de respuestas de las cuales deberás elegir una, la que mejor te describa. Las opciones de respuesta para cada afirmación son:

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

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo llenarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco efectiva.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.

23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas (lugar donde hay abundante comida) en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.

54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo sin pensar cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación (sacrificio) me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.

- 86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89. Sé que la gente me aprecia.
- 90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo.
- 91. Creo que realmente sé quién soy.