

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN
CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA”**

Estudio realizado con mujeres adolescentes (de 12-20 años)

que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación

Para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI

**BLANCA ALICIA GÓMEZ DUQUE
MARIA GABRIELA DE LA ROCA HERNÁNDEZ**

GUATEMALA, MAYO DE 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN
CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA”**

**Estudio realizado con mujeres adolescentes (de 12-20 años)
que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación
Para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR
BLANCA ALICIA GÓMEZ DUQUE
MARIA GABRIELA DE LA ROCA HERNÁNDEZ

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

GUATEMALA, MAYO DE 2006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Maria Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Alvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Edgar Ramiro Arroyave Sagastume
Estudiante Brenda Jullissa Chamán Pacay
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
1a. Avenida 9-45, Zona 13, Edificio "A"
TEL.: 2405-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usarpc@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 374-2004
CODIPs. 760-2006

De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación

28 de abril de 2006

Estudiante
Blanca Alicia Gómez Duque
María Gabriela De la Roca Hernández
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO PRIMERO (21º) del Acta DIECIOCHO GUIÓN DOS MIL SEIS (18-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 21 de abril de 2006, que copiado literalmente dice:


"VIGÉSIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA"** -Estudio realizado con mujeres adolescentes (de 12-20 años) que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI-, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

BLANCA ALICIA GÓMEZ DUQUE CARNÉ 1999- 18061
MARÍA GABRIELA DE LA ROCA HERNÁNDEZ CARNÉ 1999-18097

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Magdalena Pérez de Garrido y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/Gladys



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM
9ª Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14
e-mail: scumpsi@usc.edu.gt

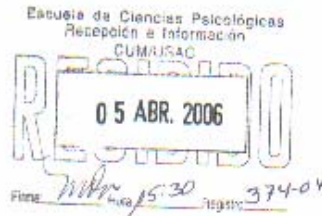
CIEPs. 07-2006
REG. 374-2004

Guatemala, 31 de marzo de 2006

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:



Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA"

-Estudio realizado con mujeres adolescentes (de 12-20 años) que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI-

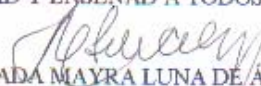
ESTUDIANTE:	CARNÉ No
Blanca Alicia Gómez Duque	199918061
María Gabriela De la Roca Hernández	199918097

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"



c.c. Revisor / a
Archivo

MLDA / edr



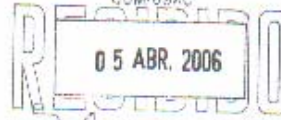
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2485-1910 FAX. 2485-1913 Y 14
e-mail: psicologia@usc.edu.gt

CIEPs. 08-2006

Guatemala, 31 de marzo de 2006

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma M. Luna No. 1530 Registro 37404

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA"

-Estudio realizado con mujeres adolescentes (de 12-20 años) que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI-

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Blanca Alicia Gómez Duque
María Gabriela De la Roca Hernández

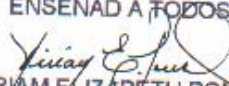
199918061
199918097

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICENCIADA MIRIAM ELIZABETH PONCE PONCE
DOCENTE REVISORA



c.c.: Archivo
Docente Revisor / a

MEPP / edr



Guatemala, 28 de octubre de 2,005.

Señores
Departamento de Tesis
Centro de Investigación en Psicología
CIEPS
Centro Universitario Metropolitano
Ciudad

Attn.: Licda. Myra Luna – Coordinadora


Estimada Licenciada Luna:

Por medio de la presente me permito informarle que he tenido a la vista el Informe Final de Investigación de la tesis **“LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA- Estudio realizado con mujeres adolescentes (de 12-20 años) que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación Para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI”**, el cual ha sido aprobado.

Dicho informe fue trabajado por las alumnas: Blanca Alicia Gómez Duque, carné universitario No. 199918061 y María Gabriela de la Roca Hernández, carné universitario No. 199918097, mismo que están presentando para su aprobación.

Atentamente,




Licda. María Magdalena de la Roca Hernández de Garrido
Colegiada No. 5419
Asesora de Tesis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

Av. Avenida 9-55, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1911 y 14
e-mail: psic@univ.usac.edu.gt

cc: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 374-2004

CODIPs. 386-2005

De aprobación de proyecto de Investigación

23 de febrero de 2005

Estudiante
Blanca Alicia Gómez Duque
María Gabriela De la Roca Hernández
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a usted el Punto SÉPTIMO (7º) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL CINCO (12-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de febrero de 2005, que literalmente dice:

"**SÉPTIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: "LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA -Estudio a realizar con mujeres adolescentes (de 12-20 años) que asisten al Departamento de Psicología de la Fundación para la Juventud y la Familia, JUVENFAMI", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

BLANCA ALICIA GÓMEZ DUQUE

CARNÉ No. 1999-18061

MARÍA GABRIELA DE LA ROCA HERNÁNDEZ

CARNÉ No. 1999-18097

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, resuelve **APROBARLO** y nombrar como asesor a la Licenciada María Magdalena Pérez W. y como revisor a la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce."

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Emy Vela de Ortega
SECRETARIA



/Gladys



Guatemala, 18 de abril de 2,005.

Señores
Departamento de Tesis
Centro de Investigación en Psicología
CIEPS "Mayra Gutierrez"
Centro Universitario Metropolitano
Ciudad

Attn.: Licda. Myra Luna – Coordinadora

Estimada Licenciada Luna:

Por medio de la presente hago constar que las estudiantes Blanca Alicia Gómez Duque, con carné universitario No. 199918061, y María Gabriela de la Roca Hernández, con carné universitario No. 199918097, realizaron su trabajo de investigación de tesis en la Fundación para la Juventud y la Familia "JUVENFAMI"; asistiendo periódicamente, según convenio sostenido con dicha fundación.



Atentamente,


Licda. Magda de Garibó
Directora.

cc. archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Por Blanca Alicia Gómez Duque

Licenciada en Psicología Aída Liseth Flores Contreras
Colegiado 10349

Por Maria Gabriela de la Roca Hernández

Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales Leopoldo Liu Gonzalez
Colegiado 3867

ACTO QUE DEDICO.

A mi papá: Francisco Javier Gómez.

A mi mamá: Blanca Alicia Duque Lucero.

Porque este gran logro se lo merecen con todo mi corazón, y separarlos no sería justo, ya que juntos me brindan su apoyo y confianza en todo momento, gracias por eso hoy les dedico este triunfo tan especial.

A mis hermanas: Karim Silvana, Sara Victoria y Yolanda de Jesús.

A mis hermanos: Yuri Geovani, Francisco Javier, Franklin Renato y Douglas Fernando.

Porque sin duda alguna son siete pilares fundamentales en mi vida, y siempre me han brindado su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera y mi vida personal.

A mis sobrinos: Natalie Karina, John Ethan y Rodrigo Alfredo.

Porque aun siendo los tres tan pequeños, juegan un papel grande en mi vida y los adoro.

A mis cuñados: Marcela Guadalupe y John Tomas.

Porque gracias a ellos mis hermanos son muy felices y me dieron el privilegio de ser tía.

A mis abuelas y abuelo: Sara Luz+, Jesús+ y Eusebio+.

Porque a pesar de no estar presentes en cuerpo, siempre estuvieron en espíritu apoyándome desde el cielo.

A mi abuelo, a mi prima y primos: Isidro, Angélica Maria, José Luis, Erick Jonás.

Porque me han brindado su apoyo y buenos deseos a lo largo de mi vida.

A mis amigas de promoción: Paola Calderón, Gaby Hernández, Mariela Senté, Diana Rubio, Rosario Echeverría y demás compañeras.

Porque con cada una he compartido momentos inolvidables y realmente únicos tanto personales como profesionales, que atesoro y que no cambiaria por nada del mundo. Todas tienen un lugar muy especial en mi corazón.

A mi novio y gran amigo: Leo Castillo.

Porque es una persona muy valiosa y especial en mi vida.

A usted apreciable lector indudablemente...

ACTO QUE DEDICO.

A Dios:

Por ser el padre que me supo guiar desde el cielo, por haberme dado la bendición de estar con las personas que más quiero y de haber llegado hasta este día tan importante de mi vida.

A mis padres: Marta Jeannette de la Roca y Luis Gustavo de la roca.

Por ser la motivación que me impulsa a seguir adelante, por ese consejo que nunca me falta, por ese abrazo, por ese amor que siempre me brindaron y que a la larga el éxito que estoy alcanzando también es de ellos, gracias papás.

A mis hermanos: Paola Maria José, Luis José Manuel y Diego José.

Por ser el pilar tan importante de mi familia a los cuales quiero mucho y se que llegarán también a este momento que será para ellos sin duda un hermoso día.

A mis abuelos: Carlota Toledo, Mirna Violeta de Hernández, Manuel Hernández y José Luis de la Roca.

Por ser tan importantes para mi y que gracias a Dios hemos llegado juntas hasta este día, gracias por todo.

A mis tíos: Rosa Maria de la Roca y Leopoldo Liu.

Por ser las personas que se que siempre estarán en los momentos importantes de mi vida.

A mis primos: Maria del Carme Liu, Leopoldo Liu, Pamela de Hernández, Carlos Hernández, Alan Hernández, Dulce María y Marcos José.

Por esos momentos de la infancia que nunca olvidare cuando lo más importante era divertirnos y que siempre quedarán en mi memoria, gracias por estar aquí.

A mis compañeras y amigas: Jacqueline, rosario, Diana, Mariela y Blanca (compañera de Tesis.)

Porque fueron las personas que me brindaron su confianza y amistad durante los años de estudio.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS

Por habernos permitido finalizar una más de nuestras metas, y porque siempre ha estado presente en todo momento, y sin su sabiduría no lo habríamos logrado.

A SANTA MARÍA DE GUADALUPE

Por guiarnos en los momentos más difíciles a lo largo de nuestra carrera y de la vida, gracias madre mía.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESPECIALMENTE A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÒGICAS.

Por habernos dado el honor y privilegio de realizarnos como profesionales.

A NUESTRAS FAMILIAS.

Por todo su apoyo, paciencia y comprensión incondicional, que siempre nos brindaron, para así poder concluir con una mas de nuestras metas, con mucho cariño.

A LAS PACIENTES Y PADRES DE FAMILIA.

Por haber compartido sus experiencias dentro de la fundación.

A LA FUNDACIÓN PARA LA JUVENTUD Y LA FAMILIA "JUVENFAMI."

Por la gran confianza y respaldo que nos brindaron al formar parte de su valioso equipo de trabajo.

A LA LICENCIADA, MAGDALENA DE GARRIDO.

Por su profesionalismo indiscutible, su gran capacidad y calidad humana, ya que muy amablemente nos asesoro en este trabajo.

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	4
CAPITULO I.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	10
1 Anorexia.....	10
2 Familia.....	15
3 Familia Disfuncional.....	17
PREMISAS.....	20
HIPÓTESIS.....	21
CAPITULO II.....	22
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	22
CAPITULO III.....	26
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	26
CAPITULO IV.....	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	47
RESUMEN.....	57

PRÓLOGO.

En Guatemala como en otros países a nivel mundial, en los últimos años se ha visto un notable incremento en los casos de anorexia. Basándonos en la página de Internet www.base de datos internacional de Wrong Diagnosis 2,004.com, en nuestro país se registraron 14,280 casos de personas diagnosticadas con anorexia, con un índice de mortalidad de 10% de los casos, y un 16% de mujeres la padecen en general.

De igual manera en la Fundación para la Juventud y la Familia - Juvenfami, se reportó que dos de cada diez adolescentes atendidas, presentan síntomas de anorexia.

Las consecuencias del trastorno de anorexia en la familia son diversas ya que involucran y afectan tanto a la persona que la padece, como a las personas con quien conviven; los familiares se ven en la necesidad de buscar ayuda profesional, no sólo de tipo psicológico sino multidisciplinario, situación que afecta la economía familiar, por tener que costear un tratamiento que permita a las adolescentes con anorexia, tener una vida normal para lograr su realización integral.

Según algunos profesionales de la medicina, los orígenes principales de este padecimiento son psiquiátricos y físicos. Los psicólogos por otro lado lo vemos como un problema más integral, en el cual la dinámica familiar y el entorno social juegan un papel muy importante. Entre los factores sociales influyentes están los medios de comunicación, como: revistas, radio, televisión y otros que promueven las modas juveniles, y que inconscientemente conducen a las adolescentes a tomar el camino de la anorexia para lograr la figura “perfecta” y no sentirse rechazadas por la sociedad.

Los síntomas y signos más característicos de la anorexia son:

- ❖ Preocupación por las calorías.
- ❖ Distorsión de la imagen de sí misma, se ven gordas aunque estén delgadas.
- ❖ Abuso de laxantes.
- ❖ Aumento de la actividad física con la intención de quemar calorías.
- ❖ Obsesión por pesarse diariamente.
- ❖ Falta de concentración.
- ❖ Cambio notable del estado de ánimo, irritabilidad, depresión.
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Sentimiento de culpa.
- ❖ Síntomas de malnutrición.
- ❖ Presión arterial baja.
- ❖ Deshidratación.
- ❖ Ausencia del periodo menstrual (amenorrea.)
- ❖ Pérdida significativa de peso.

Muy a menudo las personas anoréxicas presentan baja autoestima. Lo cual indica que probablemente no fueron satisfechas adecuadamente las necesidades afectivas básicas como: sentido de pertenencia, seguridad, amor y un autoconcepto adecuado.

Como se podrá observar en este informe, la dinámica familiar es uno de los principales causantes del desarrollo de la anorexia ya que es en la familia donde las mujeres adolescentes se desarrollaron, y donde también enfrentaron diferentes problemáticas que muchas veces reprimieron y que más adelante se manifestaron de distintas formas, entre ellas la anorexia. Y esta enfermedad fuera de ser una salida a sus problemas, fue sin duda un camino muy doloroso para ambas partes, debido a que se dañaron emocional y físicamente, si estas consecuencias no se hubieran atendido a tiempo inevitablemente habrían causado la muerte.

La presente investigación contribuyo con incrementar la información sobre como una familia disfuncional incide en el desarrollo de la anorexia en sus hijas adolescentes. Siendo esto de gran apoyo preventivo para los psicólogos en general, y para la fundación Juvenfami, por ser una institución que atiende a personas con este problema, como también a la sociedad.

Ya que al contar con mayor información y conocimiento, es mejor la capacidad de acción o divulgación que se puede lograr para modificar conductas personales o grupales. Permitiendo con esto que la fundación cree programas preventivos dirigidos a padres de familia y adolescentes, para evitar el incremento de los casos de anorexia en nuestra sociedad, por medio de una contribución teórica a la psicología como ciencia.

INTRODUCCIÓN.

La Fundación Juvenil Nueva Vida, inició sus labores en 1978, la misma se dedicaba a la rehabilitación de jóvenes adictos a drogas y problemas de delincuencia. Pero en mayo de 1999, por ampliación de visión se hicieron cambios estableciéndose una nueva Fundación, conocida con el nombre de Fundación para la Juventud y la Familia - Juvenfami, la cual se dedica a prestar atención psicológica a padres de familia y adolescentes, siendo la misma una entidad privada, ubicada en la ciudad capital. Según acuerdo ministerial No. 118-99.

La visión principal de la Fundación es, educar y restaurar a la juventud y a la familia para transformar nuestra nación. Su misión es, proporcionar conocimientos y técnicas que eduquen o restauren a la juventud y a la familia, por medio de: seminarios, capacitaciones, servicios de psicología clínica y recursos didácticos. Los valores que rigen todas sus acciones son: excelencia, servicio y la innovación.

Dicha institución está constituida por cinco profesionales de la psicología, tanto clínica como educativa. A su vez cuenta con tres distintos departamentos: el departamento de seminarios y capacitaciones, que se dedica a la prevención tanto de la juventud como de la familia, en encuentros educativos, asociaciones de padres de familia e iglesias. El departamento de recursos didácticos que es el encargado de la producción y de la distribución de materiales de apoyo que cumplen con la visión de la Fundación. Y también el departamento de psicología; que es en el cual se realizó la presente investigación.

A nivel mundial, en los últimos años se ha visto un notable incremento en los casos de anoréxicas y según la base de datos del periódico Metro News Internacional S. A. dos de cada diez mujeres adolescentes la padecen. Y en julio del 2,004 el riesgo de padecer cualquier trastorno alimenticio fue de un 20.8% a nivel mundial.

Basándonos en el informe de la página de Internet www.base de datos internacional de Wrong Diagnosis 2,004.com, en este mismo año en Guatemala se registraron 14,280 casos de personas diagnosticadas con anorexia, un 16% de mujeres la padecen en general, con un índice de mortalidad de 10% de los casos.

De igual manera en Juvenfami se reportó que dos de cada diez pacientes atendidas presentan síntomas de anorexia.

Los psicólogos del centro siempre llevan una relación directa con esta población, los mismos refieren que en muchos de los casos de anorexia atendidos se encuentra la existencia de familias disfuncionales, las cuales a su parecer fueron un factor determinante en el desarrollo de este trastorno. La investigación se realizó en el departamento de psicología, tomando en cuenta: las historias clínicas y las evaluaciones psicológicas de cada paciente que padece anorexia. Las cuales proporcionaron los factores comunes desencadenantes para determinar que si existe una estrecha relación entre las familias disfuncionales y el desarrollo de la anorexia.

Guiaron el proceso de investigación los siguientes objetivos:

- ❖ Conocer la dinámica familiar en cual se desenvuelven las adolescentes, con problemas de anorexia. Con el fin de identificar las disfunciones familiares más comunes en cada una de ellas.
- ❖ Identificar la situación psicosocial de las adolescentes que padecen anorexia.
- ❖ Evidenciar y dar a conocer que la anorexia es un trastorno de alimentación que sobrepasa la dimensión personal por estar relacionado con factores familiares y sociales en general.

- ❖ Ampliar información sobre las causas y efectos de la anorexia, para crear programas de prevención, dirigidos a los padres de familia y a las adolescentes.

La población estuvo comprendida entre las edades de 12 a 20 años, con una muestra de diez pacientes mujeres, adolescentes y sus familias, atendidas en el departamento de psicología de la Fundación, en el periodo del 2,004 a 2,005.

Para el estudio del problema se tomó como base el incremento de los casos de anorexia en mujeres adolescentes, que asistieron a dicha institución, solicitando ayuda. Según la observación de los profesionales existe una relación estrecha entre las familias disfuncionales y el desarrollo de este trastorno.

Las dos estrategias principales que guiaron la investigación fueron: sesiones familiares, enfocados en la terapia familiar que previamente han llevado en su tratamiento, para determinar y restablecer la dinámica familiar. Técnica conductista, para así provocar cambios de conducta, en las familias y en las adolescentes, estas estrategias con frecuencia se emplean juntas y combinadas con una asesoría nutricional.

MARCO TEÓRICO.

1. Anorexia: según su etimología “falta de apetito”. “La anorexia es también considerada un trastorno de la conducta con desviaciones en los hábitos alimenticios”.¹ Y es considerada una enfermedad con carácter de epidemia. Consiste en un esfuerzo irracional por perder peso corporal al extremo de suspender casi por completo la ingesta de alimentos. Su principal población afectada son adolescentes, del sexo femenino. La anorexia es un problema de tres dimensiones: corporal, psicológico y social.

En esta investigación se le llamo a la anorexia mental o nerviosa, simplemente anorexia, ya que hay que tener muy en cuenta que, pese a que se cree que es un trastorno moderno (debido a la cantidad de casos actuales que se dan a nivel mundial), se conocen sucesos anoréxicos desde épocas muy antiguas tales como la Edad Media, ya que las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. También la Princesa Margarita de Hungría murió de inanición intencionada. Un ejemplo histórico adicional, una monja carmelita que solo comió hostia de la Eucaristía durante siete años. Sin embargo, las primeras referencias descritas en términos médicos aparecen en el siglo XVI. Desde los años sesenta se han incrementado los trabajos sobre anorexia con una visión más fundamentada del problema, considerando que en el desarrollo del trastorno pueden influir factores psicológicos, biológicos y sociales. Los actuales modelos de investigación indican que los modelos de tratamiento deben ser pluridisciplinarios y deben abordar los tres núcleos conflictivos de la anorexia: peso, figura y pensamientos distorsionados. En el siglo XVI, la redondez de las mujeres en los cuadros de Rubens era considerada el ideal de belleza femenino. Sin embargo, en la actualidad este ideal está caracterizado por

¹ Anorexia. “DEFINICIÓN DE LA ANOREXIA, HISTORIA, ANOREXIA NERVOSA PRIMARIA, ANOREXIA NERVOSA RESTRICTIVA, BULIMAREXIA, ANOREXIA NERVOSA SECUNDARIA”. www.obesidad.net/spanish2002/trans

una figura sumamente delgada, lo cual ha esclavizado a las mujeres a buscar caer en un patrón que muy pocas pueden cumplir. La anorexia es un problema de tres dimensiones: corporal, psicológico y social. “La anorexia; es un problema que prevalece más en adolescentes, ya que las cifras estremecen y crecen día con día haciendo que los especialistas se refieran a la progresiva extensión de este trastorno alimentario como una auténtica epidemia cada vez más difícil de controlar”.²

Realmente, el trastorno de anorexia se extiende de una manera implacable, en la que surge cuestionarse: ¿cuál es la naturaleza del trastorno para que pueda extenderse tal como lo hace? Si se sabe que tiene una naturaleza física, pero su base más importante es mental o psicológica, entonces es de comprender que la problemática debe enfocarse de manera integral.

Los adolescentes, quizá porque aún están en su período de formación y desarrollo de la personalidad, son mucho más vulnerables a transmitirse valores, actitudes y conductas, que a veces son inadecuados. El estilo de vida que llevan acompañado de los valores que propagan los medios de comunicación son agentes de transmisión muy importantes en la anorexia. A su vez la sociedad, a través de los medios de comunicación, tienden a propagar trampas sociales, ya que proyectan modelos sociales que atrapan a los adolescentes, que están en pleno proceso de maduración, convirtiéndolos en víctimas de toda una densa red de valores inapropiados, difundidos principalmente por medios de comunicación tales como la televisión, el cine, la radio, las revistas de moda; que adornan cierta estética del éxito, que por otro lado, no es más que una manera de seguir un modelo de belleza.

² González, José Francisco. “ANOREXIA, SUPERAR LOS PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN”. Edimat Libros, S. A. Madrid-España, 2003. Pág. 10.

“La mujer está sujeta históricamente a la tensión de la estética de la imagen, lo cual la hace especialmente vulnerable a todas aquellas cosas que se asocian con su logro, no es culpa de la mujer, sino de la sociedad”.³

No es de extrañarse que sea la población femenina adolescente la víctima propiciatoria del trastorno de la anorexia, porque acercarse al yo ideal femenino según esta sociedad se puede lograr por la vía de controlar la alimentación adecuadamente, lo cual si no se da de una manera supervisada se corre el peligro de trastornar esta función básica para la vida. Ya que es una lucha de la mujer por construir su propia autoestima, y si fracasan quedan sumergidas en sus complejos para siempre. La presión que ellas sufren hace que desarrollen una serie de conductas de las cuales la mayoría de veces no están conscientes pero que tienen como fin alcanzar esa figura ideal.

A continuación una serie de conductas que con frecuencia presentan las adolescentes en el proceso de la anorexia:

- ❖ Evita comer con otros.
- ❖ Muestra signos claros de tensión durante las comidas.
- ❖ Resulta agresiva u hostil durante las comidas.
- ❖ Comienza cortando la comida en trozos muy pequeños.
- ❖ Se lamenta de que tiene demasiada comida en su plato o que esta es demasiado rica en calorías.
- ❖ Picotea la comida o come muy despacio.
- ❖ Prefiere productos de dieta (con bajos contenidos calóricos.)

³ Ibid. Pág. 15.

- ❖ Raramente dice tener hambre.
- ❖ Le gusta cocinar o ayudar en la cocina, pero evita probar o comer.
- ❖ Oculta los alimentos en servilletas, bolsas o ropas durante la comida.
- ❖ Tira comida (ventana, basurero o el baño.)
- ❖ No le gusta ir de visita, ni a fiestas por la “obligación de comer”.
- ❖ Toman laxantes (purgantes frecuentemente para ir al baño.)
- ❖ Toman pastillas para adelgazar.
- ❖ Dicen estar muy gordas sin tener en cuenta el peso ya perdido, y a menudo hablan de la delgadez, las dietas o las formas del cuerpo ideal.
- ❖ Se va de la mesa en horas de las comidas.
- ❖ Hacen mucho ejercicio, físico o deporte (siempre y cuando no estén hospitalizadas.)
- ❖ Regularmente están cansadas, pero descansan muy poco o nada debido a la compulsión de hacer ejercicios para seguir bajando de peso.
- ❖ Afirman estar normales, sanas e incluso mejor que nunca.
- ❖ Se resisten a ir al medico.
- ❖ Excesiva importancia a lo que los demás piensan de su físico.
- ❖ Inseguridad y preocupación excesiva por la apariencia física.

Efectos físicos que se presentan en personas que padecen el trastorno de anorexia:

- ❖ Disminución de horas de sueño.
- ❖ Estreñimiento.

- ❖ Ausencia de menstruación (amenorrea.)
- ❖ Mal nutrición.
- ❖ Presión arterial baja.
- ❖ Deshidratación.
- ❖ Alopecia.

Y todo esto se verifica en el inicio y en el desarrollo de un trastorno anoréxico, siendo la expresión de que algo no marcha bien a nivel psico-bio-social. “En el examen mental lo más notable es la alteración de la imagen corporal, las preocupaciones en relación con la comida pueden tener el carácter de pensamientos obsesivos, en la esfera afectiva, son frecuentes los síntomas de ansiedad y depresión”.⁴

La anorexia reclama cada día más atención. Lo llamativo de este trastorno, es que en determinadas circunstancias puede conducir a la muerte misma, exigiendo un tratamiento combinado que suele rebasar el campo de una sola disciplina; un tratamiento multidisciplinario. Las anoréxicas suelen tener distorsionada su imagen corporal, de tal manera que persisten en su actitud de no querer comer porque creen que están muy gordas. Y cuando viven este tipo de distorsión de su propia imagen corporal, es como una realidad para ellas mismas, y si esa percepción de su propia imagen no es aceptada, las lleva al sufrimiento y a la posibilidad de tomar medias drásticas con el fin de solucionarlo (que es lo que pasa con el trastorno de anorexia.) La normalización del peso corporal es un paso importante en el tratamiento de esta enfermedad. La psicoterapia individual y la terapia familiar son importantes en todo proceso de recuperación.

⁴ Fuente, Ramón de la. “LA PATOLOGÍA MENTAL Y SU TERAPÉUTICA.” Fondo de Cultura Económica. México, 1997. Pág. 256.

Ahora bien la adolescencia es una etapa de metamorfosis humana, el paso de niño a hombre o de niña a mujer. Y la anorexia puede llegar cuando el individuo vive esa crisis adolescente como un auténtico fenómeno, en el cual lucha contra el hambre y el apetito; convirtiéndose esto en una constante competencia por el tánatos (la muerte) frente al eros (la vida), situaciones muy propicias para desarrollar este trastorno.

Es razonable angustiarse cuando su propio cuerpo cambia; cuando los aspectos sociales están en quiebra y principalmente la dinámica familiar. “La pubertad es parte de un largo y complicado proceso que comienza desde antes de nacer. También es un proceso social y emocional. Se considera que dura casi una década: comienza alrededor de los doce años y termina hacia los veinte. Sin embargo sus cimientos se inician mucho antes y sus consecuencias psicológicas continúan mucho después. Los indicadores de la adolescencia temprana señalan la transición para salir de la niñez, a la adolescencia posterior, y a la transición hacia la edad adulta”.⁵

2 Familia: los especialistas en psicología dividen a las familias en dos grandes tipos: las funcionales que son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros acerca de quienes son, tienen una auto-imagen positiva, y se comunican libremente. Una familia puede ser funcional o disfuncional en diversos grados. “La familia no solo es “la base”, sino también “el techo”, en otras palabras es la mejor estructura que cubre las necesidades básicas de sus integrantes. Todo esto hace que la familia sea considerada como el grupo primario por excelencia; es el seno donde se desarrolla la primera identidad personal y social de los individuos

⁵ Papalia, Diane E. y Rally Wendkos Olds. “PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.” McGraw-Hill, México, 1999, Pág. 531.

(el primer yo y el primer nosotros), que en muchas ocasiones resulta ser también la identidad primordial".²

El ser humano necesita establecer relaciones con otras personas dentro de su sociedad, debido a que es muy importante tener una buena relación con las personas que nos rodean, en especial con los miembros de la familia ya que con ellos nos unen sentimientos y permanecemos más tiempo con ellos, la misma como base de la sociedad es el lugar donde nuestras relaciones interpersonales deberían ser más satisfactorias, ya que sería imposible establecer buenas relaciones con nuestros amigos, compañeros de trabajo, si no hay un ambiente sano en nuestra familia. "Según Back, la familia proyecta al individuo en el tiempo, se vincula con sus antepasados y sus sucesores, y así construye un marco en el cual se pueden expresar fuertes emociones, positivas y negativas".³

Ahora bien para la sociedad, es muy importante la unión familiar, ya que es considerada la base de la misma, es la que constituye en el ser humano una forma de identidad, el saber de donde viene la persona y el conocer quienes son sus familiares. La condición y la dinámica de la familia en ocasiones influyen a que se desarrollen diferentes trastornos entre los cuales están los de la alimentación como lo es la anorexia, y por lo tanto resulta esencial lograr una reestructuración de ese ambiente donde se desarrollan las adolescentes. "Por lo tanto la familia juega en todo esto un papel esencial. Así que la primera fase de ayuda a la persona anoréxica es conocer su dinámica familiar para poder empezar a generar cambios desde adentro y que se reflejen en el miembro afectado".⁴

² Martín, Baró Ignacio. "SISTEMA, GRUPO Y PODER". Talleres Gráficos UCA, El Salvador, 1989, Pág. 239.

³ Ibid. Pág. 235.

⁴ González, José Francisco. "ANOREXIA, SUPERAR LOS PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN". Edimat Libros, S. A. Madrid-España, 2003. Pág. 109.

3 Familia Disfuncional: las "familias disfuncionales" se componen de personas que habitualmente sienten que no pueden aspirar a más, cuyas personalidades parecen inhibidas, empequeñecidas o subdesarrolladas. En estas familias la comunicación suele ser deficiente, inexistente o se expresa mediante comportamientos destructivos o violentos. Es una que funciona de manera limitada o anormal, en donde cada uno de los miembros aunque viven bajo el mismo techo; entran y salen por la misma puerta, y actúan ya sea pasiva o activamente, contribuyen a que cada la familia se llene de diferentes cargas emocionales y psicológicas que los van desgastando y debilitando, dirigiéndolos evidentemente a manifestar diferentes trastornos. Una familia disfuncional, regularmente proviene también de una familia enferma que va transmitiendo ciertas características de generación en generación. "Casi la mayor parte de las familias manejan patrones enfermos, debido a factores históricos, culturales y sociales, y las consecuencias afectan no sólo a los miembros de ellas, sino a la sociedad en general".⁵

Si la familia juega un papel esencial en el desarrollo de cada individuo que la conforma, es el núcleo fundamental de la comunicación afectiva, y si este mismo no se ha desenvuelto de una forma adecuada conlleva a que surjan varios conflictos que dañan ya sea temporal o permanentemente su dinámica familiar. En primer lugar, si alguien no ve que tiene un problema dentro de su hogar difícilmente va a iniciar por sí mismo un proceso de solución. La familia suele estar implicada directa o indirectamente en las causas de la aparición de conflictos psicológicos, como en el desarrollo de algún proceso psicopatológico, dentro de los cuales podríamos mencionar varios trastornos de la alimentación, pero esta investigación se dedicó a analizar como la familia disfuncional puede ser un factor que influya a que, algún miembro de la misma padezca un trastorno de anorexia.

⁵ Familia, y Familia Disfuncional. "FAMILIA, Y FAMILIA DISFUNCIONAL". www.teletica.com/archivo/buendia/semanal/familia-disfuncional.

Si una familia bien adaptada se define como aquella en la que sus miembros disfrutan de una buena salud física, mental, emocional y espiritual, la familia disfuncional se reconoce por las características opuestas. Mientras que una familia sana es capaz de crear un ambiente seguro y estable, mediante el empleo de una variedad de estrategias de comportamiento, la familia disfuncional muestra pautas de comportamiento rígidas o incuestionables. Los problemas pueden surgir por temas relacionados con el trabajo, por los reveses económicos o por el traslado familiar, todo lo cual ejerce influencias "externas". "Entre los seres humanos, unirse para "coexistir" suele significar alguna formas de apoyo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, y de la dinámica de la misma dependerá el terapeuta en la obtención de las metas terapéuticas".⁶

"La familia debe ser orientada e introducida como un elemento muy importante del proceso. Porque se corre mucho peligro de que los familiares tomen por si mismos iniciativas terapéuticas, que según su opinión son la causa directa del problema de la anorexia, pues el anoréxico presenta muchas veces un cuadro de reacciones negativas hacia el medio familiar".⁷ Ya que es necesario realizar una planificación terapéutica para brindar un apoyo adicional a la familia.

Una familia sana no ignora un problema cuando surge y es consciente de cualquier sentimiento expresado o un conflicto no resuelto. Ahora bien debido a que en muchos casos donde en las familias hay algún tipo de disfunción Lo primero que se debe realizar es una inspección de los aspectos básicos de la estructura de cada familia que asiste a terapia. "El terapeuta se forma una idea sobre cierta familia tras una primera inspección de ciertos aspectos básicos de su estructura.

⁶ Minuchin, Salvador y H. Charles Fishman. "TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR". Paidós. España, 2002. Pág. 25.

⁷ González, José Francisco. "ANOREXIA, SUPERAR LOS PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN". Edimat Libros, S. A. Madrid-España, 2003. Pág. 102.

Con elementos simples se dan diferentes organizaciones familiares”.⁸ Entre las cuales las circunstancias en que se manejen en sus hogares pueden ser funcionales o disfuncionales. Como se menciono anteriormente la familia juega un papel importante ya que las adolescentes se desarrollan y toman caminos que según ellas son los más adecuados a las circunstancias en que viven.

Cabe mencionar que entre las familias disfuncionales que mas sobresalieron en la investigación se encontraron casos tales como: divorcios o separaciones, ausencia del padre o la madre por trabajo, violencia intrafamiliar, mala relación con el padre o la madre, mala comunicación, perfeccionismo, materialismo, roles invertidos.

⁸ Minuchin, Salvador y H. Charles Fishman. “TÈCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR”. Paidós. España, 2002. Pág. 63.

PREMISAS.

- ❖ La familia disfuncional es aquella en la cual su funcionamiento es muy limitado y anormal y por lo tanto no satisface las necesidades básicas de los miembros que la conforman.
- ❖ La familia juega un papel esencial en el desarrollo de cada individuo que la conforma, proporcionando adecuadamente la comunicación efectiva, la expresión afectiva y el sentido de pertenencia.
- ❖ La dinámica familiar que no satisface las expectativas de las adolescentes incide en el desarrollo del trastorno de la alimentación.
- ❖ La participación de la familia juega un papel esencial en el tratamiento y recuperación de la adolescente que padece el trastorno de anorexia. Por medio de la terapia familiar.
- ❖ La anorexia es uno de los trastornos de alimentación actuales que se considerada una enfermedad con carácter de epidemia. Porque consiste en
- ❖ un esfuerzo irracional por perder peso corporal al extremo de suspender casi por completo la ingesta de alimentos. Y su principal población afectada son adolescentes, del sexo femenino.
- ❖ La anorexia durante la adolescencia, es un fenómeno que es adoptado como un estilo de vida, y si no se presta la debida atención a tiempo, puede ser un suceso lamentable.
- ❖ Al padecer anorexia, la autoimagen de la mujer se va distorsionando por factores predominantemente psicológicos.

HIPÓTESIS.

La investigación teórica del tema de la anorexia sirvió como base para realizar el estudio de: “las familias disfuncionales y su relación con el desarrollo de la anorexia”.

Por lo que se establecieron las siguientes variables con sus indicadores, para así definir el proceso investigativo realizado:

Variable Independiente: las familias disfuncionales. Para la comprensión de la investigación se entiende por **Familia Disfuncional:** a una que funciona de manera limitada o anormal, en donde cada uno de los miembros aunque viven bajo el mismo techo; entran y salen por la misma puerta, y actúan ya sea pasiva o activamente, contribuyen a que la familia se llene de diferentes cargas emocionales y psicológicas que la van desgastando y debilitando, dirigiéndola evidentemente a manifestar diferentes trastornos. Una familia disfuncional, regularmente proviene también de una familia enferma que va transmitiendo ciertas características de generación en generación. **Indicadores:** divorcio o separación, infidelidad, ausencia del padre o la madre por trabajo, violencia intrafamiliar, mala relación con el padre o la madre, mala comunicación, perfeccionismo, materialismo, importancia a la apariencia física de las personas, roles invertidos (en casos de ausencia de uno de los padres en el periodo de divorcio o separación.)

Variable Dependiente: la anorexia en adolescentes. Para la comprensión de la investigación se entiende por **Anorexia:** según su etimología “falta de apetito”. Es uno de los trastornos de alimentación y es considerada una enfermedad con carácter de epidemia. Consiste en un esfuerzo irracional por perder peso corporal al extremo de suspender casi por completo la ingesta de alimentos. Su principal población afectada son adolescentes, del sexo femenino. **Indicadores:** ansiedad, aislamiento, depresión, baja autoestima, culpabilidad, pensamientos obsesivos, sustitución de alimentos, control de peso y medidas, distorsión de la percepción, negación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Selección De La Muestra.

Fue aleatoria, los requisitos necesarios fueron: mujeres adolescentes, de 12 a 20 años, situación socioeconómica de nivel medio-alto y alto, diagnosticadas como anoréxicas. La investigación se realizó en el departamento de psicología de la Fundación para la Juventud y la Familia - Juvenfami. Para obtener la información, realizamos reuniones con psicólogos de la fundación, así como con las familias y las adolescentes que presentaban el problema.

Instrumentos De Recolección De Datos.

Los instrumentos que se utilizaron fueron encuestas hechas por nosotras mismas, y Tests proyectivos. Los cuales permitieron obtener una mejor información.

- ❖ **Encuesta Semiestructurada:** fue la que determinó la presencia y frecuencia con la que se dieron los indicadores, en la población, y se orientó de acuerdo a la hipótesis formulada, para poder hacer comparaciones con los Tests. La implementación de la encuesta implicó la realización de una prueba piloto que permitió la recopilación de los indicadores.¹³

- ❖ **Prueba Piloto:** esta técnica recopiló y validó los indicadores en grupos determinados, con el fin de incluirlos en la elaboración de la encuesta semiestructurada.¹⁴

¹³ Ver anexo No. 1, Pág. 49-52.

¹⁴ Ver anexo No. 2, Pág. 53-54.

- ❖ **Test De La Figura Humana De Machover:** test proyectivo, que evaluó la personalidad, actitudes y formas de pensar. El Test consiste en la proyección de cualidades de las personas, refleja convivencia y defectos de la personalidad, refleja el yo. La forma de administración fue individual, cara a cara. Los materiales que se emplearon fueron dos hojas de papel bond blancas tamaño carta, un lápiz Mongol número dos, una hoja para las anotaciones de la conducta observada, y dos encuestas que indagaron sobre el contenido del los dibujos realializados.¹⁵
- ❖ **Test De La Familia De Louis Corman:** test proyectivo, que evaluó la dinámica familiar, conflictos edípicos o de rivalidad fraterna y el desarrollo mental. La diferencia de este Test con el de la Figura Humana es que éste percibe las relaciones entre la familia, y permite que se proyecte al exterior las tendencias reprimidas en el inconsciente y así revelar los verdaderos sentimientos que profesa a los suyos. El mismo ocupa un lugar significativo por la facilidad de su aplicación, así como por la rapidez de su interpretación. Su administración fue individual cara a cara, los materiales que se emplearon fueron una hoja de papel bond blanca, tamaño carta, un lápiz Mongol número dos, y una encuesta que permitió indagar sobre el contenido del dibujo realizado.¹⁶

Técnicas y Procedimientos De Trabajo.

En la realización de la investigación se tomaron en cuenta algunas técnicas de trabajo para poder enfocar mejor los procedimientos del mismo.

Una de las técnicas claves fue la **observación** ya que la misma se manejó durante todo el proceso del estudio, permitiendo la recopilación de información no plasmada en la aplicación de los Test y las encuestas, la misma se utilizó de forma

¹⁵ Ver anexo No. 3, Pág. 55-56.

¹⁶ Ver anexo No. 4, Pág. 57.

directa, permitió identificar las conductas de las pacientes y de sus familiares en todo el proceso de la investigación, ya que fue una fuente de información básica y fundamental para la realización de la prueba piloto.

Los procedimientos implementados durante la investigación constituyeron en:

- ❖ Realización de sesiones de apoyo a las familias y a las adolescentes de la Fundación, ya que por el incremento de casos de adolescentes que padecen anorexia, fue necesario ayudar en una forma más directa a esta población para poder sobrellevar este trastorno, asimismo poder ampliar más la información sobre cómo la dinámica familiar incide en el desarrollo del trastorno de anorexia.
- ❖ Las sesiones de apoyo que se brindaron a las familias y a las adolescentes, se desarrollaron en un tiempo determinado de 45 a 60 minutos cada una, en un tiempo específico de una cita al mes con cada familia y con las adolescentes, esto realizado en la Fundación para la Juventud y la Familia - Juvenfami. Las mismas permitieron la recopilación de los indicadores que fueron los que estructuraron la base de la prueba piloto y que de la misma se obtuvo una lista que permitió la realización de las encuestas semiestructuradas, que se aplicaron con cada integrante de esta investigación.
- ❖ A su vez se combinó todo el proceso con un tratamiento dirigido por los Psicólogos de la Fundación, basado en la terapia familiar.
- ❖ Se realizó la prueba piloto de la encuestas con el firme propósito de validar los instrumentos realizados, ya que permitió una mejor abstracción de información que guió de una manera más segura la elaboración de la calidad de preguntas que se aplicaron en las encuestas.

- ❖ Las familias y las adolescentes siguieron siempre en sus terapias regulares con los Psicólogos de la Fundación, una vez a la semana. La población participante en el estudio se constituyó de diez mujeres adolescentes entre las edades de 12 a 20, solteras, estudiantes, procedentes de la capital, con un nivel socioeconómico alto y medio-alto. También se contó con sus padres en todo momento.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

En la investigación realizada se combinó lo cualitativo y lo cuantitativo para un mejor análisis representado en tablas, tomando como fuente las encuestas semiestructuradas, los resultados del Test de la Familia – Test de la Figura Humana, estudio de casos e historias clínicas.

A continuación se muestra en la tabla No. 1 los resultados obtenidos en las encuestas, realizadas a los padres de las adolescentes que padecen anorexia, basada en la variable independiente. Las mismas indagaron los diez factores considerados indicadores de la disfunción familiar.

Tabla No. 1.

**Indicadores De Familia Disfuncional,
Según La Encuesta Semiestructurada.**

Indicadores De Variable Independiente.	Si	No
Divorcio o Separación	8	2
Infidelidad	3	7
Ausencia del padre o la madre por trabajo	6	4
Violencia intrafamiliar	5	5
Mala relación con el padre o la madre	8	2
Mala comunicación	8	2
Perfeccionismo	9	1
Materialismo	7	3
Importancia a la apariencia física de las personas	2	8
Roles invertidos	8	2

FUENTE: padres de adolescentes que padecen anorexia.

Como se puede observar en la tabla No. 1: ocho de cada diez padres de familia entrevistados han atravesado un proceso de *divorcio o separación*, también tres de cada diez padres de familia atravesaron algún tipo de *infidelidad*, de los cuales sus hijas estuvieron enteradas, de igual forma seis de cada diez padres de familia afirmaron que en sus hogares prevalecía la *ausencia del padre o la madre por trabajo*, creando la misma una ausencia de dedicación de tiempo y afecto a sus hijas, además cinco de cada diez padres de familia reconocieron que en su hogar ha habido algún tipo de *violencia intrafamiliar*, ya fuera física, psicológica o verbal, igualmente ocho de cada diez padres de familia confirmaron que existe una *mala relación del padre o la madre* con sus hijas, de la misma manera ocho de cada diez padres de familia consideran que tienen una *mala comunicación* con sus hijas, asimismo nueve de cada diez padres de familia consideran ser *perfeccionistas* con sus hijas, debido a que les exigen mucho de si mismas, quieren que ellas sean las mejores porque así debe ser, así como también siete de cada diez creen ser *materialistas*, debido a que suplen el afecto y tiempo gratificando a sus hijas con sus regalos, además dos de cada diez padres de familia entrevistados le dan *importancia a la apariencia física de las personas*, debido a que consideran que es importante que sus hijas se vean delgadas, y ocho de cada diez cumplieron *roles invertidos*, debido a que durante el proceso de divorcio o separación, la madre cumplió con rol de padre y a la vez su rol y viceversa.

Cabe destacar que los indicadores de las familias disfuncionales más sobresalientes de la investigación fueron: el perfeccionismo de los padres hacia sus hijas, los divorcios o separaciones, los roles invertidos, la mala comunicación, la mala relación con el padre o la madre, el materialismo, y la ausencia de los padres por trabajo.

En la tabla No. 2 se muestran los resultados obtenidos en los diez Tests de la familia de Louis Corman, aplicados a las adolescentes que padecen anorexia, acompañados de los indicadores de familia disfuncional.

Tabla No. 2.

**Indicadores Emocionales,
Según El Test De La Familia De Louis Corman.**

Indicadores De Familia Disfuncional.	Si	No
Detalle en algún integrante, ritmo de trazo. (Perfeccionismo.)	8	2
Detalle de los padres. (Importancia a la apariencia física.)	3	7
Más líneas que curvas, familia racional. (Materialismo.)	8	2
Dibujarse con ropa contraria a su sexo o bien dibujarse con el sexo contrario al propio, o no dibujar a uno de los padres. (Roles invertidos, mala comunicación y ausencia del padre o la madre por trabajo.)	7	3
Dibujar una proyección que no existe, dibujar un formato de hogar donde los padres están juntos, siendo esto todo lo contrario. (Mala relación con el padre o la madre, divorcio o separación e infidelidad.)	8	2
Fuerza en el trazo, plano grafico. (Violencia intrafamiliar.)	6	4

FUENTE: adolescentes que padecen anorexia.

En la tabla No. 2 se observó que: ocho de cada diez mujeres adolescentes entrevistadas proyectaron que en su familia perciben *perfeccionismo*, también tres de cada diez adolescentes proyectaron que en su familia perciben que si le dan *importancia a la apariencia física de las personas*, asimismo ocho de cada diez adolescentes proyectaron que en su familia perciben que hay *materialismo*, además siete de cada diez adolescentes proyectaron que en su familia perciben *roles invertidos, mala comunicación, ausencia del padre o la madre por trabajo*, igualmente ocho de cada diez

adolescentes proyectaron que en su familia perciben que hay *mala relación con el padre o la madre, infidelidades y divorcio o separación*, y seis de cada diez mujeres adolescentes entrevistadas proyectaron que en su familia perciben *violencia intrafamiliar*.

Los indicadores de los Tests de la Familia de Louis Corman más sobresalientes de la investigación fueron: mala relación con el padre o la madre, divorcio o separación, infidelidad, perfeccionismo, materialismo, roles invertidos, mala comunicación y ausencia del padre o la madre por trabajo.

Ahora bien en la tabla No. 3 se podrán observar los resultados obtenidos de las encuestas semiestructuradas, aplicadas a las adolescentes participantes en el estudio, acompañadas de los indicadores de anorexia.

Tabla No. 3.
Indicadores De Anorexia,
Según La Encuesta Semiestructurada.

Indicadores De Variable Dependiente.	Si	No
Ansiedad	8	2
Aislamiento	7	3
Depresión	8	2
Baja autoestima	8	2
Culpabilidad	6	4
Pensamientos obsesivos	8	2
Sustitución de alimentos	6	4
Control de peso y medidas	9	1
Distorsión de la percepción	6	4
Negación	7	3

FUENTE: adolescentes que padecen anorexia.

Se pudo observar en la tabla No. 3 que: ocho de cada diez mujeres adolescentes que padecen anorexia, entrevistadas se sienten *ansiosas*, la mayor parte del tiempo ya que están pensando constantemente en cómo hacer para no comer, al igual que siete de cada diez adolescentes prefieren el *aislamiento*, ha estar en lugares donde haya mucha gente, también ocho de cada diez adolescentes se sienten *deprimidas*, la mayor parte del tiempo ya que su estado de ánimo es bajo, igualmente ocho de cada diez adolescentes presentan *baja autoestima*, porque se sienten inconformes consigo mismas, asimismo seis de cada diez adolescentes sienten *culpabilidad*, en las pocas ocasiones que comen, ya que siempre tienen fijo en su mente que esa mínima cantidad de comida las va a engordar, a su vez también ocho de cada diez adolescentes tiene *pensamientos obsesivos*, porque siempre están pensando en bajar de peso haciendo mucho ejercicio y controlan las calorías de lo poco que comen, además seis de cada diez adolescentes *sustituyen los alimentos*, ricos en calorías por comida de dieta, así como nueve de cada diez adolescentes *controlan su peso y medidas*, diariamente para constatar que no han subido de peso, también seis de cada diez adolescentes tienen una *distorsión de la percepción* de si mismas, ya que ellas creen verse gordas a pesar que las personas les dicen totalmente lo contrario, y siete de cada diez adolescentes *niegan* que la anorexia sea un trastorno que les provoque consecuencias a largo plazo, ya que cuando les dicen constantemente que coman ellas dicen estar satisfechas y que ya comieron, siendo esto falso.

Se destacan a continuación los indicadores de las adolescentes que padecen anorexia, más sobresalientes de la investigación: el control de peso y medidas, los pensamientos obsesivos, la baja autoestima, la depresión, ansiedad, aislamiento y negación.

Por último en la tabla No. 4 se muestran los resultados obtenidos en los diez Tests de la figura humana de Machover, aplicados a las adolescentes de dicho estudio, acompañados de los indicadores de anorexia.

Tabla No. 4.

**Indicadores Emocionales,
Según El Test De La Figura Humana de Machover.**

Indicadores De Anorexia.	Si	No
Cabeza pequeña, boca acentuada, piernas y pies pequeños. (Depresión.)	7	3
Manos y brazos ocultos u omitidos, bolsillos grandes, dibujar de ultimo. (Culpabilidad.)	5	5
Tronco estrecho en el dibujo de su propio sexo, articulaciones detalladas, integración pobre. (Distorsión de la percepción.)	6	4
Integración pobre. (Negación.)	5	5
Rostro dibujado de ultimo, tipo de línea contorno de la figura claro y definido o la línea remarcada – reforzada. (Aislamiento.)	8	2
Exceso de simetría en el dibujo. (Pensamientos obsesivos.)	8	2
Posición la mitad inferior lado izquierdo, dibujo pequeño. (Baja autoestima.)	7	3
Borraduras y sombreados, trazo de líneas redondeadas e indecisas. (Ansiedad.)	8	2
Borraduras y sombreados. (Control de peso – Supresión de los alimentos.)	9	1

FUENTE: adolescentes que padecen anorexia.

Como se puede observar en la tabla No. 4: siete de cada diez mujeres adolescentes entrevistadas proyectaron *depresión*, también cinco de cada diez adolescentes proyectaron *culpabilidad*, así como seis de cada diez adolescentes proyectaron una *distorsión de su percepción*, además cinco de cada diez adolescentes proyectaron *negación*, igualmente ocho de cada diez adolescentes proyectaron *aislamiento*, asimismo ocho de cada diez adolescentes proyectaron *pensamientos obsesivos*, del mismo modo siete de cada diez adolescentes

proyectaron una *baja autoestima*, así como también ocho de cada diez adolescentes proyectaron *ansiedad*, y nueve de cada diez adolescentes proyectaron *control de peso y supresión de los alimentos*.

Para finalizar cabe recalcar que los indicadores de los Tests de la Figura humana de Machover más sobresalientes de la investigación fueron: control de peso, supresión de los alimentos, ansiedad, pensamientos obsesivos, aislamiento, depresión, baja autoestima.

Seguidamente una breve síntesis de los diez casos de las adolescentes que padecen anorexia, que participaron en la investigación. Se tomó como base principal aspectos generales, motivo de consulta y la historia familiar de cada una.

Caso No. 1

P. N. C. D. mujer de doce años de edad, soltera, religión evangélica, reside en la capital, cursa 6to. Primaria, nivel socioeconómico medio-alto.

Los padres de P. N. C. D. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de un año, su hija ha presentado los siguientes síntomas: apatía, mal humor, desmotivación, negatividad, come menos cada día, no duerme bien, se levanta cansada, no quiere ir al colegio, hace ejercicios a pesar de que está débil, rara vez dice tener hambre.

La estructura familiar de P. N. C. D. está comprendida por: papá, mamá, un hermano mayor, paciente y una hermana menor.

P. N. C. D. refiere que la relación con su madre es mala, ya que es muy exigente, rígida, no es muy expresiva, es perfeccionista, aprensiva y sobreprotectora. Refirió que la relación con su padre es buena, él es amoroso, atento, tiene paciencia,

su carácter es fuerte, en ocasiones se mantiene de mal humor, es pesimista, trabaja mucho y es responsable. La relación afectiva que tiene con su hermano mayor y con la hermana menor es mala. P. N. C. D. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 2

C. A. C. P. mujer de doce años de edad, soltera, de religión evangélica, reside en la capital, cursa 6to. Primaria, nivel socioeconómico medio-alto.

Los padres de C. A. C. P. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de ocho meses, su hija ha presentado los siguientes síntomas: se pesa todos los días, come poco, se mira mucho al espejo, su menstruación es irregular, tiene tendencia al sobrepeso y no le gusta su apariencia personal.

La estructura familiar de C. A. C. P. está comprendida por: mamá, papá y paciente.

C. A. C. P. refiere que la relación con su madre es mala, ya que no le demuestra cariño, es dominante, perfeccionista, critica mucho a las personas gordas, le da mucha importancia a las cosas materiales, le da regalos porque trabaja mucho. Refirió que la relación con su padre es buena, trabaja mucho, es perfeccionista y no es cariñoso. C. A. C. P. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 3

X. J. P. mujer de doce años de edad, soltera, de religión católica, reside en la capital, cursa 6to. Primaria, nivel socioeconómico medio alto.

Los padres de X. J. P. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de seis meses, su hija ha presentado los siguientes síntomas: se le ve cansada, no tiene hambre y cuando come es muy poco, siempre está sola, se le ve triste, se distrae haciendo ejercicios en las tardes.

La estructura familiar de X. J. P. está comprendida por: papá, mamá y paciente.

X. J. P. refiere que la relación con su madre es mala, ya que ella se mantiene muy irritable, no es flexible, es una desconsiderada, es un poco tolerante con ella, no le demuestra su afecto, es perfeccionista y dominante, trabaja todo el día. Refirió que la relación con su padre es buena, él es más débil de carácter que la mamá, por su condición (minusválido), él ahora vive con su mamá, lo ve poco y cuando lo ve le da muchos regalos. X. J. P. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 4

A. M. G. G. mujer de catorce años de edad, de religión cristiana, reside en la capital, cursa 1ero. Básico, nivel socioeconómico medio-alto.

Los padres de A. M. G. G. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de siete meses y medio, su hija ha presentado los siguientes síntomas: come poco y dice que ya está satisfecha, se mantiene nerviosa y ansiosa, su rendimiento académico ha bajado demasiado y por lo mismo la cambiaron de colegio, la ven cansada, triste, desmotivada, se irrita con facilidad, se enoja constantemente.

La estructura familiar de A. M. G. G. está comprendida por: mamá, papá, paciente y un hermano menor.

A. M. G. G. refiere que la relación con su madre es buena, ella es alegre, responsable, trabajadora, la quiere mucho, le da regalos cada vez que puede y a su hermano también, es buena madre, su carácter es fuerte. Refirió que la relación con su padre es mala, él se irrita con facilidad, es poco cariñoso, es irresponsable, es perfeccionista, trabaja mucho y por lo mismo nunca está en la casa. La relación afectiva que tiene con su hermano es buena, él es cariñoso, no es muy responsable y es alegre". A. M. G. G. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 5

A. P. C. T. mujer de quince años de edad, soltera, de religión cristiana, reside en la capital, cursa 4to. Bachillerato, nivel socioeconómico alto.

Los padres de A. P. C. T. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de seis meses y medio, su hija ha presentado los siguientes síntomas: no le gusta hacer caso cuando se le dan ordenes, no le gusta comer en grandes cantidades porque dice que se engorda mucho y se siente culpable cuando lo hace, le gusta estar sola, se enoja con facilidad, es muy cuidadosa con sus cosas, hace demasiado ejercicio, no duerme muy bien, se levanta cansada. Los padres de A. P. C. T. refirieron: que ella se cortó las venas en una ocasión y tiene muy mal carácter.

La estructura familiar de A. P. C. T. está comprendida por: mamá, papá, un hermano mayor, paciente y un hermano menor.

A. P. C. T. refiere que la relación con su madre es mala, ya que ella es muy obsesiva, es fanática de la limpieza, es muy aprensiva, perfeccionista, es exigente en todo. Refirió que la relación con su padre es buena, a él le gustan mucho las

mujeres, es cariñoso, amable, alegre, trabaja mucho, le vive dando regalos cada vez que puede. La relación afectiva con sus hermanos es buena. A. P. C. T. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 6

G. A. H. S. mujer de quince años de edad, soltera, de religión cristiana, reside en la capital, cursa 3ero. Básico, nivel socioeconómico alto.

Los padres de G. A. H. S. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de un año, su hija ha presentado los siguientes síntomas: vomita lo poco que come todos los días, se ve mucho en el espejo; varias veces al día, se pesa constantemente (seis veces al día), su menstruación es muy irregular.

La estructura familiar de G. A. H. S. está comprendida por: mamá, una hermana mayor, paciente y una hermana menor.

G. A. H. S. refiere que la relación con su madre es mala, es orgullosa, exigente, no es cariñosa, es perfeccionista, es muy materialista, trabaja mucho casi no la mira, es detallista siempre le da regalos, la presiona para que esté delgada. Refirió que la relación con su padre es buena, él es trabajador como su mamá, es estricto, tenaz, cariñoso, es buen papá, es perfeccionista, es detallista como su mamá. La relación afectiva con sus hermanos es buena. G. A. H. S. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 7

S. E. Z. mujer de diecisiete años de edad, soltera, de religión cristiana, reside en la capital, cursa 4to. Bachillerato, nivel socioeconómico alto.

Los padres de S. E. Z. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de un año, su hija ha presentado los siguientes síntomas: es apática, le gusta lo material, es inteligente, es irresponsable, es rebelde, es susceptible, es contestona, se siente gorda, se pesa mucho, en ocasiones ella considera que no vale nada y pretende ser mala persona.

La estructura familiar de S. E. Z. está comprendida por: mamá, papá, una hermana mayor y paciente.

S. E. Z. refiere que la relación con su madre es mala, ya que es una persona enojada, es perfeccionista, gratifica mucho dándole muchos regalos, no es cariñosa, trabaja con su esposo en ventas, es muy exigente. Refirió que la relación con su padre es buena, él es responsable, triunfador, es enojado, es muy sensible, es gratificador también dándole muchos regalos, es cariñoso, es mujeriego. La relación afectiva con su hermana no es muy buena. S. E. Z. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 8

I. L. H. G. mujer de veinte años de edad, soltera, de religión evangélica, reside en la capital, cursa 2do. Semestre de decoradora de interiores, nivel socioeconómico medio-alto.

Los padres de I. L. H. G. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de un año, su hija ha presentado los siguientes síntomas: es apática, se mantiene de mal humor, no duerme bien, se mira mucho en el espejo, se pesa todos los días, su menstruación se ha vuelto muy irregular. Los padres de I. L. H. G. la llevaron a la fundación por sufrir una convulsión, debido a que usó una droga para adelgazar; a la cual se hizo adicta y esto la llevo a perder su masa muscular.

La estructura familiar de I. L. H. G. está comprendida por: mamá, papá y paciente.

I. L. H. G. refiere que la relación con su madre es mala, es muy enojada, despreocupada, es perfeccionista, siente que le da mucha importancia a las cosas materiales, no es muy cariñosa, no es muy pendiente de su aspecto físico, trabaja mucho. Refirió que la relación con su padre es buena, con él si se lleva bien, él es ansioso y perfeccionista. I. L. H. G. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 9

M. A. C. mujer de veinte años de edad, soltera, de religión católica, reside en la capital, cursa el 2do. Semestre de derecho, nivel socioeconómico medio-alto.

Los padres de M. A. C. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de ocho meses, su hija ha presentado los siguientes síntomas: controla mucho su peso, come poco, se mira mucho al espejo, hace mucho ejercicio, también hace muchas dietas, es muy enojada, es perfeccionista, le da mucha importancia a lo material.

La estructura familiar de M. A. C. está comprendida por: mamá, papá, paciente y un hermano menor.

M. A. C. refiere que la relación con su madre es buena, ella es sumisa, responsable, a veces le exige demasiado, se lleva bien con ella. Refirió que la relación con el padre es buena, él es responsable, se llevan bien, es cariñoso. La relación afectiva con su hermano es buena. G. A. H. S. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Caso No. 10

C. M. F. P. mujer de veinte años de edad, soltera, de religión evangélica, reside en la capital, cursa 2do. año de psicología, nivel socioeconómico medio-alto.

Los padres de C. M. F. P. asistieron a la fundación debido que notaron que desde hace más de nueve meses y medio, su hija ha presentado los siguientes síntomas: su estado de ánimo varía mucho la mayor parte del tiempo, se le ve triste, sin ganas de nada, no come bien y si come es muy poco para no subir de peso, duerme mucho, se le ve muy débil, hace bastante ejercicio.

La estructura familiar de C. M. F. P. está comprendida por: papá, mamá, paciente y dos hermanos menores.

C. M. F. P. refiere que la relación con su madre es buena, le ayuda en todo, es perfeccionista, le exige bastante, le ayuda a verse bonita, le controla lo que debe y no debe comer, su carácter es fuerte, le regala mucha ropa bonita, le da importancia a la apariencia física de las personas. Refirió que la relación con su padre es buena, él es muy cariñoso, trabaja bastante, no le dice nada de su peso, le da regalos, su carácter es tranquilo. La relación afectiva con sus hermanos es buena. C. M. F. P. está en tratamiento multidisciplinario en proceso de recuperación.

Análisis Global.

Con el interés de ampliar información sobre la estructura y dinámica familiar de jóvenes con diagnóstico de anorexia se implementaron un conjunto de procedimientos, técnicas e instrumentos que permitieron identificar a familias disfuncionales y su incidencia en el desarrollo de anorexia.

En las familias evaluadas se encontraron presentes los siguientes indicadores de familias disfuncionales: divorcios o separaciones, roles invertidos donde la madre asume el rol de padre o viceversa, ausencia del padre o la madre por trabajo o muerte, mala comunicación, mala relación interpersonal entre hijos y padres, materialismo, perfeccionismo.

Las características anteriores que estuvieron presentes en las familias evaluadas, son precisamente las que dan como resultado lo que entendemos como familia disfuncional, la cual funciona de manera limitada o anormal, en donde cada uno de los miembros aunque viven bajo el mismo techo; entran y salen por la misma puerta, y actúan ya sea pasiva o activamente, contribuyen a que la familia se llene de diferentes cargas emocionales y psicológicas que la van desgastando y debilitando, dirigiéndola evidentemente a manifestar diferentes trastornos.

La investigación se dedicó a especificar como la familia disfuncional si es un factor que influye a que, algún miembro de la misma desarrolle el trastorno de anorexia, como una manifestación de conflictos internos; presentes en sus historias de vida y dinámica familiar.

Dicho trastorno se manifiesta por los siguientes indicadores: ansiedad, depresión, control de peso, supresión de los alimentos, pensamientos obsesivos, aislamiento, baja autoestima. Etimológicamente anorexia se define como “falta de

apetito". Ya que es un trastorno de alimentación, considerado como una enfermedad con carácter de epidemia, debido a que consiste en un esfuerzo irracional por perder peso corporal al extremo de suspender casi por completo la ingesta de alimentos, su principal población afectada son las adolescentes. A menudo ellas presentan baja autoestima, lo cual indica que probablemente no fueron satisfechas adecuadamente las necesidades afectivas básicas como: sentido de pertenencia, seguridad, amor y un autoconcepto adecuado. Ya que las familias de estas adolescentes en la mayoría de los casos no mantienen una buena comunicación con sus hijas, llevándolas a un mal manejo de relaciones interpersonales, creando un ambiente inestable en sus hogares.

Cabe mencionar que algunos de estos padres les exigen mucho a sus hijas inconscientemente, debido a que son perfeccionistas, y como la mayor parte del tiempo trabajan no tiene mucho contacto afectivo con ellas, lo cual lo substituyen por medio de regalos. Ahora bien en los casos de las familias donde hay divorcios o separaciones, en algunas ocasiones la madre tenía que cumplir con el rol de padre o viceversa, creando que sus hijas no convivieran con ambos padres.

También los factores sociales como: las revistas, la televisión, la radio y los que promueven las modas juveniles, intervienen en que las adolescentes inconscientemente opten por el camino de la anorexia para lograr una figura perfecta y no sentirse rechazadas por la sociedad.

Y por lo tanto se fundamenta que una familia disfuncional si incide en el desarrollo del trastorno de anorexia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

1. La familia disfuncional sí incide en el desarrollo del trastorno de anorexia. Y por lo tanto la investigación realizada valida la hipótesis.
2. La anorexia no sólo consiste en suspender la ingesta de alimentos para no engordar, sino también es una manifestación de no gustarse ni aceptarse así mismas, esto debido en gran parte por el temor de no sentirse queridas por sus padres y por los demás.
3. El grupo más vulnerable a éste trastorno lo constituyen las mujeres adolescentes entre las edades de 12 a 20 años de edad, porque durante el proceso de investigación hasta la fecha se ha visto el incremento de casos de anorexia, principalmente en estas edades.
4. Las adolescentes que padecen anorexia tienen una percepción distorsionada de su imagen corporal, debido a que ellas se ven y se sienten gordas, a pesar de que su aspecto físico es todo lo contrario, manifestando así su problema a nivel psíquico.
5. Existen pocas investigaciones científicas que reúnen la suficiente información sobre la dinámica familiar y su relación con el desarrollo de la anorexia, debido a que es un tema que no ha sido explorado lo suficiente a nivel profesional y que requiere mayor atención.

RECOMENDACIONES.

1. Realizar más investigaciones sobre la relación entre la dinámica familiar y el desarrollo de la anorexia.
2. Concientizar a las familias sobre la importancia de tener una mejor dinámica familiar, como manera preventiva del desarrollo de la anorexia.
3. Que el tratamiento de la anorexia siempre incluya una terapia familiar.
4. También acompañar el proceso de recuperación con el tratamiento multidisciplinario el cual consiste de: un psicólogo, nutricionista y un médico internista.
5. Que los profesionales de la psicología utilicen los resultados obtenidos de esta investigación para realizar una mejor labor preventiva tanto con familias, como con pre-adolescentes y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ Anorexia. DEFINICIÓN DE LA ANOREXIA, HISTORIA, ANOREXIA NERVOSA PRIMARIA, ANOREXIA NERVOSA RESTRICTIVA, BULIMAREXIA, ANOREXIA NERVOSA SECUNDARIA.
www.obesidad.net/spanish2002/trans
- ❖ Anorexia. "HISTORIA DE LA ANOREXIA".
www.rincondelvago.com/anorexia
- ❖ Ajuriaguerra, J. de "MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL". Masson, Barcelona-España, 2001, pp. 984.
- ❖ Barón, Robert A. y Donn Byrne. "PSICOLOGÍA SOCIAL". Prentice Hall Librería, Madrid, 1998, pp. 717.
- ❖ Bee, Helen L. y Sandra K. Mitchell. "EL DESARROLLO DE LA PERSONA EN TODAS LAS ETAPAS DE SU VIDA". Harla, México, 1987, pp. 647.
- ❖ Biblioteca Práctica para Padres y Adolescentes. "PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL". Cultural, S. A., Madrid, 1992, pp. 207.
- ❖ Branden, Nathaniel. "LA PSICOLOGÍA DE LA AUTOESTIMA". Piados, España, 2000, pp. 376.
- ❖ Corman, Louis. "EL TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA EN LA PRACTICA MEDICO-PEDAGOGICA". Kapelusz, Buenos Aires, 1992, pp. 156.

- ❖ Familia, y Familia Disfuncional. “FAMILIA, Y FAMILIA DISFUNCIONAL”. www.teletica.com/archivo/buendia/semanal/familia-disfuncional.
- ❖ Feldman, Robert S. “PSICOLOGÍA CON APLICACIONES A LOS PAÍSES DE HABLA HISPANA”. McGraw-Hill, México, 1998, pp. 646.
- ❖ Fuente, Ramón de la. “LA PATOLOGÍA MENTAL Y SU TERAPÉUTICA”. Fondo de Cultura Económica, México, 1997, pp. 520.
- ❖ González, José Francisco. “ANOREXIA, SUPERAR LOS PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN”. Edimat Libros, S. A., Madrid-España, 2003, pp. 190.
- ❖ González Rey, Fernando Luis. “INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA”. Internacional Thomson Editores, México, 2000, pp. 123.
- ❖ Hernández Catalan, Thelma A. “COMPENDIO, TÉCNICAS PROYECTIVAS MENORES, TESTS GRAFICOS PARA PSICODIAGNOSTICO”. Primera edición, 1996, pp. 189.
- ❖ Hernández Sampieri, Roberto, ET. AL. “METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN”. McGraw-Hill, México, 1998, pp. 501.
- ❖ Horton, Paul B. y Chester L. Hunt. “SOCIOLOGÍA”. McGraw-Hill, México, 2000, pp. 606.
- ❖ Martín, Baró Ignacio. “SISTEMA, GRUPO Y PODER”. Talleres Gráficos UCA, El Salvador, 1989, pp. 391.

- ❖ Minuchin, Salvador y H. Charles Fishman. “TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR”. Piados, España, 2002, pp. 286.

- ❖ Papalia, Diane E. y Sally Wendkos Olds. “PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO”. McGraw-Hill, México, 1999, pp. 671.

- ❖ Roales-Nieto, Jesús Gil. “MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD”. Ediciones Némesis, S. L., España, 1998, pp. 189.

- ❖ Wicks-Nelson, Rita y Allen C. Israel. “PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”. Prentice Hall, Madrid, 1997, pp. 494.

- ❖ Woolfolk, Anita E. “PSICOLOGÍA EDUCATIVA”. Prentice Hall, México, 1999, pp. 662.

ANEXOS.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
 CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO, C. U. M.

No. _____

ENCUESTA.

Nombre: _____

Sexo: _____ No. De hijos: _____

Procedencia: _____ Nivel socioeconómico: _____

1. ¿Atravesó su hija que padece anorexia, alguna experiencia de separación o divorcio por parte de ustedes?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

2. ¿Su hija se entero o presencio algún tipo de infidelidad en ustedes como pareja?

SI _____ NO _____

¿DE QUIEN? _____

3. ¿Creen ustedes que como padre o madre le han dedicado poco tiempo y afecto a su hija?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

4. ¿En su relación matrimonial, se han presentado manifestaciones de violencia física, psicológica o verbal?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

5. ¿Cree que la relación que mantiene su hija con ambos padres es deficiente?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

6. ¿Cree que la comunicación entre usted y su hija ha sido limitada?

SI ____ NO ____
¿POR QUÉ? _____

7. ¿Considera ser un padre o una madre muy perfeccionista con su hija?

SI ____ NO ____
¿POR QUÉ? _____

8. ¿Cree usted que en lugar de afecto y tiempo ha llenado a su hija con cosas materiales?

SI ____ NO ____
¿POR QUÉ? _____

9. ¿Le da usted demasiada importancia a la apariencia física de las personas?

SI ____ NO ____
¿POR QUÉ? _____

10. ¿Ha tendido que cumplir la madre el rol de padre en el hogar, o viceversa?

SI ____ NO ____
¿POR QUÉ? _____

ENCUESTA REALIZADA POR: _____

FIRMA: _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO, C. U. M.

No. _____

ENCUESTA.

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: _____ Nivel socioeconómico: _____
Grado académico: _____

1. ¿Te sientes ansiosa la mayor parte del tiempo?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

2. ¿Prefieres estar sola la mayor parte del tiempo, en lugar de estar en grupo?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

3. ¿Sientes que tu estado de ánimo es bajo la mayor parte del tiempo?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

4. ¿Te sientes inconforme contigo misma?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

5. ¿Te sientes culpable siempre que comes?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ? _____

6. ¿Has tenido periodos en que haces mucho ejercicio y otros periodos donde controlas las calorías de todo lo que comes?

SI _____ NO _____
¿POR QUÉ? _____

7. ¿Sientes que los alimentos de dieta suplen mejor a la comida normal rica en calorías?

SI _____ NO _____
¿POR QUÉ? _____

8. ¿Te pesas o te mides diariamente?

SI _____ NO _____
¿POR QUÉ? _____

9. ¿Cuándo estas frente al espejo te ves gorda a pesar de que los demás te dicen que estas delgada?

SI _____ NO _____
¿POR QUÉ? _____

10. ¿Crees que la anorexia es un trastorno sin consecuencias a largo plazo?

SI _____ NO _____
¿POR QUÉ? _____

ENCUESTA REALIZADA POR: _____

FIRMA: _____

**PRUEBA PILOTO.
TALLER DE: FAMILIA SANA – FAMILIA NO SANA (DISFUNCIONAL),
Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO
DEL TRASTORNO DE ANOREXIA.**

TIEMPO	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDADES	RECURSOS
9:00 a 9:10	Establecer rapport entre los asistentes y las conductoras de la prueba piloto. Los gafetes nos permitirán identificarnos por nuestros nombres.	Hacer tres preguntas generales (nombre, edad, color favorito etc.) pasando la lana de una persona a otra, con el propósito de poder romper el hielo y así poder trabajar en un ambiente confortable, hacer gafetes en papel construcción.	Presentación, dinámica de la telaraña y elaboración de gafetes.	Humanos (padres, adolescentes, conductoras), lana, gafetes (cuadritos de papel construcción), marcadores.
9:10 a 9:50	Darles una introducción detallada de lo que es la anorexia y como la misma esta estrechamente relacionada con la dinámica familiar. También obtener información acerca de los factores relevantes que ellos han vivido en sus hogares y que consideran son los que han provocado el desarrollo de este trastorno en sus hijas, y así poder recolectar los indicadores para la encuesta semiestructurada.	Mostrar acetatos con información de lo que es la familia sana y la familia no sana (disfuncional.) Acetatos de síntomas y signos más comunes de la anorexia, para que tengan un enfoque más claro de todo lo que es, y de lo que conlleva este trastorno de la alimentación. Aclaración de dudas, y posteriormente una platica en la cual los padres de familia expresaran sus experiencias acerca de cómo han sobrellevado el trastorno de alimentación que padecen sus hijas.	Charla a los padres de familia de las mujeres adolescentes que padecen anorexia.	Humanos (padres, conductoras), sillas, retroproyector, acetatos.
9:50 a 10:00	Que las familias convivan unos con otros unos minutos.	En el salón e incluso en el corredor las familias y las adolescentes convivan unos con otros, para así compartir experiencias.	Receso.	Humanos (padres, adolescentes, conductoras.)
		52		

<p>10:00 a 10:50</p>	<p>Darles una introducción detallada de lo que es la anorexia y como la misma esta estrechamente relacionada con la dinámica familiar. También obtener información acerca de los factores relevantes que ellas han vivido en sus hogares y que consideran son los que han provocado el desarrollo este trastorno en ellas y así poder recolectar los indicadores para la encuesta semiestructurada.</p>	<p>Mostrar acetatos con información de los síntomas y signos más comunes de la anorexia, para que tengan un enfoque más claro de todo lo que es, y de lo que conlleva este trastorno de la alimentación. Acetatos de los es que la familia sana y la familia no sana (disfuncional.) Aclaración de dudas, y posteriormente una platica en la cual los adolescentes expresaran sus experiencias acerca de cómo han sobrellevado el trastorno de alimentación que padecen.</p>	<p>Charla a las mujeres adolescentes que padecen anorexia.</p>	<p>Humanos (adolescentes, conductoras), sillas, retroproyector, acetatos.</p>
<p>10:50 a 11:00</p>	<p>Agradecer la asistencia de las familias y de las adolescentes, por haber participado en el taller.</p>	<p>Reunir nuevamente a ambas partes para dar las gracias por su colaboración y participación en el taller.</p>	<p>Despedida y agradecimientos.</p>	<p>Humanos (padres, adolescentes, conductoras), sillas.</p>

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER.

Dib. No. 1.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____
FECHA DE APLICACIÓN: _____
EXAMINADOR: _____

EXPLICACIÓN VERBAL.

¿Qué está haciendo la figura? _____
¿Qué edad tiene? _____ ¿Es casado? _____
¿Tiene hijos? _____ ¿Con quien vive? _____
¿En que trabaja? _____
¿Qué ambiciones tiene? _____
¿Es elegante? _____ ¿Es fuerte? _____
¿Es sano o enfermizo? _____
¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Tiene preocupaciones? _____ ¿Cuáles? _____
¿Esta triste o feliz? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué es lo que más lo enoja? _____
¿Confía en las personas? _____
¿A quien le recuerda o se le parece la figura? _____
¿Quiere usted ser como ella? _____

EXAMINADOR: _____
(Complemento Test de la Figura Humana.)

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER.

Dib. No. 2.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
FEHCA DE NACIEMIENTO: _____ LUGAR: _____
FECHA DE APLICACIÓN: _____
EXAMINADOR: _____

EXPLICACIÓN VERBAL.

¿Qué está haciendo la figura? _____
¿Qué edad tiene? _____ ¿Es casado? _____
¿Tiene hijos? _____ ¿Con quien vive? _____
¿En que trabaja? _____
¿Qué ambiciones tiene? _____
¿Es elegante? _____ ¿Es fuerte? _____
¿Es sano o enfermizo? _____
¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Tiene preocupaciones? _____ ¿Cuáles? _____
¿Esta triste o feliz? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué es lo que más lo enoja? _____
¿Confía en las personas? _____
¿A quien le recuerda o se le parece la figura? _____
¿Quiere usted ser como ella? _____

EXAMINADOR: _____
(Complemento Test de la Figura Humana.)

**EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL TEST DE LA FAMILIA
DE LOUIS CORMAN.**

NOMBRE: _____ EDAD: _____
FEHCA DE NACIEMIENTO: _____ LUGAR: _____
FECHA DE APLICACIÓN: _____
EXAMINADOR: _____

EXPLICACIÓN VERBAL.

¿Quién es el más bueno de todos? _____
¿Por qué? _____

¿Quién es el menos bueno de todos? _____
¿Por qué? _____

¿Cuál es el más feliz? _____
¿Por qué? _____

¿Cuál es el menos feliz? _____
¿Por qué? _____

¿Y tú en esta familia, a quién prefieres? _____
¿Por qué? _____

Se irán a dar un paseo en carro, pero sólo cabe una persona. ¿Quién se queda?

¿Por qué? _____

EXAMINADOR: _____
(Complemento Test de la Figura Humana.)

RESUMEN.

La presente investigación "La Familia Disfuncional y Su Relación Con El Desarrollo De Anorexia". Se llevó a cabo en La Fundación para la Juventud y la Familia - Juvenfami.

El objetivo principal del proceso investigativo fue evidenciar y dar a conocer que la anorexia es un trastorno de alimentación, intrínsecamente relacionado con la dinámica familiar.

Para ello se utilizó una muestra de diez mujeres adolescentes, de 12 a 20 años, diagnosticadas con anorexia, acompañadas de sus padres, el proceso fue llevado a cabo en el departamento de psicología de dicha fundación, con la realización de sesiones de apoyo a las familias y a las adolescentes, desarrolladas en un tiempo determinado. Las mismas permitieron la recopilación de los indicadores que fueron los que estructuraron la base de la prueba piloto y que de la misma se obtuvo una lista que permitió la realización de las encuestas semiestructuradas, que se aplicaron con cada integrante de esta investigación, combinando lo cualitativo y lo cuantitativo para un mejor análisis representado en tablas, tomando como fuente las encuestas semiestructuradas, los resultados del Test de la Familia – Test de la Figura Humana, estudio de casos e historias clínicas.

La investigación sirvió como base teórica para la realización del estudio del tema y así poder tener más conocimiento de cómo las familias disfuncionales inciden a que una de sus hijas desarrolle anorexia.