

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES FAMILIA Y ADOLESCENCIA

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA

AUTORES: María Verónica Avalos Arias¹
Yanet Samada Grasst²DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: yanet.samada@gmail.com

Fecha de recepción: 5-9-2020

Fecha de aceptación: 29-9-2020

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es una de las etapas del desarrollo humano más complejas para el individuo. Los cambios que sufren los jóvenes pueden originar conflictos tanto internos como en el entorno; mezclándose en muchas ocasiones al proyectar una sensación de falta de sentido y ubicación junto a la presión social que existe; esto provoca que muchos trastornos de alimentación sean diagnosticados tarde. Las dinámicas familiares se tornan disfuncionales cuando los trastornos alimenticios son parte de un miembro de esta. Desde un abordaje de investigación mixta, con enfoque cualitativo, apoyado en el paradigma cuantitativo, el presente estudio plantea la influencia del funcionamiento familiar en los trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes, basado en una metodología descriptiva que responde a la realidad actual de las familias. Se aplicó el método cuasiexperimental para el trabajo con el inventario de trastornos de la conducta (EDI-2) y la prueba de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). Dentro de los principales resultados encontrados se demostró que los padres son los que más posibilidades tienen de ayudar porque suelen ser los que mejores conocen los patrones de sus hijos, por ser los más cercanos para detectar cualquier cambio que se produzca, en este caso en la alimentación y cómo las dinámicas familiares influyen en el cuadro clínico de los pacientes con trastornos alimenticios y pueden ser de un gran apoyo; aunque también el peso que les termine de hundir en caso de que no actúen de la forma más acertada.

PALABRAS CLAVE

Adolescente; trastornos alimenticios; familia; conducta; pacientes

FAMILY FUNCTIONING AND EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

¹ Estudiante de la Especialización en Orientación Familiar Integral del Instituto de Posgrado. Universidad Técnica de Manabí E-mail. maria.veronica.avalos@hotmail.com

² Docente de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Universidad Técnica de Manabí. E-mail yanet.samada@gmail.com

ABSTRACT

According to the World Health Organization, adolescence is one of the most complex stages of human development for the individual. The changes that young people undergo can cause conflicts both internally and in the environment; mixing on many occasions by projecting a sense of lack of meaning and location along with the social pressure that exists. This causes many eating disorders to be diagnosed late. Family dynamics become dysfunctional when eating disorders are part of a family member. From a mixed research approach, with a qualitative approach, supported by the quantitative paradigm, the present study raises the influence of family functioning in adolescent eating disorders, based on a descriptive methodology that responds to the current reality of adolescents, families. The quasi-experimental method was applied to work with the behavioral disorders inventory (EDI-2) and the Perception of family functioning test (FF-SIL). Among the main results found, it is shown that parents are the ones most likely to help because they are usually the ones who know the patterns of their children the best, as they are the closest to detect any changes that may occur, in this case in the diet and how family dynamics influence the clinical picture of patients with eating disorders and can be of great support; although also the weight that ends up sinking them in case they do not act in the most successful way.

KEYWORDS

Adolescent; eating disorders; family; conduct; patients

INTRODUCCIÓN

Definimos la familia como el núcleo donde el individuo crece y aprende los valores fundamentales para desenvolverse en la sociedad en la que está inmerso, no es una unidad estática, sino que también cambia, evoluciona y juega un papel fundamental en el desarrollo social de los adolescentes. La relación padres-hijos va a sentar las bases sobre la que se construirán los cimientos de los inmediatos y futuros comportamientos.

Del mismo modo, la manera en como los sistemas familiares están compuestos se encuentra influenciada por patrones de interacción, los cuales se han estructurado mediante una secuencia de estrategias, que se tornan en rutinas y tienen como resultado principios que se encargan de dirigir la vida familiar, es decir se convierten en reglas, las que se pueden entender como patrones repetitivos que se dan en la interacción y definen límites dentro de las conductas estructuradas y apropiadas en la familia, así también fulguran valores y roles que cada uno de los miembros representará (Sabatelli, 2002; Citado en García, Rivera, Reyes y Díaz, 2016).

Los trastornos alimentarios son patologías altamente frecuentes en la población adolescente, con repercusiones graves en la salud y dificultades en su abordaje terapéutico. Las familias tienden ser más disfuncionales que los controles y la

calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en su curso. Por distintas razones, los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos

Para que el adolescente se desarrolle de manera positiva y adquiera cierta autonomía, es aconsejable que los padres ofrezcan un ambiente que combine el afecto con la autonomía, mediante pautas de comunicación que favorezca la iniciativa propia, como por ejemplo, pedir la opinión del hijo, respetar su punto de vista, fomentar debates en los que se argumenten las opiniones siempre desde el respeto y la escucha activa. Sin embargo, el control parental en esta etapa es necesario, ya que muchos de los problemas surgidos en la adolescencia tienen su raíz en la falta de supervisión por parte de los padres.

Los trastornos alimenticios se han convertido en enfermedades emergentes y en ese sentido se han comenzado a elaborar investigaciones en torno a esta problemática bio-psico-social, en donde se encuentra incluida el entorno familiar. Según Maturana (2003); citado en Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo (2018) la anorexia nerviosa aparentemente ha tenido un alza en estadísticas alrededor del mundo. Estas enfermedades psicosomáticas como lo describen han figurado dentro de las problemáticas de salud crónicas como las más comunes en adolescentes, siendo su mortalidad la más alta dentro de los trastornos psiquiátricos. (Cruzat, et al., 2018)

Por otro lado la familia no es sólo la responsable de los trastornos de alimentación que sufren los adolescentes, la sociedad tiene una gran responsabilidad al presentar los somatotipos de moda que conllevan a los adolescentes a imitar a todo costo la “figura ideal”, propiciando cuando sienten que es inalcanzable una baja autoestima, especialmente cuando está relacionada con la imagen corporal; este puede ser el factor en el que se forjen necesidades y trastornos alimentarios.

En el 2003, Hoeken, Seidell y Hoek, realizaron estudios en países europeos, asiáticos y norte América, encontrando que la prevalencia de los trastornos alimenticios en adolescentes, para anorexia es de un 0.3 % y 1 % para bulimia nerviosa. (Cruzat, 2018) Asimismo, encontraron que las mujeres en particular entre 10 y 24 años presentan mayormente estos problemas de salud mental.

En el Ecuador, según el INEC hasta el 2017, los adolescentes abarcan el 39 % del total de la población total de niños y adolescentes (12 a 17 años). En región Costa se encuentran la mayor cantidad de niños y adolescentes (50 %).

Considerando la importancia e influencia del funcionamiento familiar en los adolescentes, se direccionó la investigación a los trastornos de conducta alimentaria en esta población vulnerable por considerarse enfermedades devastadoras; producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales, de la personalidad, disfunción familiar, una

posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual existe una construcción social sobre belleza y su relación con la delgadez, nos propusimos como objetivo en la presente investigación, analizar las relaciones entre la sintomatología psicológica de adolescentes entre 12 y 18 años con trastornos en la conducta alimentaria que acuden a la consulta de psicología en el Hospital de Especialidades en la ciudad de Portoviejo y los tipos de funcionamiento familiar que se presentan a partir de las dinámicas familiares.

La presente investigación aportó datos preliminares del problema objeto de estudio, siendo la familia responsable de construir la convivencia entre sus miembros en un proceso sistémico de intercambio, experiencias y vivencias en el cual se cimientan y consolidan lazos entre los miembros, permeado de intereses, afectos, actitudes y roles; formando alianzas, divergencias y tensiones.

DESARROLLO

Familia y funcionamiento familiar

La familia es el componente fundamental de toda sociedad, donde cada individuo, unido por lazos de sangre o afinidades logra proyectarse y desarrollarse. Es en este contexto familiar, que empieza desde la infancia y la convivencia propia, donde el hombre y la mujer adquirirán habilidades y valores que lo ayudarán a superarse y replicar estos principios al momento de conformar su propia familia. Los conocimientos aprendidos de sus padres y madres, y demás personas de su núcleo familiar, serán los modelos que necesitará la persona para fortalecer su identidad y las habilidades básicas de comunicación y relación con la sociedad. Los lazos creados serán también importantes en el desarrollo de su personalidad. Sus problemas pueden definirse como el desajuste de una estructura cuando uno o varios de los miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus responsabilidades y obligaciones. La problemática familiar se parece al desarrollo de la naturaleza, pues ésta presenta constantemente cambios.

Es en el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida. (Arenas, 2009) La familia es una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y se afirma, configura su personalidad y socializa a la persona, además de ello se le incorpora los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura.

La relación de los padres con sus hijos se considera determinante en el desarrollo de la identidad personal, social y autoestima del adolescente; misma que puede ser alta o baja según las circunstancias funcionales o no en que se desarrolló el adolescente. (Observatorio Social del Ecuador, 2018) Una autoestima alta se relaciona con una percepción menos negativa del estrés

cotidiano, y con poseer mejores afrontamientos de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas al fracaso, interpretando las experiencias negativas de un modo más funcional, lo cual constituye una respuesta aprendida en la familia cuyas características son mayoritariamente funcionales.

Desde un punto de vista psicosocial, las familias proporcionan apoyos sociales y emocionales que ayudan a sus miembros a afrontar las crisis, por ello se dice que las funciones reconocidas en forma más amplia y universales de la familia son el cuidado y entrenamiento que proporcionan los padres y otros miembros de la familia a sus pequeños. Los acontecimientos en los primeros años son importantes para el desarrollo social, emocional e intelectual del niño, es acertado pensar en la familia como un instrumento primario de socialización. (Arenas, 2009)

El funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia para resolver sus problemas en forma efectiva, ya que se sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de ambos miembros de la pareja. Estas sucesivas etapas por las que atraviesa habitualmente una familia ofrecen numerosos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros. (Meza, 2010)

Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares con la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales, enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

Las familias juegan un papel crucial en el desarrollo social ya que la responsabilidad principal de la educación y socialización de los hijos recae en ellos, así como de inculcar valores de ciudadanía y pertenencia a la sociedad; y que brindan asistencia y apoyo material y no material a sus miembros de la mejor manera posible. Existen varias definiciones que dan criterios acerca de la definición de la familia, este término ha sido considerado el espacio que permite a cada individuo el convivir crecer y compartir con otras personas, para ello resulta muy importante que exista un ambiente donde exista valores, normas, principios, esto sumado a las creencias y tradiciones hacen que se constituya una familia. (Oliva, 2015)

La familia es un sistema que está constituida por varias condiciones naturales y responden a las necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana. Es el eje fundamental de los procesos de identidad social e individual que los individuos mantienen durante su vida y son la base del tejido social que son la base del soporte cultural y económico de una sociedad. (Páez, 2015) El conocimiento obtenido de sus padres y madres, así

como de otros miembros de su núcleo familiar, se convertirá en modelos que una persona necesitará para fortalecer su identidad y sus habilidades básicas de comunicación y relaciones con la sociedad. Las conexiones creadas también serán importantes para el desarrollo de su personalidad.

Su importancia radica en el hecho de que es el primer círculo de comunicación humana; en el cual, sobre la base afectiva y formativa, el recién nacido, así como sus primeros conocimientos, salud, educación y vivienda, reciben protección, cuidado y afecto para que pueda crecer satisfactoriamente. Desde el comienzo de la teoría de sistemas, se ha subrayado el aspecto homeostático de los sistemas familiares. Esta situación coincide con la experiencia clínica con familias que tienden predominantemente a mantener el statu quo y a presentar una adaptabilidad estructural. (Cala, 2013) Esta rigidez estructural se acompaña de un alto nivel de patología y comportamiento sintomático en miembros de la familia considerados individualmente. Además, otros estudios indican que cuanto más grave es el problema familiar, más rígida es la resistencia al cambio.

El funcionamiento familiar se explica por los diferentes procesos de cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación dada. La familia no es un receptor pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Por lo tanto, todo tipo de estrés, ya sea causado por cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un niño, una muerte, etc.) o que provienen del extranjero (mudanzas, pérdida de trabajo, etc.) impacta en el sistema y en la familia. (Gallego, 2016) Frente a estos cambios, se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de interacciones y reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros.

El funcionamiento familiar se ha definido como ese conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Además, se refiere a la capacidad de la familia para mantener su sistema pese a eventos y amenazas (Gallego, 2016). El funcionamiento familiar se analiza con frecuencia en función de las tipologías familiares que permiten distinguir, con pocas dimensiones, los sistemas familiares que funcionan de manera muy diferente, tanto internamente como en relación con el exterior.

Familias funcionales: estas familias son un sistema que fomenta la socialización al brindar a sus miembros todo el apoyo, toda la regulación y todas las satisfacciones necesarias para su desarrollo personal y relacional. (Herrera, 2016) Indica que las familias funcionales se caracterizan por relacionarse con los demás integrantes expresando sus emociones y sentimientos de una manera abierta y asertiva, de esta manera el ambiente se desarrolla de forma agradable y positiva.

Familias disfuncionales: una familia disfuncional es una familia en la cual los conflictos, la mala conducta y, a menudo, los abusos de los miembros individuales ocurren continuamente, lo que anima a otros miembros a adaptarse a tales acciones. (Herrera, 2016) Las familias disfuncionales también son el resultado de personas que sufren adicciones (alcohol, drogas, etc.). Otras causas son enfermedades mentales no tratadas y padres que imitan o tratan de corregir en exceso. (Vasallo, 2016) En estas familias, la distribución de los comportamientos según la edad y el momento evolutivo de cada miembro no está clara. Algunos de ellos pueden ocupar un lugar que no les corresponde. Por ejemplo, una niña cuidando a una madre deprimida y un padre periférico que no ayuda con las tareas del hogar. En otras palabras, a nivel estructural, los niveles no se distinguen entre los miembros de la familia.

Las siguientes características se presentan en las familias disfuncionales: (Herrera, 2016)

- Falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otro lado, la expresión de empatía extrema hacia uno más miembros de la familia, o incluso mascotas, que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas)
- Negación: negativa a reconocer el comportamiento abusivo, también conocido como el elefante en la habitación.
- Límites inadecuados o inexistentes para uno mismo: Por ejemplo, tolerar el tratamiento inapropiado de los demás, no expresar lo que es un tratamiento aceptable e inaceptable, tolerancia de abuso emocional o sexual o físico.
- Falta de respeto por los límites de los demás. Por ejemplo, deshacerse de objetos personales que pertenecen a otros, contacto físico que no le gusta a otra persona, romper promesas importantes sin una buena causa, violar a propósito un límite que alguien más ha expresado.
- Extremos en conflicto. Demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia
- Desigualdad o trato injusto de uno o más miembros de la familia debido a su sexo, edad. Por ejemplo, personas mayores, niños, habilidades, raza, posición económica, etc. Puede incluir actitudes de apaciguamiento frecuentes de un miembro a expensas de otros, o aplicación desigual de las reglas.

La familia constituye una fuente de salud para todos sus miembros y como tal le proporciona equilibrio bienestar psicosocial, considerando que, la convivencia es vital para crear un ambiente saludable y cualquier cambio puede alterar el funcionamiento familiar y el desenvolvimiento de los roles que cumple cada uno. La relación de las familias disfuncionales y educación están ligadas en un principio común que es el desarrollo y la formación integral del

individuo, por tanto, los factores que alteren esta integración repercutirán en su formación social, académica, psicológica.

Etapa de la adolescencia

La adolescencia es una etapa llena de cambios no sólo para quien la vive sino también para la familia de la que es parte, a pesar del deseo adolescente de liberarse de la autoridad y del control adulto, la mayoría de los jóvenes reportan un deseo de mantener una relación cercana con sus padres. La adolescencia es una etapa de preocupación en las familias, y durante muchas generaciones lo seguirá siendo. Se trata de una etapa larga y mientras se mantenga este modelo social, lo será más caracterizada en lo físico por cambios rápidos y constantes readaptaciones personales, familiares, académicas y sociales. Sin embargo, para muchos investigadores, lo más llamativo de esta etapa es la relación con la sociedad, hasta el punto de que se ha desarrollado todo un sistema para entender esta etapa desde un modelo sociológico (teoría del aprendizaje social de Bandura)(2-4). Este modelo atribuye mucho valor a la influencia que ejerce la sociedad sobre los adolescentes: la pérdida del papel educativo de los padres, la oferta de un consumo sin límites, la falta de horizontes de futuro capaces de ilusionarles, la sobreestimulación sensorial y la sobreexcitación sobre una personalidad aún inmadura, la ausencia de servicios asistenciales de tipo sanitario o social que atienda sus demandas.

Los adolescentes se hacen especialmente críticos con los diferentes contextos en que viven. El problema que se plantea con mayor intensidad en el adolescente, es el de encontrar bases sólidas sobre las que fundamentar su identidad. Aparece la conciencia de poseer un cuerpo sexuado, la altura y la fuerza física varían constantemente, vive íntimamente ligado a la madurez e independencia y pasa de comportamientos extravertidos a momentos de radical inhibición y enclaustramiento. La oposición a las normas sociales y familiares aparece como un modo de construir y afianzar dicha identidad.

Igualmente, se trata de un periodo crítico en lo que a necesidades sexuales se refiere. Lo que los padres y educadores no podemos olvidar es que las capacidades sexuales de un adolescente son, desde el punto de vista biológico, iguales a las de un adulto: afecto, intimidad y capacidad para vincularse y desvincularse. Hay, por tanto, que dejar de lado la visión negativa de la sexualidad y abordarla con actitudes positivas. En esta etapa de la vida, los adolescentes construyen su identidad proyectándose en sus iguales. Ven a los adultos diferentes y ajenos a ellos, aunque quieren adoptar las mismas condiciones que los mayores (aprendizaje social) y van a esperar de estos recibir un trato igualitario y no una relación de subordinación.

Resulta imprescindible que los adolescentes puedan participar de forma activa y negociada con los adultos en las distintas cuestiones que les afecten. Esto no significa que no deban tener límites. Por el contrario, la resolución de conflictos negociada y pactada es necesaria también para el aprendizaje de los hábitos democráticos, para la participación en la elaboración de normas y para la

consecuente construcción activa de una moral autónoma (F. López. El aprendizaje de la disciplina).

Sin embargo, la cultura occidental no ha resuelto el papel que ha de asignar a sus jóvenes. Los adolescentes, en las edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, siguen necesitando instrucción, pero también integración activa en la sociedad. Preparados biológica y cognitivamente para integrarse en la sociedad y ser autónomos, siguen, sin embargo, dependiendo durante muchos años de sus padres. Se trata de un tema sobre el que las sociedades desarrolladas deben reflexionar, ya que algunos problemas que manifiestan hoy en día los adolescentes nos llevan a pensar que, posiblemente, no estemos atendiendo bien sus necesidades. La sociedad ha creado unas corrientes de moda, publicidad y consumo que determinan la conducta de los individuos y son bastante ajenas al bienestar de los adolescentes.

A medida que el adolescente madura las conductas son más sosegadas, sus emociones más controladas y su planteamiento vocacional es más realista. Tiene mayor capacidad para conocer y establecer sus límites, una perspectiva de futuro y adquiere compromisos; también hay ya una mayor solidez en cuanto a sus valores morales, religiosos o sexuales. Todos los adolescentes de alguna manera pasan estas etapas, no siempre del mismo modo ni en el tiempo ni en intensidad pero lo descrito refleja lo convulso de una etapa en la que la enfermedad puede añadir una cuota de mayor dificultad. La familia como núcleo en el que el adolescente emerge de su niñez ejerce un poder clave en su desarrollo.

Los adolescentes deben ser enfrentados con respeto, genuino interés y con un comportamiento apropiado para un adulto. Muchas veces se piensa que al adolescente le gusta que el médico o psicólogo utilice su lenguaje, pero la verdad es que si ha requerido la ayuda de un adulto es porque quiere, precisamente, un adulto de verdad, no uno disfrazado de adolescente. Lo que necesita es un buen modelo adulto que cuestione y critique su conducta o sus acciones, respetando debidamente su persona. Debe ser enfrentado sin temor a explorar temas difíciles, como el del suicidio, por ejemplo, porque muchas veces él requiere que un adulto lo contenga.

Lista las dificultades que se pueden presentar en el trabajo con adolescentes, de López (2016):

1. Agresividad por parte del adolescente: considerar que el terapeuta es un adulto al que hay que desafiar. En este caso, se requiere mucha paciencia para enseñarle que existe otro modo de relación, en el cual no se responde a la agresividad con agresividad, sino que con respeto.
2. Desconfianza hacia el adulto, especialmente cuando el adolescente ha vivido situaciones que justifican este sentimiento, junto a un estado hiper crítico del mundo adulto, lo que hace que esté pendiente de cualquier incongruencia.

3. Sentimientos de incompreensión, que suelen expresar mediante peticiones ambiguas y contradictorias. Se debe resolver la ambigüedad y aclarar el significado del “no me comprenden”.
4. Padres que no saben qué hacer e inseguros de su rol. Una fórmula para soslayar este problema es revisar las expectativas que tienen estos padres con respecto a sus hijos. La persona que atiende al adolescente puede ser inducido a ponerse en uno u otro bando, al hacerse parte de la tendencia a ver todo blanco o negro. El terapeuta puede sentir que es preciso mediar entre uno y otro en forma continua. Esta “tarea” es agotadora, por lo tanto, hay que explicitar y tratar de evitar esta necesidad.
5. Imposición de límites excesivos a la confidencialidad, por parte del adolescente.
6. El adolescente añorado que ha sido tratado sin ninguna responsabilidad.
7. El adolescente hiper responsable, que ha sido tratado siempre como un adulto y que se cree capacitado para asumir conductas de riesgo propias de un adulto.

Los adolescentes necesitan que sus padres los apoyen y escuchen y comprendan las dificultades que están enfrentando al asumir los cambios corporales, fisiológicos, psicosociales. Al adolescente le preocupa la imagen que proyecta en comparación con la que sienten ser y, además, compatibilizar las expectativas que sus padres tienen de ellos. Estas expectativas con frecuencia tienen que ver con la resultante de frustraciones que los padres tuvieron en su propia vida, lo que puede llegar a sobrecargar al adolescente en este sentido. Buelga (2017) Es fundamental aquí que los padres se sientan seguros de sí mismos, con una autoestima adecuada, que proyecten una buena imagen de sí mismos ya que esto influye positivamente en la imagen que tengan sus hijos de sí mismos también. No hay que olvidar que sus hijos los ven como modelos de lo que ellos quieren llegar a ser.

Trastornos de conducta alimentaria

La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana, adquiriendo un valor central en la vida biológica, social, psicológica, simbólica, económica, religiosa y cultural. Sin embargo, puede transformarse en un problema. La diversidad y la complejidad de los Trastornos de Conducta Alimentaria, se debe a la interacción entre los factores socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares; comprometiendo la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales; además de tener consecuencias físicas.

Los manuales de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales más usados (DSM), dividen a los trastornos de conducta alimentaria en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Uno de los primeros estudios en torno a este trastorno, menciona que la principal característica es el rechazo al peso corporal en niveles “normales”, así como temor al aumento de peso, preocupación constante e insatisfacción de la imagen corporal (Kaye y

colaboradores, 1996; Macías, L., Unikel, C., y Caballero, A, 2003). Según Macías y colaboradores (2014) la prevalencia de Anorexia Nerviosa varía entre 0.5 a 1.5 % en población general y de Bulimia Nerviosa 3 %. En dicho estudio manifiestan que la prevalencia en adolescentes mujeres es mayor, es así que, de cada 10 adolescentes 9 son mujeres y 1 es hombre. (Macías, L., Unikel, C., y Caballero, A, 2014)

El riesgo de trastorno alimentario es la probabilidad de padecer una patología alimentaria (anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado). Este se evalúa por la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo, la tendencia a tener pensamientos o darse atracones incontrolables de comida, acompañado de rasgos psicológicos reforzadores tanto personales (perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad) como interpersonales (ineficacia, desconfianza interpersonal e inseguridad social).

Dentro de las experiencias relacionales, menciona que la experiencia relacional con los cuidadores primarios (familia), es el más importante, ya que es este el que se encargara de la construir las bases de una personalidad individual adecuada, mediante la vivencia subjetiva del “ser amado”. Es así que, los niños van procesando lo vivido de acuerdo a las relaciones que tengan con sus progenitores o cuidadores primarios, un amor no siempre romántico. (Linares, 2019). El amor complejo que es aquel en el cual se construye la personalidad es un proceso relacional que se nutre, pues no únicamente posee una carga afectiva, sino que se completan con fenómenos cognitivos y emocionales

Desde una perspectiva sistémica la falta reconocimiento o desconfirmación, posiblemente afecte esta nutrición relacional, la cual tiene como resultados negativos para la constitución de la personalidad de los individuos. Asimismo, (Linares, 2019) menciona que es posible que dentro de estas relaciones familiares existan descalificaciones, las cuales presentan al individuo valoraciones de cualidades individuales poco reales o distorsionadas favoreciendo a la desnutrición relacional en la familia.

Es así como se observa algunas familias, cuyos padres son fuente de demostración de afecto con sus hijos, más en ocasiones no logran reconocer y valoran sus capacidades o, por el contrario. Es allí donde, de acuerdo con la teoría sistémica, las emociones se verán registradas como fracaso de las funciones parentales, y una personalidad con madurez no se podrá construir con aportes emocionales adecuados en las relaciones intrafamiliares, que son el cariño y la ternura (Linares, 2019). Es de este modo que se puede entender, desde una perspectiva sistémica que la familia y las relaciones, identificaciones y descalificaciones funcionan como fundidor de las características personalológicas. Con esto queda explicado, en una buena parte lo complejo de las relaciones que se estructuran dentro de los sistemas, y como la personalidad y sus elementos dependen de la idiosincrasia de cada sistema familiar. Y es así que, dentro de las personalidades normales y patológicas es

importante investigar sobre las relaciones funcionales dentro de los ambientes familiares.

Con ello se comprende que el desarrollo psicológico es un proceso permanente, e influenciado por la historia y el contexto en el que las personas se desarrollan. (Gallegos, 2013) En ese sentido, en la adolescencia, este proceso se encuentra en una etapa del desarrollo delicado, donde el niño pasa a ser un adulto joven. Este proceso no es uniforme, por ende posee varias características importantes como lo son el desarrollo físico (pubertad), distanciamiento de la figuras primarias y secundarias, terminando con la formación de la identidad, es por ello que durante este proceso se intensifica la individualización de los adolescentes, siendo sus nuevos retos la reestructuración y consolidación de su imagen corporal, independencia, autonomía tanto social como económica, así como asumen y se identifican con un sistema propio de valores, y finalmente el desarrollo psicosexual. (Peña, 1998)

Ruiz (2015) define a dicho proceso como crisis del adolescente debido a “cambios puberales, presiones sociales y estrés”, que resulta una constante lucha por el descubrimiento de su identidad, por ello la importancia de las relaciones adecuadas en la familia o sistema primario de cuidado (apego), la autonomía, redes de apoyo y sexualidad. Entendiendo a esta etapa del desarrollo como un cúmulo de varios cambios físicos, según Piña (2012) estas no son justificativo de alteración a nivel psicológico, de esta manera no todos los adolescentes tendrán conductas de riesgo en esta etapa de desarrollo, por el contrario, aquellos que no han construido suficientes herramientas para afrontar las responsabilidades que conlleva este periodo, serán aquellos que si tendrán como resultado algunas conductas de riesgo. Es por ello que tanto la crianza y la familia son propuestos como rol de suma importancia en el proceso de enseñanza y educación.

En ese sentido se puede citar a una investigación realizada por Rosales y Espinosa, acerca de la percepción del clima familiar en adolescentes, en dicha investigación tuvieron una muestra de 118 adolescentes, las edades oscilaban entre 12 y 16 años, encontraron que independientemente del tipo de familia al que estos pertenezcan, el clima familiar influye en el desarrollo de los integrantes del sistema, basada en teorías psicológicas ambientalistas, en donde se refiere que los efectos psicológicos del ambiente influye sobre los individuos. (Salcido, 2012)

La presencia de estos trastornos de conducta alimentaria aumenta dependiendo de la dinámica familiar de los adolescentes, en ese sentido manifiesta que el sistema familiar debe ser un agente de prevención. Así menciona que, la familia elabora pautas para su interacción que constituyen su estructura y esta a su vez rige el funcionamiento de los miembros pertenecientes a esta, facilitando la interacción y definiendo conductas. (Bruch, 1971; Sánchez, 2012) La familia se transforma hacia un sistema individualizado y el cual se diferencia por sí mismo, con ello las reglas y límites

familiares se modifican y el sistema familiar en su totalidad se convierte en inestable, llevando consigo el aumento de ansiedad y conflictos internos. El cambio de etapa de desarrollo (infancia-adolescencia), es vivido como un duelo para el adolescente pues abandona la dependencia infantil.

Allport y Murray centraron sus estudios alrededor de la psicología de la personalidad la cual centra a las personas diferenciando lo social y emocional, en donde cada una de ellas posee una identidad, desarrollo y cultura. (Royo, 2013) Es así que, para estos autores existe una conexión compleja entre cultura e individualidad psicológica como desarrollo de la identidad. Entonces se puede entender a la identidad como aquella construcción en donde se visibiliza la historia y participantes activos, para con ello describir de manera emocional sus vidas. Y es por ello que la cultura proporciona de manera individual una compilación de historias y con las que se elaboran narrativas individuales, que se encuentran relacionadas a “realidades sociales, económicas, políticas, ideológicas, antecedentes familiares, experiencias educativas, genero, roles, predisposiciones y adaptaciones”. (McAdams y Olson, 2010)

El desarrollo de la personalidad requiere un mismo enfoque sistémico, pero más complejo, en donde se desarrollan en varios niveles. En primer lugar, los estudios mencionados refieren que los rasgos de la personalidad se establecen a medida que aumenta la edad, por influencia de interacciones genéticas y ambientales, roles establecidos socialmente e inversiones sociales. En cuanto al segundo nivel, estos estudios se centran en aspectos motivacionales en donde influyen: cambios metas y objetivos, desarrollo de la forma de pensar, elaborar, controlar y enfrentar nuevos retos. (Royo, 2013)

Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes entre los adolescentes llegando a repercutir gravemente en la salud de estos, llevando así también a dificultades en su abordaje terapéutico. Andersen, A. (2009). Asimismo destaca a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa como los más conocidos y más frecuentes entre los TCA. En ese sentido dentro de la escuela sistémica, abordaje más acorde con la presente investigación, plantean explicaciones y relaciones entre estos trastornos y el funcionamiento familiar de quienes lo padecen.

En este sentido podemos destacar 3 modelos: el Modelo Estructural, donde explica a las familias de las pacientes con anorexia como psicósomáticas, describiendo las características más frecuentes al enmarañamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación y baja resolución de conflictos, el Modelo Comunicacional, refiere que dentro de las familias con miembros que padecen anorexia mantienen problemáticas en torno a la comunicación, dificultades de liderazgo en el sistema parental, existen alianzas y coaliciones negadas. El Modelo transgeneracional el cual refiere que las familias de miembros con la patología de anorexia manifiestan un sistema rígido en cuanto a creencias sobreentendidas (implícitas) que son transmitidas de generación en generación, y con ello existen dificultades en cada miembro de la familia y

asimismo se les complica encontrar soluciones a las problemáticas que ocurren en el sistema familiar. (Cortés, 2012)

Al ser el modelo sistémico familiar el que mejor explicación y resultados ha tenido en torno a la temática plantea es importante hacer un acercamiento a los distintos conceptos (dimensiones) que se manejan dentro de la presente investigación, como lo es la cohesión, flexibilidad y comunicación. Cuando se habla de cohesión, se entiende como aquellas redes o lazos familiares que los miembros de los sistemas familiares poseen entre ellos, es así como dentro de esta se habla del grado que estos tienen en cuanto a proximidad o separación en la medida en como compartan tiempo, espacios, toma de decisiones, intereses, recreación e inclusive otras redes de apoyo como lo son los amigos.

Dentro de la cohesión encontramos 5 niveles: desligado, separado, conectado, muy conectado y enmarañado, los extremos de estos niveles (desligado – enmarañado) se traducen como aquellos sistemas familiares que se encuentran con un funcionamiento problemático, caracterizando más a fondo encontramos a las familias desligadas, que son aquellas estimulan el desarrollo de la autonomía mas no suscitan sentimientos de seguridad y pertenencia por otro lado tenemos a las familias enmarañadas son aquellas que obstaculizan la probabilidad de individualización de sus integrantes, dentro de estas familias sus integrantes son dependientes, con poca privacidad, solicitando lealtad a la familia. En cuanto a los niveles que se encuentran en la parte central (separado, conectado y muy conectado) se relacionan al funcionamiento adecuado. (Garner, 1998)

Por otro lado, en cuanto a las dimensiones que maneja el abordaje sistémico familiar, encontramos la flexibilidad, concepto relacionado con el cambio en las formas de liderar dentro de la familia, dentro de este encontramos los roles y las reglas que hacen que el sistema funcione. Dentro de los niveles de flexibilidad encontramos: “rígido, poco flexible, flexible, muy flexible y caótico”. Para Olson y Goral (2003); Ruiz, Masjuan, Costa y Cracco, (2015) los niveles con mejor funcionalidad son los poco flexibles, flexibles y muy flexibles; mas aquellos que se encuentran en los otros extremos, rígidos o caótico, resultar tener bajos niveles en su funcionamiento familiar.

Es así que, entre varias de sus conclusiones dentro de la funcionalidad familiar, menciona que las familias necesitan estabilidad y herramientas para afrontar cambios. Ahora bien, la comunicación también es importante al momento de hablar de esta temática, ya que esta permite el adecuado movimiento entre las dimensiones descritas (cohesión y flexibilidad), por comunicación entendemos como aquella dimensión caracterizada por habilidades efectivas para resolver conflictos. (Olson y Gorall, 2003; Ruiz, Masjuan, Costa y Cracco, 2015) Estos autores hacen referencia, de igual manera, a varios estudios que han desarrollado investigaciones en torno a la comunicación y la resolución de conflictos de manera adecuada en parejas y familiar, y destacan aquellos en donde mencionan que aquellos sistemas

familiares con un equilibrio en la cohesión y flexibilidad poseen mejor comunicación, por el contrario aquellos en donde este equilibrio no existe presentan pobre comunicación. (Olson y Gorall, 2003; Ruiz, Masjuan, Costa y Cracco, 2015)

Esta problemática ha sido tema de discusión e investigación en Latinoamérica, en donde podemos citar la realizada en Uruguay, esta tuvo una muestra de 63 personas, de las cuales eran parte de 16 familias. Dentro de estas familias existía poca cohesión y flexibilidad, asimismo siguiendo la línea antes descrita en cuanto a la comunicación, poseían conflictos en esta y sumado a ello encontraron la percepción de satisfacción en el entorno familiar baja. Como resultado definen, a partir de dicha investigación que el funcionamiento familiar influye en los trastornos de conducta alimentaria. (Ruiz, Masjuan, Costa y Cracco, 2015)

Dentro de las referencias de investigaciones encontradas destacamos, de igual manera, el realizado por Maglio y Molina (2012) acerca de la percepción de adolescentes con trastornos alimenticios, sobre el funcionamiento familiar, dentro de esta encontraron que las familias de estos/as presentaron baja cohesión, en cuanto a la comunicación abierta determinaron que es baja, y existían varios problemas de comunicación. Asimismo, tuvieron como resultado que la percepción del funcionamiento familiar es distinta en cada uno de los miembros de las familias. (Moglio y Molina, 2012)

En esa misma línea Ruiz, Vázquez, Marcilla, López, Álvarez y Tena (2010), desarrollaron un estudio en torno al funcionamiento familiar y la protección de trastornos de la conducta alimentaria, siendo el promedio de la muestra 18 años, dentro de dicha investigación encontraron que diferentes autores refieren que el funcionamiento familiar, comprendido desde las diferentes relaciones que se forman con los miembros del grupo familiar, posee diferencias entre los sistemas familiares con un miembro con TCA y sin uno de ellos con TCA. Es ese sentido Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich (2000) encontraron que aquellas familias afectas poseen menor cohesión y flexibilidad; Vidovic, Juresa, Begovaci, Mahnik y To-cilj, (2005); Ruiz, et al, (2010), por su parte, Sánchez, Serna, Seaona y Páramo (2003), Ruiz, et al, (2010) encontraron que estas familiar carecen de expresión emocional y comunicación intrafamiliar; mientras que Jones, Leung y Harris (2006; Ruiz, et al, 2010) mencionan que existe mayor rechazo y sobreprotección paterna .

Del mismo modo Vázquez, Raich, Viladrich, Álvarez y Mancilla (2001) y Ruiz, et al, (2010) hallaron que la percepción de los/as hijos/as con TCA pertenecientes a estos sistemas familiares, perciben menor importancia en características importantes para su desarrollo como lo son la autonomía, actividades sociales y actividades culturales. Aquellas personas que padecen un trastorno de conducta alimentaria perciben a su entorno familiar con deterioro significativo y sentimientos “negativos” hacia los miembros de su sistema familiar. Es importante mencionar dentro de los resultados de estos autores, se destaca que algunos de estos pacientes sienten que sus madres ignoran sus sentimientos o

lo minimizan y/o se sienten no amados por sus madres. (Beato, et al, 2004; Ruiz, et al, 2010)

De igual manera, varios autores distinguen el funcionamiento familiar dependiendo del tipo de trastorno de conducta alimentaria que padezcan aquellos pacientes con Anorexia Nerviosa que perciben mayor insatisfacción con su entorno familiar así como rigidez dentro, se manifiesta que estos pacientes poseen dificultad para la resolución de conflictos, niveles de crítica elevados y hostilidad. (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008; Ruiz, et al, 2010) Siguiendo la misma línea Ruiz, et al, (2010) encontró que aquellas pacientes con Anorexia Nerviosa perciben sus sistemas familiares como cohesivos excesivamente, con ello posiblemente afectarían la individualidad de los integrantes de la familia, llevando a conductas de control excesivo y sobreprotección.

Cabe destacar que dentro de varias investigaciones existen similitudes y contradicciones en cuanto a la temática, como por ejemplo Cook-Darzens menciona que estos sistemas familiares no refieren sobreprotección, sino que existe baja cohesión familiar de acuerdo con la percepción de sus miembros (Tereno, Soares, Martins, Celani y Sampaio, 2008; Ruiz, et al, 2010). Sin dejar de lado a los sistemas familiares de las personas con diagnóstico de Bulimia Nerviosa las cuales según Shisslak, Mc-keon, Crago (1990); citado por Ruiz, et al. (2010) manifiestan actitudes de hostilidad, así como actitud negativa frente a necesidades emocionales de las hijas femeninas, con ello su percepción es desintegración familiar, falta de apoyo y poca capacidad de elaborar herramientas para su independencia.

Del mismo modo Okon, Greene y Ellen encontraron que aquellas pacientes que padecen Bulimia Nerviosa tienen la percepción de una baja capacidad de su entorno familiar para expresar emociones y/o pensamientos, así como altos niveles de conflictos (2003; Ruiz, et al., 2010). Según Winn (2007); citado por Ruiz, et al. (2010) estas pacientes refieren presentar niveles elevados de "emoción expresada (intrusividad, repuesta emotiva, actitudes negativas y poca tolerancia) lo que dificultaría el cuidado familiar.

Metodología

Desde un abordaje de investigación mixta, con enfoque cualitativo, apoyado en el paradigma cuantitativo, se contó con una población de 59 adolescentes con trastornos de la conducta que acuden a la Consulta de Psicología en el Hospital de Especialidades en la ciudad de Portoviejo; de ella se seleccionó en un muestreo no probabilístico por conveniencia a 15 adolescentes con trastornos en la conducta alimentaria, 13 del sexo femenino de ellas 8 con Anorexia Nerviosa y 5 con Bulimia Nerviosa y 2 del se masculino, 1 con Anorexia Nerviosa y 1 con Bulimia Nerviosa. A toda la muestra se le aplicó el instrumento EDI-2 para medir la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y la prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

para evaluar los tipos de funcionamiento familiar que se presentaron a partir de las dinámicas familiares.

A través del método de investigación empírico basado en la observación, se procedió con la aplicación como instrumento de una entrevista a los adolescentes de la muestra, para el trabajo con el Inventario de Trastornos de la Conducta (EDI-2), estandarizado en USA y España; siendo este un instrumento de autoinforme utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Incluye tres escalas que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B) e insatisfacción corporal (BD)) y otras ocho más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez). Fuera del ámbito clínico, el EDI-2 representa una forma rápida y económica de detectar sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria, subclínicos o que tienen riesgo de desarrollar en el futuro este tipo de conductas. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado.

Se aplicó además en la prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL); para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar a través de las variables, cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad a fin de efectuar un diagnóstico que nos permitiera analizar las relaciones entre la sintomatología psicológica de adolescentes entre 12 y 18 años con trastornos en la conducta alimentaria que acuden a la Consulta de Psicología en el Hospital de Especialidades en la ciudad de Portoviejo y los tipos de funcionamiento familiar que se presentan a partir de las dinámicas familiares.

Al ser una de las autoras, psicóloga clínica, el consentimiento informado se obtuvo de la práctica clínica diaria, en donde se explica a los familiares y a los participantes el objetivo y manejo de la información y como esto beneficia a la población manabita. Así mismo se manifestó el anonimato y confidencialidad de la información que se manejó.

Valoración de resultados

En la aplicación de la entrevista para el Inventario de Trastornos de la Conducta (EDI-2), el cual evalúa los síntomas relacionados a la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), se obtuvieron los siguientes resultados:

<i>Escala</i>	Población con DX Anorexia Nerviosa (muestra: 9)	Porcentaje (%)	Población con DX Bulimia Nerviosa (6)	Porcentaje (%)
<i>Obsesión por la delgadez</i>	9	100 %	6	100 %
<i>Insatisfacción corporal</i>	9	100 %	6	100%
<i>Baja autoestima</i>	7	78 %	5	83 %
<i>Conciencia interespectiva</i>	8	89 %	4	67 %
<i>Desconfianza interpersonal</i>	6	67 %	5	83 %
<i>Impulsividad</i>	8	89 %	3	50%
<i>Desajuste emocional</i>	8	89 %	6	100 %
<i>Inseguridad social</i>	5	56 %	3	50 %

Elaborado por las autoras

Obsesión por la delgadez	9	100 %	6	100 %
---------------------------------	----------	--------------	----------	--------------

En lo que se refiere a la obsesión por la delgadez, tanto en los pacientes con AN y BN, el 100 % obtuvieron un resultado muy alto en lo que se refiere a la preocupación constante por el peso, dietas y/o miedo a subir de peso.

Insatisfacción corporal	9	100 %	6	100 %
--------------------------------	----------	--------------	----------	--------------

De igual manera en la escala relacionada a la insatisfacción corporal el 100 % tuvo como resultado muy alto, esto quiere decir que todos los entrevistados presentan insatisfacción en la forma general de su cuerpo o inclusive partes específicas de su cuerpo por las cuales tienen mayor preocupación.

Baja autoestima	7	78 %	5	83 %
------------------------	----------	-------------	----------	-------------

En la escala de baja autoestima del total de pacientes con Dx AN (9), 7 obtuvieron niveles altos, es decir el 78 % del total. En cuanto a los pacientes con Dx BN (6), 5 obtuvieron como resultado alto, lo que representa el 83 % del total. Es decir que, tanto en pacientes con Anorexia Nerviosa, como en Bulimia Nerviosa, presentan autoestima baja.

Conciencia interospectiva	8	89 %	4	67 %
----------------------------------	----------	-------------	----------	-------------

En lo que se refiere a la escala de inseguridad interpersonal, se obtuvo que el 89 % presenta inseguridad interpersonal en pacientes con Dx AN, y un 67 % del total de los pacientes con Dx BN, en ambos trastornos de la conducta se obtiene como resultado en los pacientes con estos tipos de TCA presentan altos niveles de confusión y/o problemas para conocer o reconocer emociones o estados emocionales, asimismo presentan inseguridad al momento de la identificación de sensaciones viscerales que están relacionadas al apetito y la saciedad.

Desconfianza interpersonal	6	67 %	5	83 %
-----------------------------------	----------	-------------	----------	-------------

Dentro de la desconfianza interpersonal, encontramos con Dx AN, 6 de ellos presentaron niveles altos en esta escala, así como de aquellos con diagnóstico de BN, lo que quiere decir que la gran mayoría de los pacientes entrevistados poseen sentimientos de alienación y existe un alto desinterés de estos por establecer relaciones íntimas, asimismo presentan problemas para poder expresar de manera adecuada sus sentimientos y/o pensamientos.

Impulsividad	8	89 %	3	50 %
---------------------	----------	-------------	----------	-------------

Los pacientes con Dx AN presentaron, en lo que se refiere a la escala impulsividad, niveles altos, teniendo como resultado que 8 de las 9 personas

encuestadas presentan dificultades para poder controlar sus impulsos, esta escala está estrechamente ligada a la predisposición que tienen para el uso, abuso o consumo de drogas, con la hostilidad, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones.

Desajuste emocional	8	89 %	6	100 %
----------------------------	---	------	---	-------

En la escala de desajuste emocional los pacientes con Dx de Anorexia Nerviosa presentaron niveles altos, siendo el 88% de ellos los que presentan mayormente bajo control de la ira, así mismo en cuanto a los pacientes con Dx Bulimia Nerviosa, el 100 % presentaron baja capacidad para controlar sentimientos de ira, y expresión física y verbal de ira.

Inseguridad social	5	56 %	3	50 %
---------------------------	---	------	---	------

Finalmente, en lo que se refiere a la inseguridad social los pacientes con Dx de Anorexia Nerviosa del total 5 personas obtuvieron niveles altos, así como los pacientes con Dx de Bulimia Nerviosa, 3 del total presentan creencias negativas alrededor de las relaciones sociales, creencias en torno a la inseguridad, incomodidad, no satisfactorias y sin calidad.

Dentro de los resultados del Inventario de Trastornos de la Conducta (EDI-2) se obtuvo la siguiente información de acuerdo con la distribución de la muestra por sexo:

Sexo femenino:

Escala	Población DX Anorexia Nerviosa Sexo Femenino (muestra: 8)	Porcentaje (%)	Población DX Bulimia Nerviosa Sexo Femenino (muestra: 5)	Porcentaje (%)
Obsesión por la delgadez	8	100 %	5	100 %
Insatisfacción corporal	8	100 %	5	100 %
Baja autoestima	7	88 %	5	100 %

Conciencia Interospectiva	6	75 %	4	80 %
Desconfianza interpersonal	7	88 %	4	80 %
Impulsividad	8	100 %	3	60 %
Desajuste emocional	8	100 %	5	100 %
Inseguridad social	7	88 %	4	80 %

Tanto en las pacientes con Dx de Bulimia Nerviosa como en Dx de Anorexia Nerviosa presentan altos niveles en lo que se refiere a obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, baja autoestima y desajuste emocional. Es importante resaltar que las pacientes con Dx de Anorexia Nerviosa presentan en lo que se refiere a la escala de impulsividad mayor puntuación que las pacientes con Dx de Bulimia Nerviosa.

Sexo Masculino:

Escala	Población DX Anorexia Nerviosa Sexo Masculino (muestra:1)	Población DX Bulimia Nerviosa Sexo Masculino (muestra: 1)
Obsesión por la delgadez	ALTO	MEDIO
Insatisfacción corporal	ALTO	MEDIO
Baja autoestima	ALTO	MEDIO
Conciencia Interospectiva	MEDIO	MEDIO BAJO
Desconfianza interpersonal	MEDIO BAJO	MEDIO BAJO
Impulsividad	MEDIO	BAJO
Desajuste emocional	MEDIO	MEDIO
Inseguridad social	MEDIO ALTO	BAJO

En lo que se refiere a la muestra masculina, ambos presentaron niveles bajos en lo que se refiere a conciencia introspectiva, desconfianza interpersonal y desajuste emocional. De igual manera, un dato importante es que en lo que se refiere a la escala de inseguridad social e impulsividad, el paciente con DX Bulimia Nerviosa presentó niveles bajos en comparación al paciente con Dx de Anorexia Nerviosa, lo que significaría que el paciente con niveles bajo tiene mejor capacidad para controlar sus impulsos y mejor manejo de creencias alrededor de las relaciones sociales, creencias en torno a la inseguridad, incomodidad, no satisfactorias y sin calidad.

Ambos sexos presentan dificultades en preocupación constante por el peso, dietas y/o miedo a subir de peso, insatisfacción en la forma general de su cuerpo o inclusive partes específicas de su cuerpo por las cuales tienen mayor preocupación, baja autoestima, baja capacidad para controlar sentimientos de ira, y expresión física y verbal de ira.

De acuerdo con la prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL), la cual mide el nivel de funcionalidad de las relaciones que se producen en el sistema familiar, a través de la entrevista realizada se obtuvieron como resultados los siguientes:

Diagnóstico del funcionamiento familiar	Población con DX Anorexia Nerviosa (muestra: 9)	Porcentaje (%)	Población con DX Bulimia Nerviosa (muestra:6)	Porcentaje (%)
Funcional	0	0	0	0
Moderadamente funcional	1	11 %	1	17 %
Disfuncional	3	33 %	2	33 %
Severamente disfuncional	5	56 %	3	50 %

Dentro de la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes con Dx Anorexia Nerviosa el 56 % se identifica como carentes de unión familiar, poca correspondencia de los intereses y necesidades de los miembros de las familias, dificultades en la comunicación, falta de habilidad para cambiar los roles y límites. En los pacientes con Dx Bulimia Nerviosa se evidenció como resultado que el 50 % se identifican con baja cohesión familiar, poca armonía y falta de comunicación. Por lo que se pudo demostrar que el tipo de funcionamiento familiar predominante, fue el severamente disfuncional. Es evidente que cuando las familias presentan algún grado de desajuste en la comunicación y adaptabilidad, pueden no tener adecuados estilos de afrontamientos que les permitan realizar ajustes ante determinadas situaciones conflictivas, por lo que no serán capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que les proporcionen

salud y bienestar a sus miembros y los protege de trastornos de conducta en este caso alimentaria, por lo que podrán presentar ante eventos vitales estresantes pérdida del control, no tener suficientes fuerzas, manifestar desajustes y desequilibrios que condicionan cambios en la salud de sus miembros y específicamente en el funcionamiento familiar.

CONCLUSIONES

Los trastornos de conducta alimentaria tienen repercusiones graves; requieren de un tratamiento largo y complejo, se cronifican en buena parte de los casos, conllevando un gran sufrimiento personal y familiar y pueden dar lugar a la muerte.

Es importante una detección precoz, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico. El comienzo de este tipo de patología suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido a la familia.

El número de casos que se diagnostica y trata es cada vez mayor, se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando el trastorno alimentario está instalado con sus consecuentes complicaciones médicas, el panorama es menos alentador.

La cronicidad de la enfermedad aumenta en las familias con mayor disfuncionalidad, donde predomina la falta de confianza, empatía, menor expresión emocional y comunicación intrafamiliar, se puede percibir un ambiente más deteriorado, acompañado de sentimientos negativos hacia sus miembros.

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad a los trastornos alimentarios; debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes y los estereotipos sociales de moda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andersen, A. (2009). Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal Adolesc Health Care*: 4; pp. 15-21.

Arenas (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis1/Arenas_as.pdf

Beato, L. (2005). Diferencias de género sobre características psicopatológicas, familiares y sociales en adolescente con comportamiento alimentario anormal. *Eat Behav.* 6: pp. 337-344.

Buelga, S. (2017). *La familia en la práctica clínica Psicología de la familia*. Valencia: Albatros.

Bruch, H. (1971). *Eating disorders; Obesity anorexia nervosa and the persons wisin*. New York. Basic Books.

Cala, M. V. (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa *EduSol*, ISSN: 1729-8091, pp. 60- 71. Universidad de Guantánamo, Cuba. <https://www.redalyc.org/pdf/4757/475748683007.pdf>

Cortés, P. (2012). *Estrategias de enseñanza en medios*. La Paz: Alfa.

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2018). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhé (Santiago)*, 17(1), pp. 81-90.

D, McAdams, D, Olson. (2010). Desarrollo de la personalidad: continuidad y cambio a lo largo del curso de la vida. *Revista Psicología y disciplina*. ID de corpus: 16477594.

Gallego Henao, A. M. (2016). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), pp. 326-345

Gallegos, W. L. A. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Avances en psicología*, 21(1), pp. 23-34. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/303/219>

García M., M., Rivera A., S., Reyes L., I. y Díaz-Loving, R. (2016). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), pp. 91-110.

Garner, D: Test EDI-2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 1998, Madrid: Editorial Tea. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7644646&pid

Gómez, O. (2002). La divulgación científica en el medio radiofónico: algunos apuntes. *Mediatika*, 8, pp. 59-68. Recuperado de <https://goo.gl/mk1ioR>

Herrera, P. (2016). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* Vol.13(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013

Jones, C. J., Leug, N. & Harris, G. (2006). Fatherdaughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, pp. 319-330.

Kaye, W y colaboradores. (1996). Bulimia nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcohol Clin Exp Res*, 20, pp. 878-881.

Kyriacou, O., Treasure, J. y Schmidt, U. (2008). Emoción expresada en los trastornos alimentarios evaluados mediante autoinforme: un examen de los factores asociados con la emoción expresada en las carreras de las personas con anorexia nerviosa en comparación con el control familias. *Revista internacional de trastornos alimentarios*, 41(1), pp. 37-46

Linares, J. L. (2019). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18(3), pp. 381-399.

López, M. (2016). La dimensión afectiva familiar: variables relevantes para el bienestar psicológico de estudiantes adolescentes. *Revista de investigación educativa*. Vol 23(2), pp. 469-482.

Macías, L. y colaboradores. (2014). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud mental*, 26(3), pp. 1-8.

Macías, L., Unikel, C., y Caballero, A. (2003). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), pp. 140 - 147.

Maglio, A. L., & Molina, M. F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo percibe sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), pp. 1-10.

Mendoza, L. (2016). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Medigraphic. Archivos en medicina familiar* Vol. 8(1), pp. 1-15.

Meza (2010). Funcionamiento Familiar y Rendimiento Escolar en alumnas del tercer grado de secundaria de una Institución Educativa del Callao”, recuperado de <http://Orendimiento%20escolar%20en%20alumnasnstituci%3n%20educativa>

Oliva. (2015). Terapia Familiar Crítica. En: Cambios Modestos Grandes Revoluciones. México: Red Américas Psicología.

Olson, D. Gorall, M. (2003). Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Theraphy*, 22, pp. 144-167.

Páez, R. M. (2015). Familia y escuela: una alianza necesaria en la gestión escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 67, pp. 159-180. <https://rieoei.org/RIE/article/view/228>

Peña, A. (1998). La socialización parental en padres españoles con hijos de 6 a 14 años. *Psicothema*, 24(3), pp. 371-376

Piña, C. R. R., & Salcido, M. R. E. (2012). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *Psicología y Ciencia Social/ Psychology and Social Science*, 10 (1 y 2).

Ruiz, A. (2015). Bulimia y anorexia, Guía para familias. Zaragoza: Certeza.

Ruiz, A. Vásquez, Marcilla, López, Álvarez y Tena. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Tomson Psicología*, 9, pp. 447-455.

Ruiz, M, Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, (9), pp. 153-162.

Royo, A. (2013). *Desarrollo de la Personalidad: Estabilidad y cambio desde el inicio de la adolescencia al inicio de la etapa adulta* (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).

Teren, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M. y Sampaio, D. (2008). Estilos de apego, recuerdos de crianza parental y vínculo terapéutico: un estudio con pacientes con trastornos alimentarios, sus padres y terapeutas. *Revisión europea de trastornos alimentarios*, 16, pp. 49-58

Sánchez, Z. B. L. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In Crescendo*, 3(2), pp. 307-320.

Sánchez C. E., Serna R. C., Seoana P. G. & Páramo F. F. (2003). Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Thomson Psicología*, 1(2), pp. 177-188

Urrejola P, Zubarew T. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud. Ediciones Universidad Católica; 13, pp. 171-82. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7644670&pid=

Vasallo, N. (2016). *Desviación de la conducta social*. La Habana: Félix Varela

Vázquez, J. L. Raich, Viladrich, Álvarez y Mancilla. (2001). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica “Sistema SCAN” (“Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría”). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22, pp. 109-20.

Vidović V., Jureša, Begovaci, I. Mahnik, M. y Tocilj, G. (2005). Cohesión familiar percibida, adaptabilidad y comunicación en los trastornos alimentarios. *Europeo Revisión de trastornos alimentarios*, 13, pp. 19-28