



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

TRABAJO DE GRADO

Presentado para optar al título de:

LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA (SOCIÓLOGO)

Título:

Relación entre la Anorexia Nerviosa y las formas particulares de
Cohesión Social en las Familias

Realizado por:

Ramírez Martin, Andreina

Profesor guía:

Lacruz Rangel, Tito Iván

RESULTADO DEL EXAMEN:

Este Trabajo de Grado ha sido evaluado por el Jurado Examinador y ha obtenido la
calificación de : _____ () puntos.

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Caracas, ____ de _____ de _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

**RELACIÓN ENTRE LA ANOREXIA NERVIOSA Y FORMAS PARTICULARES DE
COHESIÓN SOCIAL EN LAS FAMILIAS**

Tesista: Ramírez Martín, Andreina

Tutor: Lacruz Rangel, Tito Iván

Caracas, 6 de octubre de 2009

DEDICATORIA

A todas aquellas mujeres que se levantan con la tristeza de no sentirse mujer, aquellas que se refugian en una relación traumática con la comida.

A los padres, familiares y amigos que han perdido a sus seres queridos y una parte de si, por estos problemas.

A las mujeres que han solucionado sus problemas alimentarios por querer estar con nosotros.

A mi hija Clara.

RECONOCIMIENTO

A todos mis profesores por enseñarme a tratar de ver el mundo desde nuevas perspectivas, a luchar por nuestros ideales y a no convencerme con simples respuestas.

A mi tutor, Tito Rangel, por haber aceptado mi proyecto, a mis amigos por apoyarme, y a Roberto Leiro por ser una mano amiga.

A mi esposo e hijos por darme ánimos, apoyarme en el momento en que más lo necesitaba y cederme espacios para poder trabajar.

A mis padres por acompañarme y apoyarme en los buenos y malos momentos, orientándome siempre hacia el camino correcto.

INDICE GENERAL

RESUMEN	11
INTRODUCCION	12
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	18
HIPÓTESIS	19
CAPITULO I:	
MARCO TEÓRICO: UNA APROXIMACION SOCIOLOGICA A LA CONDUCTA ANORÉXICA	20
ANÁLISIS DE LA ANOREXIA A LO LARGO DE LA HISTORIA	25
MANEJO ESTADÍSTICO DE LA ANOREXIA EN VENEZUELA	30
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ANOREXIA NERVIOSA	33
Factores Predisponentes	33
Factores Desencadenantes	37
Factores de Mantenimiento	39
CARACTERISTICAS DEL INDIVIDUO	40
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	42
CARACTERISTICAS SOCIALES	46
¿POR QUÉ MUJERES?	47
¿POR QUÉ ADOLESCENTES?	48
RELACIONES ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES	48
CAPITULO II:	
MARCO TEÓRICO: LA FAMILIA: PARTE NODAL DEL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD	57
LA FAMILIA: BASE FUNDAMENTAL DE LA FORMACIÓN DEL INDIVIDUO	57

FUNCIONES DE LA FAMILIA: SOCIALIZACIÓN E IDENTIDAD	61
ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA FAMILIA	65
ROLES INTRA-FAMILIARES Y EXTRA-FAMILIARES	68
EL CICLO DE VIDA FAMILIAR	69
ESTILO DE INTERACCIÓN FAMILIAR	73
COHESIÓN FAMILIAR	74
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	77
¿FAMILIAS PROBLEMÁTICAS?	79
CAPITULO III:	
MARCO METODOLÓGICO	83
TIPO DE INVESTIGACION	83
DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN	83
UNIDAD DE ANÁLISIS	84
DISEÑO DE LA MUESTRA	84
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	89
EAT-26	89
FACES-III	91
VARIABLES	94
Variable Dependiente	94
Variable Independiente	95
CAPITULO IV:	
ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	99
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	99
Descripción de la Conducta Anoréxica	105
Descripción de la Cohesión Familiar y la Adaptabilidad Familiar	112
ANÁLISIS DE CLUSTERS PARA CLASIFICAR LA CONDUCTA ANORÉXICA	130
Correlación de las Variables	133
Análisis de Regresión Múltiple	135
Prueba T para muestras independientes	138

Prueba Chi-cuadrado	140
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	145
BIBLIOGRAFIA	147

INDICE DE TABLAS

Tabla I – Factores Predisponentes de la Anorexia por Factores e Investigaciones.	34
Tabla II – Factores Desencadenantes de la Anorexia Nerviosa	38
Tabla III – Definiciones de Familia según diferentes Teorías o Corrientes Sociológicas	58
Tabla IV – Listados de las Unidades Educativas con sus respectivas cantidades de Alumnos por curso y Unidad Educativa del Municipio Baruta, Venezuela. 2008-2009	87
Tabla V – Lista de Unidades Educativas utilizadas para el muestreo	88
Tabla VI – Listado de Unidades Educativas seleccionadas para la muestra	89
Tabla VII – Puntajes de Clasificación para la Cohesión Familiar	92
Tabla VIII – Puntajes de Clasificación para la Adaptabilidad Familiar	93
Tabla IX – Operacionalización de la Variable Conducta Anoréxica	95
Tabla X – Operacionalización de la Variable Cohesión Familiar	96
Tabla XI – Operacionalización de la variable de Cohesión Familiar	96
Tabla XII – Puntajes de Clasificación para la Adaptabilidad Familiar	97
Tabla XIII – Operacionalización de la variable Adaptabilidad Familiar	98
Tabla XIV – Distribución Porcentual de la Inmigración Materna por Instituto Educativo	103
Tabla XV – Distribución Porcentual de la Inmigración Paterna por Instituto Educativo	104
Tabla XVI – Coeficiente de validez interna del EAT-26	106
Tabla XVII – Descripción estadística de las dimensiones del EAT-26	107
Tabla XVIII – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por Unidad Educativa	108
Tabla XIX – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por edades	109
Tabla XX – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por inmigración paterna	109
Tabla XXI – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por inmigración materna	110
Tabla XXII – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por tipo de parentalidad del hogar.	111
Tabla XXIII – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por la presencia de reconstitución del hogar	112
Tabla XXIV – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por el tipo de extensión familiar	112
Tabla XXV – Coeficiente de validez interna de las dimensiones de la Cohesión Familiar	113
Tabla XXVI – Coeficiente de validez interna de las dimensiones de la Adaptabilidad Familiar	113
Tabla XXVII – Descripción Estadística de las Dimensiones de la Cohesión Familiar y la Adaptabilidad Familiar.	114
Tabla XXVIII – Distribución porcentual de la clasificación de la cohesión familiar por Unidad	115

Educativa

Tabla XXIX – Distribución porcentual de la clasificación de la cohesión familiar por el tipo de parentalidad del hogar.	116
Tabla XXX – Distribución porcentual de la clasificación de la Cohesión Familiar por la presencia de reconstitución del hogar	117
Tabla XXXI – Distribución porcentual de la clasificación de la Cohesión Familiar por el tipo de extensión familiar.	117
Tabla XXXII – Distribución porcentual de la clasificación familiar por la inmigración paterna	119
Tabla XXXIII – Distribución porcentual de la clasificación familiar por la inmigración materna.	120
Tabla XXXIV – Distribución porcentual de la clasificación de la Cohesión Familiar por la conducta Anoréxica.	121
Tabla XXXVI – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por tipo de parentalidad del hogar.	122
Tabla XXXVII – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por la presencia de Reconstitución Familiar	123
Tabla XXXVIII – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por el tipo de extensión familiar.	124
Tabla XXXIX – Distribución porcentual de la clasificación de Adaptabilidad Familiar por la inmigración paterna.	125
Tabla XL – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por la Inmigración materna	126
Tabla XLI – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por conducta Anoréxica.	127
Tabla XLII – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por tipo de Cohesión Familiar.	128
Tabla XLIII – Descripción del Análisis de Clústeres por preguntas del EAT-26.	132
Tabla XLIV – Distribución de la Conducta Anoréxica por Grupos de Clasificación del EAT-26.	133
Tabla XLV – Correlación de Pearson de las distintas dimensiones de del EAT-26 y FACES-III.	134
Tabla XLVI – Valores de la relación lineal de la Cohesión Familiar y el EAT-26.	136
Tabla XLVII – Coeficientes de la regresión lineal de Pearson de las dimensiones de la Cohesión Familiar y el EAT-26.	137
Tabla XLVIII – Coeficiente de la regresión lineal de la Dimensión Enlace Familiar de la Cohesión Familiar y el EAT-26.	138

Tabla XLIX – Valores de Mann-Whitney para la Cohesión Familiar y la conducta anoréxica.	139
Tabla L – Valores de Mann-Whitney para la Adaptabilidad Familiar y la conducta anoréxica.	140
Tabla LI – Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para la Adaptabilidad Familiar y las cuatro Clasificaciones de la Anorexia.	141
Tabla LII –. Distribución porcentual de la Adaptabilidad Familiar por las cinco clasificaciones de la Anorexia.	142
Tabla LIII – Prueba de Chi-Cuadrado de Pearson para la Inmigración Paterna y las cuatro clasificaciones del EAT-26.	142
Tabla LIV – Distribución Porcentual de la Inmigración Paterna por las cuatro clasificaciones del EAT-26.	143
Tabla LV – Prueba de Mann-Whitney U para la Cohesión Familiar y la conducta Anoréxica.	144

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico I – Cadena de eventos en el Alto Grado de Cohesión.	45
Gráfico II – Sistema Concéntrico de Bronfenbrenner, 1987.	50
Gráfico III – Continuum de la Cohesión Familiar con relación al continuum cohesión social.	76
Gráfico IV – Continuum de la Adaptabilidad Familiar con relación a la organización ante el cambio	78
Gráfico V – Distribución Porcentual de la Parentalidad	101
Gráfico VI – Distribución Porcentual de la Reconstitución Familiar	101
Gráfico VII – Distribución porcentual de la Extensión Familiar	102



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

RESUMEN

El presente trabajo de grado tiene como fin determinar la correlación entre la conducta anoréxica en mujeres adolescentes y los tipos de interacción familiar, centradas en la cohesión y la adaptabilidad. Para ello se aplicaron dos instrumentos: El EAT-26 y el FACES III, en mujeres adolescentes cursantes del Primer y Segundo Año de Ciclo Diversificado, en instituciones educativas ubicadas en la jurisdicción del Municipio Baruta del Estado Miranda. Los resultados del estudio apuntan a una diferencia entre las características de adaptabilidad de las mujeres anoréxicas y no anoréxicas, lo cual denota que la sociología podría proporcionar las herramientas necesarias que coadyuven a atenuar este problema social.

Palabras Clave: Conducta Anoréxica, Cohesión Familiar, Adaptabilidad Familiar, Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

“Ana y Mia¹ son caminos por los cuales se llega a la perfección. (...) La perfección es física, mental y espiritual: Queremos vernos preciosas, queremos que al vernos en el espejo y decir "soy una princesa", sintamos que sea verdad. Tenemos sueños, y no es fácil cumplirlos cuando la sociedad cree en estereotipos que nos orillan a tomar éste camino, para ser aceptadas por la sociedad y por nosotras mismas. No es nuestra culpa, es de la sociedad. La gente dice que ni el peso ni la complexión importan, pero jamás lo ponen en práctica. Nosotras somos personas de voluntad, que van a donde sea necesario por su felicidad. (...) Queremos sentirnos orgullosas de representar la perfección, y lo lograremos. El fin justifica los medios, por eso lo hacemos: somos fuertes, y lo vamos a lograr, porque Ana y Mia no son "asesinas", como las llaman, sino que son la voluntad que nos guía al triunfo, a la felicidad y al cumplimiento de nuestros sueños y los estereotipos sociales².”

Con estas palabras tomadas de una narración de una joven anoréxica se evidencia la presencia de razones de origen social que buscan en los extremos, la perfección de sus individuos, y que ha sido ilustrada en esa dirección tanto por la publicidad como por los medios al simplificar la realidad. Esta realidad simplificada pareciera ser asumida por estos grupos como absoluta, a diferencia de otros grupos, quienes parecieran darle la debida dimensión a dichas imágenes.

Al dimensionar erróneamente dicha simplificación, surge una distorsión de la “realidad” (la cual es un aprendizaje social) que pudiera estar centrada en una forma de interacción social que al analizarla a partir de un grupo etario determinado (en este caso, adolescentes), arroja luces que además de existir un problema de índole psicológico, existe un problema de naturaleza social con sus pares, y que a su vez se relaciona con la familia.

¹ Ana y Mía son eufemismos para la Anorexia y Bulimia respectivamente, que son utilizados ampliamente por aquellas personas usuarios de blogs y diarios digitales Pro Anorexia y Pro Bulimia.

² Publicación en línea; Blog de Ana y Mia, disponible en: <http://pro-anaymia.blogspot.com/>

Para algunas sociedades la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes ³. Si bien no hay datos para Venezuela, no tenemos razones para pensar que sea diferente a estas sociedades. El silencio con el que actúa esta enfermedad contrasta con una preocupación creciente de la sociedad, en virtud del poder de la anorexia en aniquilar a los individuos que la padecen, tanto física como psicológicamente y al parecer socialmente.

Es por ello que el presente trabajo de grado pretende indagar en estas variables a partir de la familia, presentando una perspectiva sociológica de la enfermedad, al establecer una correlación entre el tipo de interacción familiar (en este caso, la cohesión y la adaptabilidad), y la anorexia, sin dejar de analizar a la familia en su entorno social.

La revisión teórica de la anorexia desde los hallazgos encontrados por la psicología presentados desde una perspectiva sociológica, plasmada en el primer capítulo de este trabajo de grado, nos permitirá explorar los diversos factores que podrían contribuir con el desarrollo de una comprensión de la integración social de las jóvenes anoréxicas, y que se justifica por su socialización referida dentro de la familia, y a su vez de la familia en la sociedad.

Paso seguido, se presenta la conceptualización de la familia en función del desarrollo del individuo y de su capacidad de socialización, buscando de esta manera comprender las estructuras y dinámicas familiares, con una aproximación desde la interacción familiar y centrados en sus variables de cohesión y adaptabilidad, y de esta manera entender la interacción familiar y su extensión hacia el mundo exterior.

Habiendo conceptualizado y comprendido las dos variables objeto del estudio, procedemos a desarrollar la metodología del mismo. Se determinó llevar a cabo un estudio cuantitativo correlacional, mediante la aplicación de dos instrumentos: El EAT-26 y el FACES III, en mujeres adolescentes cursantes del Primer y Segundo Año Diversificado, en instituciones educativas ubicadas en la jurisdicción del Municipio Baruta del Estado Miranda. En el caso del FACES III, se miden la cohesión y adaptabilidad, en tanto que en el EAT-26 se mide la anorexia. La ventaja de ambos instrumentos radica en que son de amplio espectro y con una

³ Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W.M. y Kurland, T. (1991). 50-year trend in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota; A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.

alta confiabilidad y que nos permiten obtener resultados estadísticamente idóneos de la muestra estudiada.

Finalmente, se procedió con la interpretación de los resultados, a partir de las revisiones teóricas plasmadas en el marco teórico, y de los hallazgos y análisis de resultados de las encuestas aplicadas, concluyendo con el señalamiento de aspectos sustanciales con respecto a la correlación entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la anorexia, a partir de lo expuesto en el presente trabajo de grado.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Hace ya 110 años, uno de los fundadores de la sociología, Emile Durkheim, se dedicó a estudiar el problema del suicidio, analizándolo a través de variables sociológicas como la fuerza ejercida por la sociedad sobre las personas mediante la integración. El presente trabajo de grado pretende explorar de forma similar las variables sociológicas presentes en los tipos de trastornos de alimentación, específicamente en la anorexia nerviosa.

Así como sucede con el término suicidio, la anorexia surge en el curso de conversaciones de manera superflua, sin delimitaciones ni precisiones, lo cual crea vagos imaginarios sociales, como por ejemplo la joven que deja de comer por su pasión de ser como una modelo de televisión, y la joven extrovertida pendiente solamente de su belleza y de su cuerpo, entre otras. Estos imaginarios ocultan la verdadera naturaleza multicausal del problema y no contribuyen a su solución.

Los estudios llevados a cabo sobre estos trastornos pareciesen apuntar hacia una diferenciación psicosocial, tal como se puede observar en la obra de Weber y Stierlin (1990), en donde se visualiza que las familias con personas anoréxicas suelen ser centrípetas o aglutinadas⁴, es decir, familias rígidas en sus fronteras, en donde el mundo exterior es una amenaza y la relación de los progenitores es una relación de dominio-sumisión entre la cabeza de la familia (generalmente el padre), y los demás miembros del hogar, evitándose el conflicto y dándole un valor excesivo a las palabras. En tanto que en las familias con personas bulímicas son clasificadas como familias centrífugas, las cuales si bien son parecidas a las centrípetas, sus vínculos son menos fuertes y son más abiertas a expresar tanto sus emociones como su sexualidad. Estos hallazgos son encontrados dentro de familias en terapia, por lo cual no es posible determinar si ello es un factor de diferenciación del resto de las familias que no acuden a terapia y que poseen miembros con anorexia, o familias que poseen tales características y sin integrantes con anorexia.

La descripción de las familias centrípetas nos da una idea de la cohesión de la familia, así como su interacción con su entorno social, ya que al hablar de subordinación y de lazos fuertes

⁴ El término “Familias Aglutinadas” fue acuñado por Olson (1985).

dentro de un grupo (la familia) es inherente el nivel de vinculación dentro del grupo; la forma en la que estas familias manejan sus relaciones internas y externas que afectan en el compartimiento de significados, valores y normas.

Gismero (2001) encontró variables sociales asociadas a la anorexia nerviosa que diferenciaban a las jóvenes anoréxicas de otras jóvenes, entre las que se incluyen: déficit de autoexpresión social (participación en reuniones, expresar sentimientos y opiniones, argumentar preguntas, etc.) y la falta de conducta asertiva. Todas estas variables, así como el trabajo citado de Weber y Stierlin, apuntan a un posible problema cuyo origen radica en las formas de relación social dentro del hogar que producen uno o varios tipos particulares de cohesión relacionados con la anorexia. Por lo tanto, el trabajo de estos autores, así como el de otros consultados, revelan la existencia de variables de tipo social en el desarrollo de la enfermedad. No obstante, en estos trabajos dichas variables no son profundizadas desde una perspectiva sociológica dado que por lo general, el interés de los mismos apunta principalmente al desarrollo de métodos terapéuticos.

En el caso de Venezuela, los estudios sobre los trastornos de alimentación son escasos, e incluso no hay disponibilidad de estadísticas nacionales de éstos, ya sean realizados por entes públicos o privados. Los estudios disponibles se limitan exclusivamente al campo psicológico y al problema de la belleza, obviando un factor importante, el entorno social inmediato, así sea visto desde la familia, por lo cual se hace indispensable y necesario desarrollar estudios, que puedan ayudar a tomar nuevas medidas preventivas.

En virtud del desconocimiento de los antecedentes metodológicos sobre la exploración sociológica de estas formas de relación social, y de la cohesión que producen dentro del hogar, procedemos a aplicar el enfoque de Olson et al. (1985) para la exploración del comportamiento de la cohesión familiar como un continuum que mide tanto los niveles de integración como los de la adaptabilidad familiar, es decir, la capacidad de la familia y su adaptación a cambios.

Para ello, se utilizará la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) desarrollada por Olson et al. (1985), ya que nos brinda una guía para comprender la cohesión como un continuum de nula integración y excesiva integración y a su vez nos

permite resaltar la importancia de la cohesión y la adaptabilidad familiar como medidas positivas para el desarrollo de un funcionamiento familiar positivo para el individuo. Pero a su vez su limitación se basa en la simplificación de la realidad medida por una escala ya propuesta que mide el funcionamiento familiar, sin que ello nos permita obtener los posibles elementos propios que pudieran definir la cohesión familiar desde la perspectiva sociológica que más se relacione con la realidad de la característica diferencial de jóvenes con conducta anoréxica. Es por ello que el presente trabajo de grado se limita a un estudio cuantitativo, el cual nos permitirá aproximarnos a una mayor representación de la realidad con la simplificación de las variaciones que se pueden presentar.

Por lo cual nuestro problema es:

¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LAS FORMAS PARTICULARES DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR, DISTINTIVA DEL RESTO DE LA POBLACIÓN NO ANORÉXICA?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar si existe o no relación entre la anorexia nerviosa y las formas particulares de cohesión familiar y adaptabilidad familiar en jóvenes adolescentes cursantes del I° y II° Diversificado.

Objetivos Específicos:

- Establecer diferencias entre personas con conducta anoréxica y no anoréxica.
- Diferenciar los tipos de Cohesión Familiar. (Aglutinado, Conectado, Separado y Disgregado)
- Diferenciar los tipos de Adaptabilidad Familiar. (Caótica, Flexible, Estructurado y Rígido)
- Determinar la relación entre la Anorexia y los tipos de Cohesión Familiar.
- Determinar la relación entre la Anorexia y los tipos de Adaptabilidad Familiar.
- Explorar la relación entre las formas de constitución del hogar y la anorexia.

HIPÓTESIS

Hipótesis I:

H0: No existe diferencia en los tipos de Cohesión Familiar en los grupos de personas con conducta anoréxica o no anoréxica.

H1: Existe diferencia entre los tipos de Cohesión Familiar en los grupos de personas con conducta anoréxica o no anoréxica.

Hipótesis II:

H0: No existe diferencia en los tipos de Adaptabilidad Familiar en los grupos de personas con conducta anoréxica o no anoréxica.

H1: Existe diferencia entre los tipos de Adaptabilidad Familiar en los grupos de personas con conducta anoréxica o no anoréxica.

CAPITULO I

MARCO TEORICO:

UNA APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LA CONDUCTA ANORÉXICA

Entre los diversos trastornos del comportamiento alimentario hallamos la Anorexia Nerviosa, la cual se basa en la restricción de comida, e incluso en algunos casos en su eliminación con purgaciones, con el fin de alcanzar un peso por debajo de lo que corresponde a su edad y sexo. (Calvo, 2002). En los manuales de psiquiatría, hallamos que la Anorexia Nerviosa, o para simplificar Anorexia, se caracteriza por una pérdida significativa y voluntaria de peso (superior al 15%) que se logra mediante la supresión o reducción en el consumo de alimentos, vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos y / o ejercicios físicos exagerados. (Carrillo, 2001; Toro, 1996)

Los otros trastornos alimentarios reconocidos por el DMS-IV, son la Bulimia y los trastornos alimentarios no especificados. La primera es caracterizada por repetidos atracones alimentarios, seguido de conductas compensadoras inadecuadas; en tanto que en el segundo caso se refiere a aquellos comportamientos en los que se presentan síntomas que no corresponden a ninguno de los otros trastornos: anorexia o bulimia.

De acuerdo con el método utilizado para perder peso, la Anorexia Nerviosa se sub-divide entre dos tipos:

1. *Anorexia Restrictiva*: Se manifiesta a través de restricciones en la ingesta de alimentos. No se utilizan métodos purgativos ni tienen episodios de descontrol alimentario. Generalmente las personas con este tipo de anorexia practican ejercicios de forma obsesiva y compulsiva, y se caracterizan por una tendencia a un comportamiento hiperactivo.
2. *Anorexia Purgativa*: Además de las dietas impuestas por las personas, éstas utilizan métodos purgativos que eliminan la comida, y que pueden aplicarse después de la ingesta

de una gran cantidad de alimentos ya sea de una comida normal, o de una mínima. (Calvo, 2002)

La diferencia entre la anorexia purgativa y la bulimia es que a pesar que ambas llevan medidas compensatorias (vómito autoinducido o usos de laxantes) las anorexias presentan cuadros reducidos de atracones que se dan esporádicamente, y en general cuando ya tienen mucho tiempo sin comer, o en algunos casos en los que no existen atracones pero por haber ingerido un alimento utilizan una medida compensatoria; mientras que las bulímicas siempre presentan atracones y se caracterizan por una excesiva ingesta de alimentos, e igualmente se presentan características distintas en su personalidad.

Según Toro (1996), este trastorno de la conducta alimentaría se produce por un conjunto de causas familiares, sociales y personales, que conducen a los adolescentes en términos generales a tener una conducta irregular hacia la comida por el temor a engordar, además de tener una percepción distorsionada de la imagen corporal localizada en áreas específicas del cuerpo. Dicho trastorno es caracterizado por una pérdida significativa de peso (a pesar de que exista antes de que se manifieste el adelgazamiento), y por una gran tristeza e insatisfacción interior ante la vida. (Carrillo, 2001) A su vez, para muchos autores la Anorexia Nerviosa interfiere en consecuencia con la vida normal de los pacientes.

El manual de los desórdenes mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, el DMS-IV, considera como Anorexia Nerviosa las siguientes características:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, alcanzando un peso inferior al 15% esperado según su edad, talla y sexo; o fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 15% del peso esperado.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, incluso estando por debajo del peso normal.

3. Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal⁵, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro inherente al bajo peso corporal.
4. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Calvo (2002) observa las siguientes características en las personas anoréxicas:

- La restricción de los alimentos y / o la eliminación a través de purgaciones y ejercicio excesivo.
- Alteraciones del ciclo menstrual.
- Alteraciones de la imagen corporal, es decir que su mundo psíquico se refleja sobre su cuerpo y creen que, por su aspecto, los demás individuos las valoran como unas “cerdas” o “poco femeninas”. Reflejando así aspectos negativos por su baja autoestima.
- Negación y control del hambre, por lo cual generalmente se produce una pérdida de peso que conduce a la desnutrición. El grado de desnutrición al que llega se mide a través de dos parámetros: el mantenimiento de un peso por debajo del 15% del esperado para su edad y talla; y / o un índice de masa corporal igual o inferior a 17,5.
- Ejercicio excesivo y / o actividades extremas.
- Obsesiones y controles con la comida y el peso.
- Miedo a la madurez, por considerar que la paciente desea tener cuerpo de niña, para no asumir las nuevas demandas de roles.
- Irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo.
- Desequilibrio en el estilo de vida.
- Perfeccionismo.

⁵ Padín y Chinchilla (1996) aclaran que las alteraciones perceptivas existen en mujeres con o sin trastornos de alimentación, al igual que Carrillo (2001) no observa alteraciones en su percepción.

En este punto debemos destacar que para Calvo (2002) este rechazo a la comida constituye un rechazo a los valores de nuestra cultura, el placer como único y principal ideal de la vida y la glotonería existencial. A su vez, la cultura acepta el deseo de tener una apariencia implacable ante la sociedad, y el uso de la comida como premio u objeto de relación en las reuniones sociales son comportamientos normativos; pero cuando la apariencia es más importante que la situación en sí misma, cuando la preocupación por la comida o el peso ocupa todo el pensamiento, todas las decisiones tienen como base la delgadez, cuando se castigan o premian comiendo, o cuando sentirse bien o mal socialmente o psicológicamente depende de lo que marque la pesa o lo que se ha comido, no hay duda que se posee un desorden alimenticio, ya que no es un comportamiento normativo de nuestra sociedad. Por esta razón, muchos autores (Tubert, S., 1999; Toro, 1996) consideran que la anorexia es una burla a los valores de nuestra sociedad, por lo que los exageran para mostrar así su rechazo.

“Para ellos no hay hambre, aunque sientan su estomago vacío, no hay vida propia (o si la hay ésta es vivida como actos automáticos). No se perciben delgadas, aunque en el fondo saben que lo están y se empeñan en asegurar que alguien no ha querido o no quiere su existencia. El cuerpo en su realidad, bajo el deseo de delgadez, se convierte en símbolo de inexistencia. Por otra parte, el cuerpo resulta indisociable del espacio y del tiempo. El cuerpo está desamparado, en el momento de las marcas sexuales de la pubertad, tiempo de la adultez y / o casi de la vejez prematura. La corporalidad es nuestra única marca ante los otros y denuncia una situación insostenible a través de unas características acompañadas inexorablemente de inscripciones psíquicas y producto de ellas. Ellos/as se vuelven narcisistas, se odian, se sienten desamparados en un conflicto de la gordura que sólo está en su mente.”
(Carrillo, 2001, p. 12)

Otro dato inseparable en la definición de la anorexia consiste en la mayor presencia de mujeres en la enfermedad. La relación es de 3 a 1 a favor de las mujeres y es más frecuente en mujeres jóvenes en comparación con las de mayor edad. Calvo (2002) y Raich (2007), ven que esta proporción posiblemente ha cambiado a lo largo de los años, ya que las exigencias al culto de la imagen corporal de la sociedad occidental se dirigen cada vez más a los hombres,

por lo cual esto explica en cierta medida el aumento en estos últimos años de la cantidad de varones con esta enfermedad.

Existen investigaciones⁶ que han dado cuenta que las edades de aparición de la anorexia nerviosa están entre los 13 y 18 años de edad, aunque en los últimos tiempos se han reportado edades inferiores en la aparición de la anorexia, y a su vez edades mayores (Raich, 2007; Toro, 2003; APA, 2000), teniendo como edades centrales los 16 y 18 años de edad. Esta tendencia no es novedosa, dado que Laségue en 1873 lo había definido como una característica de la anorexia nerviosa. En su trabajo, Laségue estableció un grupo etario entre los 15 y 20 años, con edades centrales entre los 16 y 18 años.

A los efectos de realizar investigaciones sobre la anorexia se prefiere utilizar grupos con edades entre los 16 y 18 años debido a que tienden ser edades de mayor madurez para responder las preguntas y en donde hay una tendencia mayor a la manifestación de la anorexia de manera no momentánea.

En los estudios realizados desde 1980 en adelante, los investigadores observan la presencia de la anorexia sin que las enfermas sufran de amenorrea y / o una pérdida de peso mayor del 15% esperado por el IMC, por lo cual se utiliza el término de “Anorexia Nerviosa Atípica”, el cual mantiene el cuadro clínico característico, pero sin la amenorrea ni la pérdida significativa de peso.

A partir de esta concepción, nos acercamos a la anorexia como una conducta, que padecen cada vez más hombres y mujeres, con un perfil de identidad basado en la apariencia corporal, o a su vez en una forma en que la o el paciente se han enfrentado a la vida.

Hasta este punto podemos comprender que la anorexia es una conducta que puede ser entendida como una enfermedad y / o identidad del individuo que la padece, dependiendo del enfoque psicológico. Las diferentes corrientes psicológicas concuerdan en que la anorexia se trata de una conducta que manifiesta una actitud diferente ante la alimentación e imagen corporal, y que a su vez refleja una conducta atípica hacia el individuo en sí mismo o hacia su entorno familiar y / o social. Por lo tanto, es necesario considerar la anorexia como una

⁶ Calvo (2002), Raich (2007), APA (1993), Toro (1998), y Crispo (2000) respaldan este postulado.

conducta a los fines de comprender sus implicaciones sociales, sin la necesidad de partir de criterios clínicos ajenos al contexto actual.

En este sentido, se hace necesario entrar en un proceso reflexivo de la definición de la anorexia nerviosa para hallar en ella las características centrales de la anorexia, y aquellas definiciones adquiridas en el discurso teórico, pero que han dejado una perspectiva de quienes la han definido. Es por ello que se estima necesario conocer la historia del descubrimiento y conocimiento de la anorexia.

ANÁLISIS DE LA ANOREXIA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

Diversos investigadores (Toro (1996), Carrillo (2001), Padín y Chinchilla (1996)), justifican que la Anorexia es una enfermedad que ha existido siempre a pesar de los contextos históricos en los que ha aparecido.

En la edad media se presentaron casos de anorexia que no fueron diagnosticados como tales, aún cuando se hizo referencia a esos comportamientos entre los que encontramos la autoimposición de ayuno de forma ascética como un camino hacia la santidad. Entre estos casos está Santa Clara, Santa Catalina de Siena, Santa Juana de Arco, entre otras, quienes dedicaron su vida a alimentar a los demás pero no a ellas mismas. Los síntomas por los cuales las catalogaron como anoréxicas fueron el padecimiento de amenorrea y de estreñimiento, la dificultad de conciliar el sueño y tener una vida hiperactiva. Esto junto a una personalidad perfeccionista e insegura en alcanzar sus ideales.

Las razones de sus comportamientos se centrarían en la lucha por la autonomía de la mujer en una sociedad medieval de corte patriarcal y avasallada por la iglesia católica, ya que la sumisión femenina era mantenida en el seno de la Iglesia, en donde los hombres representaban la autoridad eclesiástica. Las santas buscaban su identidad y su independencia haciéndose una con Cristo, así como las anoréxicas obtienen su identidad con la flaqueza. (Calvo, 2002)

Autores como Calvo (2002) consideran que estas santas no pueden ser catalogadas como anoréxicas, ya que para éstas el culto que practicaron no fue al cuerpo, sino a los valores místicos. Esta afirmación, a efectos de este trabajo de grado tiene una visión sesgada de las intenciones de las anoréxicas en cuanto a su supresión de alimentos, ya que la joven anoréxica

deja de comer como una respuesta a los conflictos que presenta para superarlos o mejor dicho esquivarlos, y no se limita a la razón de adelgazar. A su vez tales santas, no sólo dejaban de comer por hacer un sacrificio a Dios, sino para escapar de tales conflictos, como es el caso de Santa Virgofortis, hija del rey de Portugal, quien ayunó y rezó a Dios pidiéndole que le quitara su belleza para así no llamar la atención a los hombres. Por tanto siguen teniendo el mismo cuadro psicológico de las actuales anoréxicas, como son la negación de encontrarse debilitadas, el rechazo a la ayuda exterior, la aparición de las crisis bulímicas, el rechazo a la sexualidad, la sumisión o descontento ante el mando del hombre, la introversión, su carácter insistente, la rebeldía contra los demás, la negación total del cuerpo y del sufrimiento y alejamiento a la sociedad. (Carrillo, 2001; Tubert, S., 1999)⁷

En la edad media la delgadez era vista como pureza, tal como se evidencia en la siguiente cita: “Un cuerpo demacrado pasará más fácilmente la puerta estrecha (del paraíso), un cuerpo ligero resucitará más rápidamente, y en la tumba un cuerpo consumido se conserva mejor. TERTULIANO” (Toro, 1996, pp. 16)

Estos casos pueden guardar relación con el establecimiento oficial de la iglesia Católica sobre el ayuno obligatorio. Bajo esto se presentaron los casos de mujeres santas por su fuerza al no comer y alejarse así del pecado del cuerpo. Ya pasados unos años, varias órdenes monásticas se oponían a los ayunos drásticos por considerar que estos debilitaban a las personas para prestar su servicio a la comunidad.

Para Toro (1996) a partir del siglo XIV, los conocimientos de la medicina fueron minando las concepciones del ayuno. A su vez, el papa Benedicto XIV, pone a los ayunos en segundo plano, y disminuyó la cantidad de canonizaciones. Esto llevó a que las llamadas “doncellas milagrosas” (mujeres conocidas en la sociedad por no consumir alimentos) se convirtieran en “muchachas ayunadoras”.

⁷ Si observáramos a la anorexia como un comportamiento causado simplemente por el temor a engordar, Calvo (2002) tendría la razón de no aceptar a las Santas Anoréxicas, como santas. Pero a su vez tal definición no explicaría ni comprendería lo que es la anorexia.

Otros casos hallados, antes de definir la anorexia clínicamente, son los casos de los artistas de hambre que eran famosos por su delgadez y después quedaron en el olvido, y también los casos de la Reina María de Escocia y la Emperatriz Sissi, entre otras. (Toro, 1996).

En el siglo XVII, los médicos al ver estos casos de inanición empiezan a utilizar el término de anorexia, palabra proveniente del griego que significa falta de apetito, pero para éstos es la denominación de inapetencia y ciertos trastornos del estómago.

El orden cronológico de los estudios para la definición de la Anorexia Nerviosa como trastorno es el siguiente:

1. El médico inglés Richard Morton en 1698, utilizó el término “Atrofia Nerviosa” o “Ptisis Nerviosa” en la publicación “*Phtisiologia, sev excitationes de phtisi*”, en donde se estableció que la misma era una perturbación del sistema nervioso, así como una “tristeza y preocupación ansiosa”, representando una perturbación en el fluir de los “Espíritus Animales”.
2. En 1764, el médico Robert Whytt consideró estos trastornos de origen nervioso.
3. En 1798, el psiquiatra francés Pinel en su publicación “*Nosographie Philosophique*” la llamó neurosis de la digestión” en la que estaba incluida la bulimia, la pica⁸ y la anorexia.
4. En 1840, Imbret en su publicación “*Traité Théorique et Pratique des Maladies des Femmes*”, sigue utilizando el término de “neurosis del estómago”. Su invención es que utiliza dos tipos de anorexia: la gástrica (que se refiere a trastornos del estómago) y la nerviosa (que hace referencia al trastorno por alteraciones de las funciones cerebrales).
5. En 1859, el médico Francés Louis-Víctor Marcé, en la reunión de la Sociedad Médico Psicológica de París hizo aportaciones hacia la Anorexia Nerviosa, siendo su contribución la divulgación de los conocimientos médicos de la enfermedad.

⁸ La pica es uno de los trastornos de alimentación, el cual se caracteriza por un típico deseo irresistible de comer o chupar sustancias no nutritivas y pocos usuales, o cualquier otra cosa que no tiene en su apariencia, ningún valor alimenticio.

6. En 1873, Laségue en el artículo “*Anorexia Hystérique*”, describe la conducta típica de los pacientes. Para éste la edad de inicio es de 15 a 20 años, y la falta de menstruación, así como problemas familiares característicos. Un año después cambia el término de anorexia histérica por anorexia nerviosa. A partir de este trabajo, se asumió que las afectadas por una Anorexia Nerviosa necesitan una separación temporal de su familia para lograr su recuperación.

Laségue y Gull prefirieron, a pesar de desear una mejor expresión, el término Anorexia que apepsia, ya que la última hace referencia a un trastorno digestivo y no a una falta de apetito. A su vez el término Nerviosa por Histérica, por no hacerlo sólo referente al útero y relacionándolo con el sistema nervioso, por lo cual siguió llamándose Anorexia Nerviosa. Por lo tanto, para Gull (1873) la Anorexia Nerviosa era considerada como una falta de apetito debido a un estado mental mórbido, en donde la pérdida del apetito se debe a un estado anímico patológico. (Toro, 1996; Padín y Chinchilla, 1996)

En la actualidad, en el siglo XX, se tomó como anorexia el miedo a engordar y a las distorsiones de la imagen corporal, gracias a los conocimientos propuestos por el psiquiatra Francés Pierre Janet, quien en 1903 consideró el origen de la anorexia nerviosa como un problema emocional.

La visión aportada por Freud permitió darle una profundidad a la definición de la anorexia, en el sentido de ver variables en su capacidad de relacionarse con otros, al hacer énfasis en las dificultades sexuales de las mujeres que fueron su objeto de estudio.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la Anorexia Nerviosa comienza a ser vista como un Trastorno del Comportamiento Alimentario. En el cual se pueden observar los siguientes hitos:

- En los '60 se dio importancia a los aspectos personales y ambientales, haciendo hincapié en la necesidad de realizar una intervención terapéutica directa e individual sobre el paciente.
- En los '70 se da importancia a la comprensión del contexto familiar para comprender la anorexia. Para esta época la anorexia era producto de una familia donde existía confusión

en la delimitación de roles de los progenitores, excesiva implicación interpersonal o las relaciones eran catalogadas como negligentes. Estas teorías fueron dejadas de lado por los terapeutas por hacer sentir a las familias culpables, y abriendo la discusión de ser tales características las causas del trastorno.

- El nuevo enfoque, según Sánchez (2006), trasciende las relaciones causa-efecto, considerando que hay una relación entre trastorno alimentario y entornos familiares alterados, indistintamente del origen causal. Este enfoque busca atender los trastornos de alimentación desde una perspectiva terapéutica. Vista desde esta tesis busca captar a los familiares y personas con trastornos de alimentación sin hacerlos sentir incómodos ni culpables.

A partir de este recorrido histórico, observamos que:

- Desde la conceptualización de la anorexia como enfermedad se empiezan a considerar los factores familiares.
- Los factores socioculturales explican el porqué las mujeres representan la mayor parte de los casos (Gismero y Godoy, 2004), ya que su rol social generalmente aceptado ha estado relacionado con valores de sacrificio, dependencia, ideales de belleza y de aceptación social.
- Sus características específicas están relacionadas ideales socialmente aceptables, como por ejemplo en la edad media la delgadez era sinónimo de misticismo religioso y devoción a dios, y en la actualidad se presenta la delgadez como símbolo de éxito, belleza y prestigio social.

“(esta historia del trastorno), no es sino una preparación a la prueba de que la Anorexia Nerviosa ha existido, pero que lo que ha cambiado es el súper yo social respecto a ella. Es la valoración que la sociedad, mucho más laica ahora y más centrada en la salud que en la santidad, la que ha cambiado, juzgando distintamente las alteraciones en la función del comer y del beber. Actualmente, los trastornos alimentarios han pasado de ser esporádicas manifestaciones excéntricas, a ser una epidemia social cuyo contagio imitativo parece crecer cada año. Hablo del súper yo

social deliberadamente puesto que, al igual que ocurre con el maltrato doméstico, no es el fenómeno lo que ha cambiado, sino nuestro lente de observación. En el pasado, los casos de anorexia – amén de ser minoritarios- eran interpretados como “manías singulares y peligrosas”, pero comúnmente transitorias y raramente de consecuencias letales.” (Sánchez, T., 2006, p. 147)

Además esta reseña histórica demuestra que la anorexia no se trata de un problema exclusivamente privado sino público, no sólo por el aumento de personas con anorexia sino porque éstas responden a valores e interacciones que se dan en nuestra sociedad. En este sentido, nos permite observar que la anorexia no se limita exclusivamente a las sociedades modernas, sino que ha estado presente desde la presencia de la noción social del cuerpo, de lo puro e impuro, de la aceptación social, entre otros. Ésta se ha traducido en un síntoma público de desórdenes en el campo de las relaciones interpersonales, la concepción societaria y comunitaria de la salud y los derechos humanos (en el caso de maltrato), (Sánchez, T., 2006) y a su vez nos muestra cómo es posible y necesaria una definición mucho más allá del enfoque psicológico, que busque comprender los hábitos alimentarios de la sociedad que la rodea, su noción del cuerpo y como se relacionan todos éstos con el individuo y su interacción con la sociedad.

MANEJO ESTADÍSTICO DE LA ANOREXIA EN VENEZUELA

En Venezuela no se cuentan con estadísticas nacionales ni estatales sobre la cantidad de personas con Trastornos del Comportamiento Alimentario, aparte de algunos datos disponibles sobre el Distrito Capital y un estudio representativo del Estado Zulia. Lamentablemente, esto también ocurre en muchos países, posiblemente por ser una enfermedad que quedaba escondida entre los familiares. Pero la cantidad de casos que llegan a los hospitales, han hecho el llamado de atención a los gobiernos para que atiendan estas necesidades. A esto se suman las dificultades al momento de realizar diagnósticos y descubrir los trastornos alimentarios.

Las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela no dan cuenta de la presencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario, siendo las Instituciones Privadas, en especial las universidades, las que dan cuenta sobre ésta. A continuación presentaremos aquellos informes de mayor alcance.

El primer estudio fue realizado en jóvenes con edades comprendidas entre 10 y 18 años de edad, de la población general para obtener una aproximación de la presencia de conductas y actitudes características de Anorexia Nerviosa en Venezuela. Realizado en 1994 por Ríos y otros (1994), y que consiste en una muestra tomada en 13 escuelas ubicadas en el área metropolitana de Caracas, de distintos niveles socioeconómicos y utilizando una versión distinta del test EAT⁹. Los resultados de este estudio indican que un 11% de los adolescentes presentaron las características de trastornos de alimentación, y encontraron diferencias significativas entre género: del 100% de las mujeres 18% presentaron conductas características de anorexia y bulimia nerviosa y del 100% de los varones se encontró un 4%. (Lugli y Vivas, 2006)

En un estudio realizado por Lugli y Vivas (2006) estudiaron la presencia de conductas y actitudes características de trastornos del comportamiento alimentario y la susceptibilidad a la influencia de factores socioculturales en estudiantes universitarios, como indicadores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades, por lo que se realizaron tres estudios no experimentales de corte transversal. Los resultados mostraron que en 1995 de 170 mujeres encuestadas, el 10% estaban en riesgo. Para 1997, entre 216 estudiantes 8,33% de las mujeres y 0,46% de los hombres presentaron conductas sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario, y para el año 2004 se obtuvo un porcentaje de 8,84 % en mujeres y 1,94% en hombres. El estudio demostró que estas personas en riesgo de trastornos del comportamiento alimentario tienen un grado mayor de influencia ante factores socioculturales que incitan la delgadez, constituyéndose estos pronosticadores del riesgo de trastornos del comportamiento alimentario.

Otro estudio realizado en la Universidad Católica Andrés Bello, por Bello y DiBella (1996) da cuenta de una muestra de 202 jóvenes de esta universidad evaluadas con el EAT y el DSM-III-R (criterios de diagnósticos del Manual de Diagnostico de la Asociación Americana de Psiquiatría), en donde se encontró un 17% de jóvenes con conductas sugestivas como anoréxicas, en tanto que un 6% de éstas manifestaron bulimia nerviosa.

⁹ El EAT, es un instrumento para observar tendencias de conductas anoréxicas en los individuos, el cual está explicada en el marco metodológico.

En una muestra de 600 personas de sexo femenino, estudiantes de bachillerato del Área Metropolitana de Caracas, con una media de edad de 15 años, Márquez y Pellicer (2001) encontraron un 18,5% de mujeres con actitudes, conductas y preocupaciones con relación a la ingesta de alimentos, el peso y el ejercicio, característicos de la anorexia y la bulimia nerviosa.

En el Estado Zulia, Quintero y otros (2003), utilizaron como instrumento de medición una entrevista que se basaba en los criterios del DSM-IV con una muestra de 1.363 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad de escuelas públicas y privadas, siendo el 52,75% mujeres y el 47,25% hombres. Los resultados no detectaron a personas anoréxicas (posiblemente debido a los requisitos que exige el DSM-IV que son la pérdida del 15% del peso mínimo esperado en el IMC y la pérdida de la menstruación). Cabe destacar que un 24,87% de la muestra presentó más de una de las características clínicas de este trastorno, siendo las de mayor puntuación el miedo a ser personas obesas o ganar peso, y tienen rechazo a mantener el peso dentro del mínimo esperado; el 1,58% manifestó bulimia nerviosa y el 0,66% atracones o sobreingesta compulsiva.

Al observar todas estas cifras sobre los comportamientos anoréxicos, podemos confirmar que éstos van en aumento y que en Venezuela se hace necesario tener un manejo estadístico nacional de esta enfermedad, necesario para preparar instituciones y especialistas en esta área, tanto en el sector privado como en el sector público.

En este sentido, es importante recalcar las razones de estos incrementos dadas por Calvo (2002), quien considera dicho aumento el reflejo de dos factores socioculturales: la competitividad social a ultranza y su correspondencia en un perfil psíquica y físicamente perfecto, y la ambigüedad en la identidad de los sexos, cuyo cambio está causando una gran confusión de roles.

En conclusión, estos estudios nos dan una imagen que indica una prevalencia fluctuante entre el 1% y el 4%, sugiriendo que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades destacables para la población de adolescentes venezolanos. Estos datos indican la necesidad de implementar estrategias preventivas en la población a fin de detener la expansión y la formación de estos trastornos en los adolescentes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Hoy en día hablar de las “causas” de la anorexia, es considerada por la mayoría de los especialistas como un término determinista que guarda relación con la idea de la multicausalidad de esta enfermedad, así como de la interacción que debe ocurrir entre los distintos factores para que ello se materialice. Por otra parte, muchos autores han optado por separar dichos factores de acuerdo con el orden, es decir: predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento¹⁰, clasificación que se nos hará útil para el presente trabajo de grado.

Estos factores están en interacción, ya que los factores precipitantes se pueden comportar a su vez como desencadenantes, a la misma vez pueden ser de mantenimiento, por lo cual De Elordoy y Pedraza (2006) los consideran como factores de interacción, los cuales se integran en tres dimensiones en las cuales está inmerso el ser humano: el individuo, la familia y la sociedad. Ninguna de estas tres por si sola puede desencadenar un trastorno de alimentación, siendo para Carrillo (2001) la simbiosis perfecta de estas tres la que propicia dichos trastornos.

Factores Predisponentes

“La conjunción de factores socioculturales, familiares, biológicos y psicológicos hará que una chica, y no otra, sea la que se inicie una dieta inflexible o una actividad física implacable que, irremediablemente, acabará en enfermedad. Esta combinación única de factores explica igualmente por qué sólo caerán enfermos parte de los individuos que componen los considerados grupos de alto riesgo.” (Calvo, 2002, pp. 68)

A los fines de una mejor comprensión sobre los factores predisponentes de la anorexia estudiados hasta hoy día, se presenta el siguiente cuadro comparativo, en donde se destacan los mismos, de acuerdo con factores individuales, familiares y sociales.

¹⁰ El factor predisponente se refiere a los factores que hacen a la persona susceptible de padecer anorexia, los desencadenantes son aquellos que llevan a la ocurrencia de la conducta, mientras que los de mantenimiento son los que hacen que la enfermedad perdure en el individuo.

Tabla I – Factores Predisponentes de la Anorexia por Factores e Investigaciones.

	Raich (2007)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*	De Elordoy y Pedraza (2006)
Individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Inestables emocionalmente • Eliminación de los reforzadores condicionales del contagio • Dependientes • Evasivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición genética • Sexo femenino • Dependencia parental • Identidad personal incompleta • Disminución de la actividad sexual • Dificultades para la independencia • Déficit de pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto • Períodos de Negativismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Etapa adolescente • Sexo Femenino • Trastorno afectivo • Introversión y / o inestabilidad • Obesidad • Valores estéticos • Dominantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Exceso de peso • Perfeccionismo • Autoexigencia • Autodisciplina • Autoestima baja • Miedo al rechazo y al abandono.
Familia		<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de depresión • Abuso de sustancias • Obesidad Materna • -Alteraciones en las dinámicas familiares • Conflictos familiares • Anomalías en la relación de la Ingesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares con trastorno afectivo • Familiares con adicciones • Familiares con trastorno de la ingesta • Obesidad materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de Anorexia y trastornos psiquiátricos graves. • Conflictos Familiares

	Raich (2007)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*	De Elordoy y Pedraza (2006)
Sociedad				<ul style="list-style-type: none"> • Valor de la moda • Culto a la desgafez • Práctica de deportes (danza, ballet, gimnasia, etc.)

Cuando se habla de un factor predisponente como la edad, hallamos que la adolescencia es el período etario con una mayor predisposición. En esta etapa, el sujeto se encuentra sorprendido por los cambios en su morfología corporal, obligando al individuo a cuestionarse su identidad y formar una nueva. (Sánchez, 2006)

Sánchez (2006) resalta la pérdida de identidad corporal que ocurre en la adolescencia, en donde el individuo no se reconoce dentro de ese cuerpo, además de los cambios de roles que los acompañan.

Raich (2007) caracteriza la personalidad¹¹ de las personas anoréxicas como: inestables emocionalmente, condicionables al contagio, dependientes y evasivas. La personalidad dependiente genera en éstas un sentimiento de inferioridad e indefensión generalizado, se subordinan a las necesidades de los otros, asumiendo sus problemas y obviando los propios.

¹¹ La personalidad es la forma en que la persona afronta la vida, es una pauta de acción que no es inamovible. Su forma de actuar está compuesta por: lo que percibe, las emociones que experimenta y cómo reacciona ante estas.

Muchos autores, entre estos Calvo (2002), centran como factor social precipitante el deseo de la delgadez, poniéndolo como uno de los factores más determinantes en la predisposición de la enfermedad, como podemos observar en la siguiente cita:

“El contagio de los anuncios televisivos y los comentarios que flotan en el ambiente alcanzan tales niveles que llegan a producir obsesiones por la gordura a unas edades y con una intensidad completamente impensable hasta ahora. Existen niñas y niños de seis años que dicen estar gordos y se niegan a comer, buscando ya en la apariencia delgada la solución a sus problemas escolares y afectivos.” (Calvo, 2002, pp. 70)

Estas ideas pudieran refutarse al preguntar porque ciertos individuos se ven afectados y otros no, si el ideal está presente para todos los individuos. Calvo (2002) responde a esta pregunta al considerar que en el individuo existe una fragilidad psíquica, determinada por la crianza y los procesos de socialización recibidos en la infancia, provenientes de una posición extremadamente protectora o distante por parte de la familia.

En este trabajo no consideramos que sea el deseo de delgadez por sí mismo el factor predisponente esencial para llevar a una persona a un trastorno de alimentación, sino el significado que tiene la delgadez lo que hace que sea una forma de identidad, debido a que en nuestra sociedad estar delgado significa una vida de trabajo, éxito, amistad y felicidad. Esto logra ser visto con claridad en la tesis de Carrillo (2001), en donde se observa que las anoréxicas y no anoréxicas no buscan la delgadez por su principio en sí, sino por el significado que hay en ésta, al expresar la delgadez como un reflejo del éxito, del control, de la aceptación social, y no la delgadez por la delgadez, a pesar de que al final de la enfermedad se transfigure la dimensión de la delgadez, como observa también Toro (1996).

De igual modo, desde el punto de vista del psicoanálisis, se ha dado cuenta de que el rechazo a comer no es sólo por mantenerse delgadas sino por el problema de la oralidad como insinuación sexual, lo cual es un temor constante en jóvenes anoréxicas. (Tubert, Silvia, 1999, Baravalle y Vaccarezza, 1993)

No cabe duda que tanto Calvo (2002), como Toro (1996), entre otros, consideran que la familia es un factor importante, ya que existe un vínculo entre las características psicológicas del individuo, y las características familiares. Encuentran que estas familias esconden sus conflictos y / o reducen sus confrontaciones, y a su vez presentan dificultad en aceptar y conocer sus emociones, tanto negativas como positivas. Al parecer la razón por la cual estas familias no aceptan expresar sus emociones positivas es por verlas como signo de falta de control y debilidad, en cuanto a las negativas por considerarlas como signo de poca educación o de clase y como una descalificación personal, lo cual se desarrollará más adelante en las características familiares del presente trabajo de grado.

Factores Desencadenantes

Se entiende como factores desencadenantes aquellos que causan en el individuo el principio de una conducta atípica, en este caso una conducta diferente hacia la ingesta de alimentos. A diferencia de los factores predisponentes, los cuales se hallan desde la infancia del individuo, los factores desencadenantes son aquellos que en un determinado momento, aparezca la enfermedad. En el siguiente cuadro podemos apreciar los diversos factores que toman en cuenta Morandé (1999), Chinchilla (1995) y Toro y Vilardell (1987).

Los factores desencadenantes, generalmente ocurren en situaciones estresantes como: la pérdida de un familiar, el fracaso en experiencias sexuales o emocionales, fracaso personal como puede ser la pérdida de empleo, la negación de un premio, casarse, divorciarse, tener hijos, críticas acerca de su cuerpo o comentarios peyorativos y / o desagradables, enfermedades orgánicas y la pubertad. (Padín y Chinchilla, 1996; Raich, 2007)

Tabla II – Factores Desencadenantes de la Anorexia Nerviosa

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*
– Ayuno o dieta adelgazante	– Alteraciones neuroendocrinas	– Cambios Corporales
– Vómitos Autoinducidos	– Mediadores en Conflictos familiares	– Separación y Pérdidas
– Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso	– Familia Sobreprotectora	– Rupturas conyugales del padre
– Ejercicio físico excesivo	– Matrimonio	– Contactos Sexuales
– Enfermedad física con baja de peso	– Muerte de Padre	– Incrementos rápidos de peso
– Subida significativa de peso	– Dieta	– Críticas sobre el cuerpo
– Malestar o insatisfacción emocional		– Enfermedad adelgazante
– Pérdida Amorosa		– Traumatismo desfigurador
– Ruptura con amigos		– Incremento en la actividad física
– Cambio de ciclo escolar o colegio		– Acontecimientos vitales
– Agresión física o sexual		
– Separación de la familia		
– Conflictos de los padres		
– Enfermedad o muerte de un familiar		

* Toro y Villardell (1987), citados en Belloch y cols., 1995.

Fuente: Hurtado, 2002, p. 95.

Estas situaciones de cambio provocan en el individuo una caída en la enfermedad, porque demandan una capacidad de respuesta frente a los cambios sociales para poder solucionarlos, pero el individuo carece de las herramientas sociales para poder responder, por lo cual la evade, buscando una tranquilidad psicológica a través del control de los alimentos y la eliminación del surtidor de situaciones estresantes que es su contacto con la sociedad, lo cual se hace visible ante la terapia.

Aquí observamos el ciclo que producen tales características: el individuo criado en un ambiente sobreprotector, que le tiene miedo a las personas externas a la familia, es un individuo dependiente de ellos y por tanto sin capacidades para saber relacionarse con el

mundo exterior, ya que dentro de su familia nunca pudo experimentar la diferenciación. Pero ningún individuo puede ser apartado de la sociedad, por lo cual al generar contactos con ésta y recibir un cambio en el comportamiento o un comportamiento desconocido, se asusta y no tiene como ser guiado para resolver este conflicto; por lo cual se cierra a sí mismo a través de la anorexia.

Factores de Mantenimiento

Los factores de mantenimiento son el resultado de la transformación de los factores de predisposición y los factores desencadenantes a partir del momento en el que la enfermedad es evidente. Solamente se le suman las relaciones “alteradas” con los alimentos, a saber: los ayunos o dietas adelgazantes, vómito como purgación, uso indiscriminado de laxantes, desaparición del hambre y la exagerada actividad física como forma de eliminación de los alimentos.

Estas alteraciones alimenticias, generan una serie de comportamientos que se regularizan y se hacen inflexibles para poder mantener estos hábitos, estas son conductas reforzadas por un procedimiento definido por los psicólogos como reforzamiento negativo, es decir, de evitación de la adversidad. (Raich, 2007) Es por esto que su conducta cambia, teniendo las siguientes prácticas: cocina para los demás, colecciona recetas de cocina y realizan regímenes alimentarios, comen en soledad, esconden la comida o la manipulan para que se vea menos, su vida gira alrededor de la comida, no parecen salirse de lo que socialmente es normal puesto que los rendimientos escolares suelen ser buenos. (Carrillo, 2001)

Estos cambios en la conducta son aceptados por la familia a los fines de evitar conflictos interno, ya que le exige una reflexión del funcionamiento de la familia como tal, e igualmente cambios que permitan lograr el cumplimiento de los roles esperados de cada integrante de la familia. Por lo tanto, es evidente que la familia desde los factores predisponentes hasta los factores de mantenimiento, está inmersa en la conducta anoréxica, y a su vez, las mismas características del individuo que en sí parecieran convivir en una simbiosis.

CARACTERISTICAS DEL INDIVIDUO

En los precitados factores observamos ciertas características que se mantienen constantes entre las personas que manifiestan conductas anoréxicas, por lo cual se hace necesario detallarlas y desarrollarlas en la medida que la teoría así lo permita.

Entre los rasgos comunes de las personas anoréxicas, manifestados en sus conductas e interacciones con otros, se señalan unos perfiles específicos de personalidad asociados con esta enfermedad, entre los que hallamos: perfeccionismo, obsesiones, dependencia, control excesivo de la hostilidad y déficit de asertividad. (Hurtado et al., 2002)

El perfeccionismo de estas personas se hace evidente en su desempeño académico, ya que siempre buscan y logran ser sobresalientes, y en la descripción de sus padres como hijos ideales, ya que son muy colaboradores, sensibles ante las necesidades de sus padres y hermanos, y la ausencia absoluta de rebeldía. Como vimos anteriormente, el perfeccionismo será una fuente para ocultar su trastorno, el reflejo del aislamiento social que poseen, por lo cual no se puede rebelar a sus padres y a su vez el factor que hace que permanezca fija en lograr ese ideal de “delgadez”¹², ideal que nunca logrará porque no podrá verse a sí mismo como perfecto (Hurtado et al., 2002) debido a que la formación de su identidad nunca logrará ser encontrada a plenitud mientras no tenga contacto con pares, que permitan la formación de una identidad. Transformándose la delgadez en una obsesión.

La dependencia, como anteriormente se expuso, causa en ésta un sentimiento de inferioridad e indefensión generalizado, se subordinan a las necesidades de los otros, asumiendo los problemas de los otros y obviando los suyos. Lo cual a su vez causa un déficit de asertividad y la negación de su aceptación como persona causando una baja autoestima en el individuo, falta de seguridad y por ende un deseo de ser perfeccionista para poder lograr controlar las situaciones, logrando nada más controlar su alimentación. (Carrillo, 2001)

Es interesante considerar las conclusiones de los estudios realizados por Rogers y Petrie (1996) y Leon, Fulkerson, Perry y Earli-Zald (1995), en los cuales se establece que la

¹² A partir de este punto, es necesario cambiar el ideal de delgadez en sí, por la delgadez que refleja el deseo de ser exitosos, triunfadores, llenos de amistades y socialmente aceptados.

dependencia se manifiesta para mantener relaciones personales cercanas, especialmente con la madre; lo cual nos indicaría una única forma posible de relación de la persona, guardando concordancia con la escasez de habilidades sociales.

Estas personas al alcanzar la edad adulta se encuentran con características de niños, ya que poseen una falta de autonomía e independencia, lo cual es reflejo de problemas interpersonales de relación social, por tanto son introvertidos, inseguros, ansiosos y rígidos. Esto ocurre por la falta de recursos que tuvieron en la madurez para poder convivir con esos cambios y a su vez la ayuda de alguien para poder transitarlos.

No podemos escapar de nombrar la depresión en esta parte, ya que en diversos estudios han encontrado la existencia de una relación entre la depresión y la Anorexia Nerviosa, aún cuando no trasciende de ser reflejo de la situación conflictiva en la que se encuentra la persona.

En el trabajo de Morey y Kurtz, destacado por Gismero (2001), los autores encontraron un perfil de las anoréxicas que sugería personas con autoestima pobre, depresivas, y aisladas de los contactos sociales y una mayor introversión social que las bulímicas. Es a través de estos hallazgos que realizan su estudio denominado “Evaluación del Autoconcepto, la Satisfacción con el propio Cuerpo y las Habilidades Sociales en la Anorexia y la Bulimia Nerviosa”, en donde se observa que la característica individual que diferencia a las anoréxicas de las bulímicas, personas en dietas y aquellas “normales” es su dificultad en la autoexpresión social (participar en reuniones sociales, expresar sentimientos y opiniones, hacer preguntas, etc.) y expresan mucho menos sus desacuerdos o sentimientos.

Ahora, ¿estas características son anteriores o posteriores a la Anorexia? Según Gismero (2001) los problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta¹³ presentes en las anoréxicas son anteriores al trastorno. Estas características se pueden

¹³ Gismero (2001) menciona las siguientes características diferenciales: problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas

comprender como la falta de pautas para interactuar socialmente y de autoexpresión social; que en sí consiste en la interacción cara a cara permanente que se deben dar en los individuos.

Es importante destacar que este conjunto de características propias de las mujeres con conducta anoréxica posee una matriz originaria, la cual se encuentra en la socialización primaria recibida, es decir, las conductas específicas que se esperan de ellas: la pasividad y dependencia, en tanto que los sentimientos de independencia y asertividad son estimulados en menor medida, y que aprenden a suprimirlos en beneficio de los otros, elemento característico en familias con mujeres con conducta anoréxica (Hurtado et al., 2002).

A su vez, estas mismas características corresponden a ideales femeninos de etapas históricas anteriores, pero en virtud de las dinámicas sociales, estos ideales no concuerdan con los del tiempo presente, suscitándose tensiones entre la familia, sus miembros y la sociedad, pudiéndose entender de esta manera la falta de capacidad de interacción social de las jóvenes que presentan conductas anoréxicas.

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

“La familia es el engranaje del comienzo de la patología, además es el escenario donde con mayor asiduidad se desarrollan los hechos, y es el mejor elemento si se sabe gestionar bien su ayuda, para caminar hacia la curación de los enfermos.” (Carrillo, 2001, pp. 220)

Anteriormente hemos visto como estas familias poseen unas características que predisponen al individuo hacia un trastorno de alimentación. Weber y Stierlin (1989) en su trabajo *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?: Llave sistémica para la apertura, comprensión y tratamiento de la Anorexia Nerviosa* encontraron unas características que permanecían constantes en todas las familias de anoréxicas que estaban en terapia.

Estos hallazgos los llevaron a definirlos como familias centrípetas, es decir, familias rígidas en sus fronteras, que no permiten que el individuo tenga relaciones con otros fuera de la familia, en donde el mundo exterior es una amenaza, la relación de los progenitores es una relación de dominio-sumisión en la que se evita el conflicto y se les da mucho valor a las palabras.

Reconociendo en ésta dos características centrales: una excesiva cohesión familiar y una falta de adaptabilidad en sus normas y roles, principalmente.

“En algunas familias, los hijos tienen problemas de individualización, porque sus miembros se implican unos con otros, sin respetar los límites y la identidad de cada uno. La autonomía, la independencia, la separación y la identidad individual son casi imposibles. Cada miembro de la familia participa de los cambios corporales, pensamientos y sentimientos de los otros, y todo acaba siendo una especie de propiedad conjunta. La lealtad familiar a ultranza se consigue infiltrando ideas como: “En las buenas familias se preocupan unos por otros”, “Somos mejores”.” (Calvo, 2002, pp. 88)

Calvo (2002) llama la atención de que estas familias que tienden a presentarse como perfectas se observan coaliciones ocultas o díadas entre sus miembros, muchas veces por los padres que buscan apoyo y alivio de sus decepciones personales y matrimoniales. Esta díada se tiende a dar generalmente entre madre e hija, ya que por lo general la madre se proyecta totalmente a sus hijos, en especial a la joven que presenta la conducta anoréxica, sintiendo la paciente la necesidad de apoyo de su madre, inmolándose a resolver esos conflictos maternos. (Calvo, 2002; Stierlin y Weber, 1989; Minuchin, 2003; Carrillo, 2001) Para Calvo (2002), como otros autores, observan que la anorexia es una técnica para servir a la unión a los padres.

Stierlin y Weber (1989) analizan dichas familias en dos contextos: el externo y el interno, que hace referencia al contexto en el cual está inmersa la familia y su relación con la anorexia. El primero fue caracterizado por sociedades industriales occidentales¹⁴, en donde la movilidad social está presente, y que genera un distanciamiento de su entorno original y a la vez un tanto alejado de su entorno actual; siendo estos temores al mundo exterior transmitidos a los hijos, reforzando el credo familiar. En tanto que en el contexto interno se hace referencia a las interacciones y situaciones tales como: padres con relaciones estables carentes de pasión y de demostración afectiva, en donde la unión se dio por un mutuo acuerdo, en donde el rol de la

¹⁴ Raich (2007) considera que todos estos trastornos están presentes en sociedades no occidentales, pero que sin duda alguna han sido occidentalizadas.

madre se limita al cuidado de los hijos y a la administración del hogar, en tanto que el rol del padre es el de garantizar la seguridad financiera, y el status del hogar.

Estas familias pueden mantener tal situación porque poseen el valor de “voluntad de unión” que no es más que la motivación de la familia para que los miembros se mantengan unidos a toda costa, se aferren y dependan el uno del otro sin cuestionamientos, conservando las esperanzas de la supervivencia del mundo tan peligrosamente imaginado, están centrados en el interés físico de los demás y en el “credo familiar”, cuyos valores centrales son: autocontrol, autosacrificio, abnegación, renuncia personal, negar la gratificación de los deseos; además de los sistemas de justicia en donde se evita el conflicto, hablar de diferencias y están orientados al logro colectivo.

Estas características van haciendo que las fronteras entre el individuo y la familia se tornen cada vez más difusas, en donde no hay un líder definido por no permitirse los conflictos, pero el padre siempre mantendrá la batuta, a pesar del desacuerdo de la madre, por lo cual se alía con su hija para resistir psicológicamente el conflicto, lo cual dificultará más el consenso y la negociación a través de la comunicación.

Este tipo de relaciones entre los padres hace que el padre, triunfador laboralmente, se sienta en segundo plano, mientras que la madre está supervinculada con sus hijos y a su vez se produce una cierta materialización del padre. Éstas no se sienten satisfechas con su papel de madres, se han visto abandonadas en la crianza de sus hijos, son inseguras y transmiten a éstos esta actitud.

Este padre en la infancia de la joven anoréxica, en la mayoría de los casos, se presenta con una muy buena relación filial, la cual se va distanciando a medida de que la joven va creciendo. Volviéndose más controlador e intruso con sus hijas, por lo cual empieza una comunicación verbal menos fluida. (Carrillo, 2001)

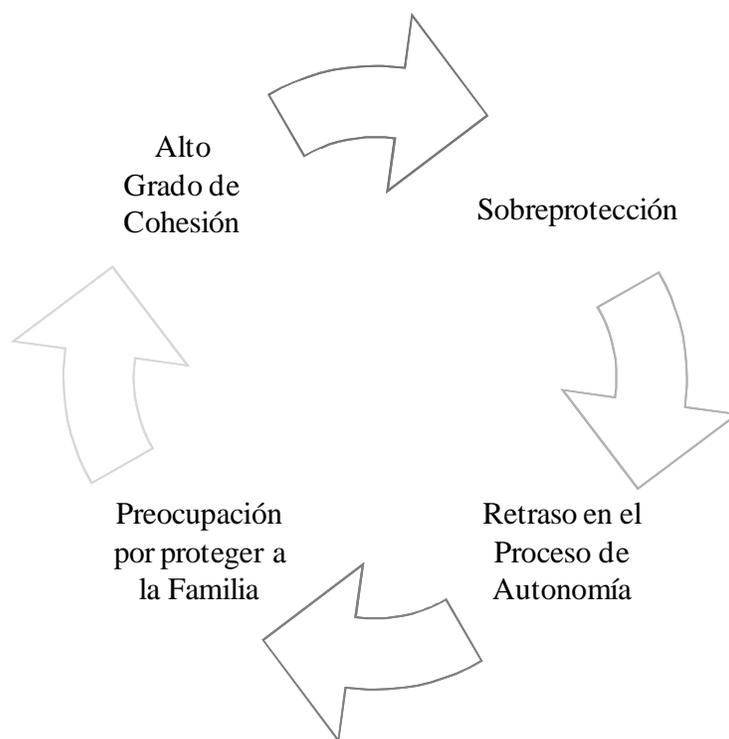
La sobreprotección es un reflejo del temor que tiene la familia al mundo exterior para disminuir en estos su ansiedad y miedos, lo cual es impropio para las jóvenes adolescentes, dificultando la formación de su identidad. Esta sobreprotección puede ser la causante de las dificultades que tienen estos pacientes a relacionarse con su mundo exterior, al cual le tienen

miedo; esta falta de habilidades sociales es típico de las jóvenes que manifiestan conductas anoréxicas.

Todo esto forma un círculo vicioso, la escasez en la identificación de los roles de cada uno de los miembros, la comunicación verbal, el establecimiento de una organización jerárquica y de límites acordes con la edad de sus miembros, la clara alianza (la cual favorece a las alianzas entre los padres e hijos), guardan relación con las tradiciones que las han influenciado y sucesos que llevaron a la familia a este tipo de interacción.

Con respecto al medio exterior, estas familias tienden a seguir vinculadas con sus lazos familiares originales, procesos de inmigración y de mejoras en el estado socioeconómico, que justifican la extrema cohesión de estas familias, y a su vez la incapacidad de relacionarse con otros.

Gráfico I – Cadena de eventos en el Alto Grado de Cohesión.



Fuente: Hurtado et al., 2002. Gráfico de elaboración Propia.

En este círculo vicioso se puede observar la forma en la que la familia es reflejo de las situaciones sociales a las que se ve sometida, y a su vez que se reflejan en la sociedad. Por lo

cual, se hace necesario considerar una aproximación a las características sociales para comprender el panorama completo de la conducta anoréxica.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Murray (2003) señala que existen dos factores importantes en los trastornos de alimentación, que son el psicológico y el sociológico, considerando que las formas psicológicas responden a situaciones sociológicas, señalando a la familia y la cultura como factores sociológicos a resaltar. En el caso de la familia hallamos una fuerte relación entre su función y el desarrollo de la conducta anoréxica, es decir, la excesiva cohesión familiar, una relación cercana entre madre e hija y el distanciamiento entre padre e hija, que pueden ser comprendidos a través de situaciones sociales conflictivas derivadas de guerras o conflictos sociales, así como de situaciones de crisis económicas o políticas, o procesos migratorios.

En el aspecto cultural, se hace resaltar el alto valor hacia la delgadez o dietas, el valor de la opulencia, y a la crisis de traspaso del rol de la identidad femenina, de una sociedad patriarcal a una sociedad plural.

Estos valores culturales que rinden culto a la delgadez, son difundidos por los medios de comunicación a través de presentar la idea de delgadez como atractiva, saludable y deseada; asociada a la belleza, alta autoestima, elegancia, prestigio, juventud, aceptación y éxito social, en tanto que en el caso de la gordura se hacen ofertas a su solución a través de venta de medicamentos, alimentos y cirugías para adelgazar.

“La idealización social hacia la delgadez lleva a muchas adolescentes y adultas jóvenes a equiparar la belleza y el éxito con una figura esbelta. Esto, debido a que en esta etapa evolutiva, los individuos están más frecuentemente preocupados por las formas en que son percibidos por las demás personas (yo social) y la temática de la identidad y la confianza íntima que son prominentes en el desarrollo personal del género.” (Behar, De la Barrena y Michelotti, 2001)” (Pereira y Verdura, 2008)

Selvini-Palazzoli y Selvini, al igual que otros autores de la década anterior a 1990, consideraron que la conducta anoréxica se manifestaba como una crítica a la opulencia, dada la ausencia de ésta en los países de “Tercer Mundo”. Esta aseveración ha sido desestimada

debido a que en sociedades de “Tercer Mundo” se presentan casos de anorexia con el mismo nivel de aquellos países en donde la así llamada opulencia es más notoria, además de no hallarse diferencias por clases sociales.

Estas características sociales nos permiten entender que la conducta anoréxica no es un fenómeno circunstancial ni esporádico, sino que posee una base social a lo largo de la historia en diferentes contextos, utilizando y siendo a su vez utilizado por la familia para enfrentar y superar estas circunstancias.

¿POR QUÉ MUJERES?

Para Stiergel-More (1993) esto se debe al rol de la mujer en nuestra cultura. Tempranamente las niñas se identifican con su género, lo cual está ligado a las expectativas de su rol sexual. La feminidad se refiere al grado en el que el individuo posee las características asociadas con el estereotipo de su rol sexual y hay dos características muy claras en la cultura occidental de la feminidad: 1) las mujeres están más orientadas a un nivel inter personal superior a los hombres, y 2) la belleza es un aspecto central a la feminidad.

En el primero, parece que las mujeres consideran más relevante preocuparse por los sentimientos y el bienestar de los otros que los hombres. Están más interesadas que ellos en obtener la aprobación social y evitar la desaprobación y quieren dar la impresión de ser sociables. Por otra parte, en nuestra sociedad se considera como más atractiva, tanto a hombres como a mujeres, aquellas personas que sean más sociables, es decir, más populares.

En el segundo caso, para ser consideradas atractivas, las mujeres han de ser percibidas como bellas. Los hombres conceden gran importancia a la belleza física de sus parejas, mucho más que las mujeres. Ser delgadas es una condición central de la belleza femenina. Dada la gran importancia de la apariencia física en las mujeres para obtener éxito social y que las mujeres tienen más en cuenta las opiniones y la aprobación de los demás, no es de extrañar que tanto su apariencia como su peso tengan mayor prioridad en sus vidas.

Además, las mujeres tienen la responsabilidad de la comida y a su vez de los ayunos. Una práctica realizada por éstas muchas veces es no comer sin levantar sospecha, para regular los

recursos económicos del grupo, mostrar su conformidad / disconformidad o su “aceptación / integración social y personal” y / o socializar a sus miembros. (Gismero y Godoy, 2006)

También existe un problema desde la construcción conceptual de la anorexia nerviosa, que es concebida como una enfermedad de las mujeres, sus síntomas están preescritos para las mujeres, como se observa en el DMS-IV con el requisito de la ausencia de la menstruación, esencial para poder catalogar a la paciente como anoréxica. (Gismero y Godoy, 2006), impidiendo así el diagnóstico de hombres que pudieran presentar una conducta anoréxica.

¿POR QUÉ ADOLESCENTES?

En la adolescencia se presentan una cantidad de cambios físicos y de comportamientos esperados. Para Stiergel-More (1993) el enfrentarse a estos cambios corporales con el aumento de peso y grasa corporal que es normal en la pubertad de las mujeres, sitúa a la chica en el polo opuesto al modelo social. Encontrándose ella en un nuevo cuerpo, en donde va a decrecer un poco la autoestima, pero al estar guiada y poseer pares que ayuden a afrontar la situación, su autoestima irá aumentando.

En esta edad se generan una cantidad de cambios, en el que los patrones de comportamiento y acompañamiento, contemplan el distanciamiento de la familia y el acercamiento a sus pares, siendo necesario el aumento de las relaciones extrafamiliares. Se buscará la solidez en estas relaciones, pero siempre habrán inestabilidades y fluctuaciones ya que se formarán nuevos grupos, cambios del deseo de su futuro, nuevos ideales, entre otros; por lo cual sigue siendo necesario la estabilidad que le brinda la familia en su identidad. “Los jóvenes se identifican más con el grupo que con la familia y necesitan su aprobación constante, así como dejarse llevar por los gustos, deseos y maneras de actuar y vestir de estos, incluyendo por supuesto una influencia notable en la manera de actuar y de comportarse.” (Carrillo, 2001, pp. 227-238)

RELACIONES ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES

Comprender la anorexia sólo desde el individuo ha sido un fracaso; las relaciones y características familiares aparecen en los estudios sobre la anorexia como influyentes y a su vez son modificadas por el individuo. Al mismo tiempo estos comportamientos parecen

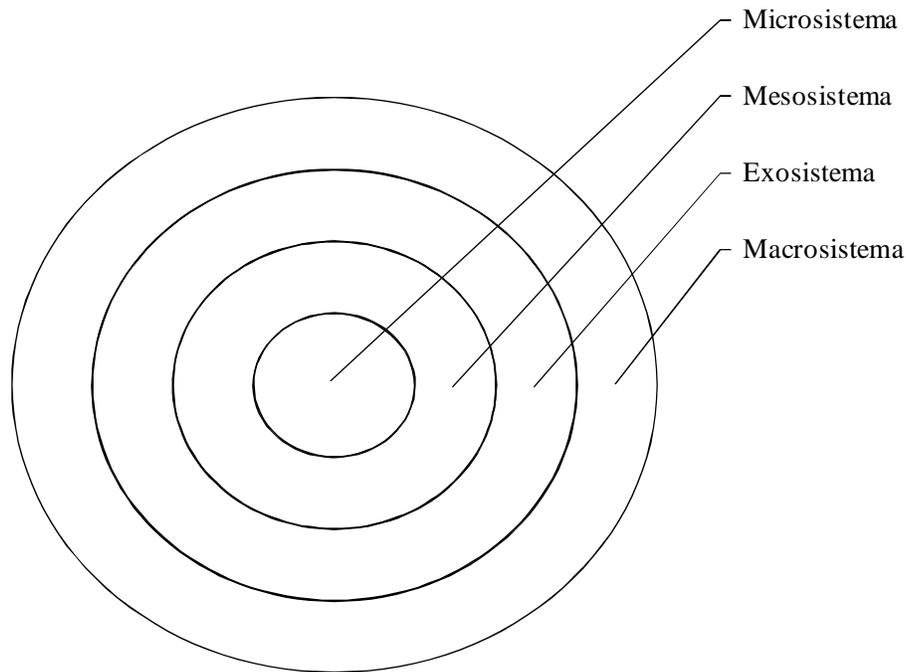
guardar relación con el entorno social, ya que todo individuo es parte de un contexto social dentro del cual interactúa y está interconectado con otros individuos. Esta red de relaciones es lo que conocemos como sociedad, junto con los significados que se generan en ellos y que son institucionalizados, por lo cual cuando ocurre un cambio en este contexto, afecta al funcionamiento de todos los integrantes. Un ejemplo indudable de cómo nos relacionamos con el mundo externo es el lenguaje, el cual afecta nuestra estructura mental.

“El principio de la interconexión se aplica no sólo dentro de los entornos, sino también, con la misma fuerza y la misma consecuencia a los vínculos entre entornos, tanto aquellos en los que tal vez no entre nunca, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el ambiente inmediato de la persona. Los primeros constituyen lo que llamaré los mesosistemas, y los últimos, los exosistemas.” (Bronfenbrenner, 1987, pp.27)

Para Bronfenbrenner (1987) este mundo en el que vive el individuo lo llama ambiente ecológico y lo divide en cuatro estructuras o subsistemas concéntricos, donde cada uno está dentro del otro, como las Matriuskas (muñecas rusas), los cuales son:

1. **Microsistema:** es un conjunto establecido de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona vive en un entorno específico, con características físicas y materiales particulares. Está conformado por la familia y los amigos o pares.
2. **Mesosistema:** es el conjunto de microsistema al que la persona pertenece y el cual está en constantes cambios, lo cual constituye su entorno.
3. **Exosistema:** se reconoce a los diversos entornos en el cual el individuo no está incluido activamente en una relación cara a cara constante, pero en los cuales ocurren sucesos que afectan a los entornos inmediatos del individuo, y por lo tanto termina afectándolo.
4. **Macrosistema:** se refiere al conjunto de creencias e ideologías que sustentan la correspondencia entre todos los sistemas, desde el microsistema hasta el exosistema.

Gráfico II – Sistema Concéntrico de Bronfenbrenner, 1987.



Esta forma de acceder a la realidad de las interacciones e interrelaciones de lo micro y lo macro, nos permite en esta tesis analizar y comprender la anorexia en un cuadro mucho más amplio, al que se ha venido investigando, debido a que tiene una visión centrada en la complejidad que representa el individuo, el cual es un ser de por sí social y por lo tanto sus conductas generalmente responden a una situación social específica.

Luego de la revisión bibliográfica sobre la cual hemos sintetizado este marco teórico, queremos proponer que en la conducta anoréxica, el ambiente ecológico está compuesto por los elementos que se presentarán a continuación, de lo cual quedaría averiguar en la tesis una parcialidad de éste.

En el individuo vamos a diferenciar las características físicas y psíquicas, las cuales a su vez se afectan mutuamente. En la primera observamos que en su mayoría presentaron casos de gorduras cuando eran pequeñas, la adolescencia, ser mujer; no se observa ningún daño o enfermedad a nivel cerebral. En el caso de la segunda se observarán casos de ansiedad, depresión, falta de asertividad, baja autoestima, perfeccionismo, dependencia, desconocimiento de sus necesidades y faltas de habilidad social.

El microsistema estará compuesto por la familia y los amigos o pares. Antes de caracterizar cada uno, es importante aclarar que el presente trabajo de grado pretende esclarecer si éstas son características propias, ya que estos hallazgos parten de investigaciones basadas en la terapia, en la cual la población no toma aquellas anoréxicas y familias que no asisten a terapia ni se establecen diferencias de la población no anoréxica.

En el caso de la anorexia, la familia tiende a mostrarse como perfecta, como protectora de sus hijos, tendiendo a exigir un compromiso muy fuerte con el interior, cerrándose lo más posible al mundo exterior el cual le infunde temor. Logran esto a través de credos que transmiten a sus individuos y el control en las palabras y acciones. En otras palabras, la cohesión en estas familias tiende a ser muy interiorizada y estática para poder mantenerse así, los valores o ideas que la rigen tratan de mantener este estado de cohesión, el cual es perjudicial para el mismo sistema, ya que por su naturaleza requiere que sea dinámico para poder cumplir con sus funciones.

Tomando en cuenta la sensación constante de las anoréxicas de sentirse solas, que puede estar basada en un hecho real, ya que ese tipo de cohesión imposibilita el contacto con el mundo exterior que en la adolescencia es sumamente importante para el desarrollo de la identidad y el aprendizaje de nuevos roles. Esto a su vez se puede conectarse con la falta de habilidades sociales, es decir, la incapacidad de interactuar con otros distintos o iguales a ellas y la falta de asertividad, ya que las adolescentes toman pocas o ningunas decisiones.

“La importancia de la familia en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y en que, por otra parte, resulta responsable en gran medida de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta.” (Luís Flaguer, 1998: 36)” (Navarro, Musitu y Herrero, 2007, pp.19)

A partir de este punto, es imprescindible destacar que la función principal de la familia: la socialización del individuo, a su forma de socialización: el “qué” y el “cómo”. Para efectos del presente trabajo de grado, estas dos formas nos van a permitir entender cómo se relacionan los distintos ambientes ecológicos, ya que el “qué” responde a los elementos sociales y culturales y los valores que le transmiten, por lo que corresponde una relación con el macrosistema,

mientras que el “cómo” responde a las diferentes estrategias que los padres utilizan para inculcar a sus hijos las normas y valores determinados y controlar sus conductas. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

Se ha demostrado que en este caso tal característica parece depender de los padres, y que intermedian los siguientes factores: el mesosistema, con grupos de apoyos como las asociaciones de padres, psicopedagogos, las instituciones educativas, que ayudan a la familia a tener herramientas y apoyo para poder ejecutar tales acciones; el exosistema son las situaciones políticas, sociales y económicas que pueden determinar la disposición y la calidad de los padres en lograr estos objetivos, como por ejemplo: si el individuo está viviendo una situación de inseguridad extrema, los padres deben asegurarse que sus hijos estén en lugares lo más seguros posible, por lo cual empiezan a tener más control en las salidas de sus hijos, o si el padre debe trabajar demasiado, por la situación económica imperante, para sustentar a la familia, se generará otra dinámica en la familia, distintas a los padres que no deben trabajar tanto, etc.

Para Bronfenbrenner (1987) la díada es el componente básico del microsistema, porque hace posible la formación de estructuras interpersonales más grandes, ésta puede ayudar o dificultar el desarrollo psicológico de los miembros del microsistema. Lo que puede ayudar a un efectivo funcionamiento de la díada dependerá de la existencia de otras relaciones diádicas con terceros. Es por esto que cuando diagnostican la díada entre madre e hija en las adolescentes con conducta anoréxica, no se permite la inclusión del padre en ésta, lo que nos muestra como se está presentando un problema en el desarrollo de este microsistema, que se debe a problemas entre los padres por desconocimiento de las actividades de la mujer en el hogar y su soledad en el cuidado de los hijos y el hogar.

En cuanto al mesosistema se posee poca información, ya que la mayoría proviene de la psicología y son escasas las investigaciones de la sociología sobre la anorexia. Suponemos que el mesosistema podría estar integrado por los siguientes elementos: el trabajo del padre y la familia, ya que se ha encontrado que los padres de las personas anoréxicas son adictos a su trabajo. Con respecto a la escuela y la familia, no se poseen datos; sin embargo se cree que la relación de éstas deben ser buenas o por lo menos responden a las expectativas mutuas que tienen entre la escuela y la familia dadas las buenas calificaciones de las hijas, por lo cual no

deben llamar la atención a los padres por su hija. Es decir, en la escuela los padres deberían ser reconocidos por los logros de la hija, pero se desconoce si éstos forman parte del colegio. El otro posible elemento sería la vecindad y la familia, pero al igual que la anterior se asume que no existen bases sostenibles para la relación; debido al dato aportado por Stierlin y Weber (1989), el cambio de situación económica generalmente hacia un aumento, induce a creer que estos se encuentran en un entorno en el cual desconocen cómo se dan las relaciones entre los vecinos.

“Se considera que la capacidad de un entorno (como el hogar, la escuela o el lugar de trabajo) para funcionar de manera eficaz como contexto para el desarrollo depende de la existencia y naturaleza de las interconexiones sociales entre los entornos, lo que incluye la participación conjunta, la comunicación y la existencia de información en cada entorno con respecto al otro.” (Bronfenbrenner, 1987, pp.25)

También hay que destacar el siguiente punto: de ser cierta la tipología de familia cerrada al exterior y los valores de sacrificio por mantener unido al sistema que generan un estado de dependencia en el individuo, hace que los roles que se esperan del individuo en la familia sean incompatibles con los roles de los otros entornos de la anoréxica, como son las metas confrontadas de ambos entornos, ya que una requiere la dependencia de sus individuos para desarrollar homogeneidad de pensamiento y la otra la independencia para desarrollar diversidad de pensamiento.

A su vez, si no existen grupos de apoyo o son pocos los entornos en los cuales puede interactuar el microsistema, entonces se reconocerá como un mesosistema con vínculos débiles, lo cual implica que el potencial evolutivo del sistema disminuye. También si la persona no tiene un entorno de poder, el mesosistema se verá igualmente debilitado. (Bronfenbrenner, 1987)

Un integrante del mesosistema de jóvenes anoréxicas es la Internet, donde a través de blogs pro-ana y pro-mía, están a favor de la anorexia y la bulimia respectivamente, y en el que publican sus consejos y experiencias, en los cuales se generan vínculos que respaldan e intercambian sus actitudes, siendo así una fuerza para reforzar sus conductas; pudiendo ser

éste un entorno de poder, el cual por tales razones puede ser catalogado como peligroso. Ahora esto no es común a toda la población anoréxica, ya que el poder económico de la familia limita y condiciona el acceso a la Internet.

El exosistema en las anoréxicas, estaría integrado por:

1. El contenido de la televisión y revistas: sin duda alguna la sociedad define y acepta la información de éstas, a pesar de saber que muchas veces no son imágenes de nuestra realidad sino tipificaciones e ideales de la sociedad, ya que minimizan y / o simplifican la información.
2. La situación económica: las situaciones económicas fluctuantes generan un cambio en los comportamientos de los individuos, como puede ser el aumento del acceso económico que hace que los jóvenes en las familias puedan independizarse más tempranamente, o en caso contrario independizarse más tardíamente. A su vez pueden influir en un proceso migratorio, positivo o negativo.
3. El acceso a la atención psicológica, particularmente en este caso y en Venezuela, ya que al resultar difícil el acceso a esta atención, resulta más complejo generar la concientización necesaria para enfrentar esta enfermedad, así como de la conformación de grupos de apoyo que cuenten con los recursos necesarios para afrontar los cambios familiares.
4. Situación social conflictiva o peligrosa: cuando la situación es conflictiva o peligrosa la familia tiende a cerrarse más para generar mayor protección a los individuos que la integran, y a su vez dificulta las relaciones con otras personas que no sean conocidas o que puedan ser factor de disgregación familiar.

Muchas de estas características se encuentran en el trabajo de Weber y Stierlin (1989) a saber: el aumento en el status económico de la familia, vivencia de guerras por algunos de los familiares y a su vez pobreza, las cuales parecieran tener una base en la realidad histórica de Alemania (Padres que sobrevivieron a la II Guerra Mundial y que crecieron a la sombra de la post-guerra con las carestías y riesgos que representaron dicha época).

El macrosistema es el que sustenta el conjunto de creencias e ideologías entre todos los sistemas: desde el microsistema hasta el exosistema. En el macrosistema, se hace referencia a los valores dados a la belleza, el éxito, la aceptación social, el control de los comportamientos, y los cambios de las funciones de la mujer en la sociedad, que ha pasado de una postura más pasiva y sumisa, a una más activa y participativa, causando cambios en las estructuras familiares y en particular al mando de la familia, con elementos de matricentrada y patriarcal.

La matricentralidad la entendemos como el predominio de la mujer en la familia, en cuanto es la dispensadora de las emociones y el cuidado de los hijos. Es matricentrada porque el padre permanece ausente en las relaciones de las familias, y sólo pareciera aparecer como el proveedor económico, pero a su vez es patriarcal porque el hombre es el que aparece como figura de mando en la familia.

“La madre es la figura central de la familia venezolana, y no está dispuesta a renunciar a ello. En una sociedad donde, por lo demás, a las mujeres se le niegan muchos privilegios, la mujer aspira a compensar esta desventaja adueñándose por completo del privilegio emocional del venezolano. No le interesa el amor de su esposo, sino el de su hijo. El esposo llega a ser una amenaza para su imperio emocional. Si el marido no se interesa por ella, es porque al mismo tiempo la mujer no le ofrece la oportunidad de que así sea.” (Campo-Redondo y Gabriel, 2007, pp.10)

A su vez esto nos demuestra que existe una forma común en Venezuela en la cual se tienden a organizar las parejas, siendo un distanciamiento entre ellos, que dificulta una comunicación adecuada y acciones conjuntas entre ellos, permitiendo la producción de este tipo de relaciones. Y al tomar a los hijos como capital emocional de la madre, se genera una díada madre-hijo que dificulta el desarrollo con la pareja y a la vez de los hijos-padres.

De ser cierto un tipo de interacción específica de las familias con un miembro anoréxico, estas parecieran seguir teniendo estos elementos, pero en cuanto a las dinámicas se presentan cambios, ya que no requiere que estén altamente unidas. Un ejemplo es el distanciamiento de la hija del hogar al independizarse. En el caso de la anorexia imaginamos que a ésta se le

enseñan los diversos roles para ser madre y a la vez ser competitiva, pero no se les facilita poder independizarse y así lograrlo.

Este modelo, presentado hipotéticamente, es una línea de investigación a seguir. A los fines efectos de este trabajo de grado, nos centraremos a indagar una parte nodal de nuestro modelo: la familia, en específico sus dinámicas internas que afectan su relación con el mundo exterior, por lo cual hablaremos de un estilo de interacción familiar, centrándonos en su cohesión y su adaptabilidad.

Se investiga si las familias anoréxicas poseen una excesiva cohesión familiar y baja adaptabilidad familiar, como estilo de interacción familiar típico de las anoréxicas, u otras que lo diferencian de las no anoréxicas. Por lo cual, en el siguiente capítulo examinaremos las familias, centrándonos en su misión de socialización al individuo para el interior de la familia y para el exterior, con la sociedad, y además como esa socialización responde a la cultura y a los acontecimientos de nuestra sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

LA FAMILIA: PARTE NODAL DEL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD

En el capítulo anterior observamos la conducta anoréxica como un síntoma de un problema social, que se centra en la dificultad de relacionarse con los otros y así poder construir su propia identidad, considerando que dentro del amplio mundo de agentes predictores, la familia resume un factor importante en el desarrollo del individuo y de sus habilidades sociales, como su espacio para formarlo, por lo cual en este capítulo trataremos de comprender como veremos a la familia, buscando así el punto clave de la interacción familiar que se relaciona con las características de las jóvenes anoréxicas.

“La familia es (...) una muestra de sangre que permitirá al médico tener acceso a una visión general del organismo, a saber el Estado y la sociedad en general...”

(Campo-Redondo y Gabriel, 2007, pp.88)

En las siguientes líneas analizaremos el concepto de familia, así como su relación con los individuos y la sociedad, por lo que se hace necesario considerar sus diversas definiciones, su relación entre estructura y dinámica e igualmente los roles de ésta, y de esta manera llegar al concepto de cohesión familiar a los fines de medir concretamente una forma entre muchas de interacción entre la sociedad, la familia y los individuos que aporte sustancialmente a la comprensión de la aparición de la conducta anoréxica.

LA FAMILIA: BASE FUNDAMENTAL DE LA FORMACIÓN DEL INDIVIDUO.

“La mayor parte de la población mundial vive en familias; pero la estructura o forma varía no sólo de una sociedad a otra, sino también dentro de una misma sociedad.” (Goode, 1966, pp.96)

En la actualidad, la definición de familia es controversial por lo cual hay diferencias entre los conceptos. Diferencias que a su vez ayudan a observar como estas distintas definiciones, pueden reflejar las diversas explicaciones, que se expusieron en el capítulo anterior, que dan las diversas escuelas psicológicas a la conducta anoréxica. A continuación se presenta en la siguiente tabla, un resumen de las definiciones de familia según las teorías correspondientes:

Tabla III – Definiciones de Familia según diferentes Teorías o Corrientes Sociológicas

Teoría o Corriente Sociológica	Definición de Familia
Del Conflicto	Sistema dirigido hacia la regulación del conflicto, el cual es un reflejo del conflicto de clases en la sociedad, en el que la división del trabajo, fundamentada en el género en los matrimonios monógamos, constituye el primer conflicto de clases en la historia, en donde la mujer es de clase oprimida, y el hombre es de clase opresora.
Funcionalismo Estructural	Estructura social que permite a sus miembros la satisfacción de sus necesidades, al tiempo que facilita la supervivencia y el mantenimiento de la sociedad.
Los Sistemas Familiares	Grupo social orgánico, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y su estructura limpian y califican la experiencia de los miembros de la familia.
Ecología Humana	Sistema de apoyo vital de sus integrantes dependiente de las características de los ambientes naturales y sociales en los que se encuentra inmersa.
Desarrollo Familiar	Grupo social intergeneracional, organizado sobre las bases de las normas sociales establecidas por el matrimonio y la familia, y que intenta mantener el equilibrio ante los continuos cambios que se suceden a lo largo del desarrollo de su ciclo vital.

Teoría o Corriente Sociológica	Definición de Familia
Interaccionismo Simbólico	Agente principal encargado de la socialización de las personas, el cual ayuda a que sus miembros aprendan a través de la interacción a desenvolverse y desarrollarse afectivamente en la sociedad.
Del Intercambio	Conjunto de relaciones, en las cuales los individuos actúan para maximizar los beneficios.
Feminista	Lugar de opresión y conflicto debido a la subordinación de las mujeres, es una "ilusión socialmente necesaria".
Fenomenología	Modo de organizar el significado de las relaciones interpersonales.

Fuente: Navarro, Musitu y Herrero, 2007 pp.15-16, Minuchin, 2003, Berger y Luckmann, 1978)

En la teoría del conflicto se entiende perfectamente la interpretación que da el psicoanálisis de las razones de las anoréxicas para su conducta, permitiéndonos centrar la situación conflictiva de la mujer con su rol en la sociedad que la enferma, y que se mantiene y reproduce en su núcleo familiar, siendo así la familia una pieza clave para comprender esta enfermedad. Asimismo, cuando se hace énfasis en que la anorexia constituye una conducta suicida al individuo, la familia es la que se debe encargar de su supervivencia, e incluso, si se le piensa como el valor que le da la anoréxica al peso, la imagen y el éxito social, esto guarda relación con los valores inculcados por la familia, el modo en que organiza los significados, entre otros.

En otras palabras, todas estas definiciones sobre familia expresadas en la tabla arriba indicada, hacen referencia a un grupo filial o de parentesco de personas en donde el individuo inicia su vida social, pasando por un proceso de inducción que lo llevará a convertirse en un miembro de la sociedad, con una identidad y valores afines a la misma, y que influyen en su interacción con otros individuos y que a su vez ésta es influida por la sociedad. (Navarro, Musitu y

Herrero, 2007; Berger y Luckmann, 1978). Por lo tanto cada una de las definiciones anteriores varía en su foco de atención, pero ninguna anularía a la otra, sino reforzaría la importancia que tiene la familia como institución social, por lo cual es una pieza clave para comprender la anorexia, ya que ésta es entendida a los efectos de este trabajo de grado como un problema de identidad.

Con respecto a la interacción de los individuos dentro del grupo familiar, podemos decir que ésta determina las características de la familia, la cual está influenciada por las características estructurales y personales de sus integrantes, y a su vez, está determinada por estímulos recibidos tanto internos como externos a ésta; en el caso de los efectos que generan en la familia los estímulos exteriores, se observa en las diferencias que hay entre familias de diferentes etnias, o la diferencia entre familias que han experimentado experiencias violentas o traumáticas y aquellas que no. Por lo tanto, la interacción presente en las familias hace que ésta sea “más que las sumas de sus partes” (Whitaken, C. y Bumbery, W., año?, pp 77).

De acuerdo con el Bureau of the Census, la familia es “un grupo de dos o más personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción, que residen juntas; todas estas personas son consideradas miembros de una familia” (citado por Winch y McGinnis, 1953, Pág.101). En la obra de Jonson et al. (Jonson, H. M. y Otros, 2002, pp.24-25) se enfatiza además que la familia se encarga de hacer un ser vivo en un ser humano, ya que es a través de la familia que el individuo recibe una socialización primaria, en donde se consumen en gran medida las transformaciones de modelaje del individuo, a través del lenguaje y de la enseñanza del desempeño de muchos roles (Goode, 1966).

Con base en lo anteriormente expuesto, podemos aseverar que la familia constituye el primer contexto en el que se inicia el desarrollo afectivo, social y cognitivo, ya que en ella se establecen las primeras relaciones sociales, en donde el individuo no solo comienza con el desarrollo de una imagen de sí mismo, sino también del mundo que le rodea. Es por esto que cuando observamos la anorexia como un problema de socialización, de falta de habilidades sociales y de resolver los conflictos de forma que atente contra su salud, se hace necesario observar a las familias, y así determinar los factores causantes de la anorexia en los individuos.

Indistintamente de los cambios en la estructura y funciones a lo largo de la historia, de su variedad cultural y de la coexistencia de diversas formas familiares, la familia continúa siendo un referente importante para los seres humanos. De hecho, la mayoría de las personas viven en familia y la calidad de estas relaciones influye en el desarrollo de la identidad personal, de la confianza en uno mismo y en la capacidad para desarrollar habilidades que permitan a la persona en un futuro desenvolverse en situaciones difíciles y nuevas. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

FUNCIONES DE LA FAMILIA: SOCIALIZACIÓN E IDENTIDAD

La familia cumple (o debería cumplir) con funciones necesarias para su supervivencia, relacionadas con la perpetuidad de la cultura perteneciente a su sociedad. A saber:

- a) Los miembros de la familia pretenden mantener la integridad de ésta como una identidad separada por medio de un soporte económico, y ofrecen a sus miembros una seguridad física y un sentimiento de pertenencia.
- b) La familia ayuda a sus miembros a desarrollar una personalidad eficaz, así como una adecuada adaptación social.
- c) La familia es el medio y el contexto principal en el que los sentimientos alcanzan su máxima expresión. En ella se expresan tanto el afecto y la filiación como el desagrado y el rechazo.
- d) La familia establece una serie de mecanismos que permiten el control de la conducta y la socialización de los niños, denominado comúnmente como técnicas de disciplina o prácticas educativas familiares. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

En este sentido, Navarro, Musitu y Herrero (2007) definen dos funciones centrales de la familia en los niños: el desarrollo de la identidad y la socialización primaria. En cuanto a la responsabilidad de la familia con respecto al desarrollo de la identidad, ésta se relaciona por dos vías que son: la importancia de apego y de vínculo inicial con el cuidador principal, y la transmisión de afecto y apoyo al hijo. En el otro ámbito de la socialización se transmiten los

valores, creencias y normas culturales que tiene la familia, importando cómo estas son transmitidas, lo cual influirá en su manera de establecer relaciones extra-familiares.

Estas dos funciones centrales permiten comprender la importancia que tiene la familia actual en la fijación de valores, aspiraciones y motivaciones de los individuos, e igualmente la responsabilidad de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta. (Flanger, 1998)

La adquisición de los elementos distintivos de su propia cultura, los valores y las creencias que la caracterizan, así como la información acerca de la conducta a asumir en cada situación, e igualmente la forma de expresar sentimientos y pensamientos sobre sí mismo muestra como la familia imprime a sus miembros la identidad de pertenencia a ésta y a la sociedad, y a su vez de separación, lo cual es fundamental para una familia o sociedad específica, en la obtención de la identidad del individuo, es decir, la construcción de su yo. (Minuchin, 2003; Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

Por lo tanto, en caso de que el sentido del “yo” se construya a la par de la interacción con otros individuos durante el proceso de socialización, aquellos individuos que permanezcan en una familia, que no permita la interacción con terceros no pertenecientes a la familia, limitará el sentido del “yo” a la familia, limitando y dificultando la diferenciación del individuo dentro de la familia, y de la formación de la identidad del mismo e interacción con otros individuos ajenos al círculo familiar.

La identidad del individuo se construye a través de la interacción e interconexión de factores inseparables dentro del mundo natural y social. Ésta se relaciona con el proceso en el que el individuo llega a ser lo que los otros consideran que es: una especie de identidad que se manifiesta según las percepciones, interpretaciones y percepciones de terceros. Habiendo un grupo con el cual se identifican, que es reconocido con el “nosotros” y a su vez un grupo con el cual se diferencia conocido como el “otro”; la unión de estos dos permite la formación de la identidad en cuanto a la semejanza y a la diferencia, los nosotros pueden pasar a ser otros dependiendo de los aspectos que se evalúen y las situaciones que ocurran. Ahora, en la medida en que más conozca a los otros, mayor será el conocimiento de sí. (Luckmann y Berger, 1979; Goffman, 2006)

A los fines de lograr el sentimiento de identificación o separación, se hace necesaria la interacción con diferentes contextos familiares, subsistemas familiares y otros grupos extra-familiares, tales como las amistades, los equipos de trabajo, etc.

A partir de la interacción con otros individuos, el individuo puede modificar su identidad, aún cuando una parte de ella permanecerá constante; si la familia no permitiera ciertos cambios, el individuo pudiera manifestar problemas relacionados con su desarrollo psicosocial, afectando así a la sociedad por poseer individuos incapaces de adaptarse a los cambios de ésta, (Minuchin, 2003) como se puede observar en las descripciones dadas por las familias anoréxicas.

Las estructuras extra-familiares, a saber, las instituciones educativas, los círculos de amistades, grupos de actividades extra escolares tales como natación, canto, baile, etc., tendrán influencia sobre el individuo, causando una modificación parcial de su identidad. Dichas estructuras buscan apoyar y preparar a los individuos ante nuevas adaptaciones, junto con la familia, por lo cual ésta debe darle espacio a tales actividades.

Hoy en día nos encontramos ante la incógnita con respecto a cómo la familia realiza sus funciones tanto internas como externas. Según Minuchin (2003), la organización de la estructura familiar se logra a través de los subsistemas, lo cual a su vez ayuda a la diferenciación dentro de la familia¹⁵. Estos están conformados por las diferentes interacciones entre los miembros de la familia, que se integran entre ellos según su generación, sexo, edad, interés o función. Cada individuo se integra a diferentes subsistemas dentro del grupo familiar, poseyendo en éstos distintos grados de poder, y en los que aprende habilidades diferentes. De esta manera se logra el desarrollo de la identidad del individuo, ya que ayuda a un adiestramiento apropiado al proceso del mantenimiento diferenciado del “yo soy”, e igualmente al desarrollo de habilidades interpersonales en diferentes niveles (fundamental para poder interactuar con miembros fuera de la familia). (Minuchin, 2003) Estos poseen límites que están formados por las pautas que definen tanto a los participantes como a la forma de

¹⁵ La diferenciación interna de la familia es fundamental para el desarrollo de las funciones de ésta, la cual desarrollara a su vez los roles internos de la familia, en donde se aprecia la presencia de los valores culturales de cada sociedad.

participación; y de este modo se llega a proteger la diferenciación de la familia, como considera Minuchin:

“Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema.”
(Minuchin, 2003, pp. 89)

El subsistema comienza en el momento que una pareja decide establecer una familia, lo cual se conoce como subsistema parental. Las obligaciones de éstos quedan fijadas por las obligaciones dentro de la familia, así como por aquellas de la sociedad, así como las funciones internas de las mismas. Por ejemplo, en el caso de la familia tradicional, las labores del hombre fuera de casa, que determinan al menos en parte la división del trabajo interno en la familia, al igual que los roles extra-familiares asumidos por los niños y establecidos por los padres de éstos. (Goode, 1966; Minuchin, 2003)

Al mismo tiempo, el subsistema parental tiene la función de definir claramente los límites en la familia y a su vez estar diferenciados con suficiente precisión de los demás subsistemas familiares¹⁶, además de permitir el contacto entre los otros miembros de la familia. Cuando ésta pierda tales características, sus funciones pueden verse amenazadas, y por ende tanto los individuos que la integran como la sociedad en la que se desenvuelven podrían verse amenazados. (Minuchin, 2003; Rabazo, 1999)

En la familia anoréxica desde la observación de la terapia, en el subsistema madre-hija, la vinculación de la madre a la hija tiende a ser caracterizada como extrema, tanto que genera un rompimiento en el subsistema o puede ser utilizado para mantener el vínculo entre padre y madre poniendo a la hija como un chivo expiatorio, cambiando al subsistema madre-padre en una triangulación madre-hija-padre, lo cual afecta a la definición clara de los límites y la diferenciación entre los miembros de la familia como ha observado Hurtado (2002) y Weber y Stierlin (1989).

Las relaciones diferenciadas por subsistemas que se dan dentro de la familia, socializan al individuo, enseñándole distintas formas de cómo relacionarse con el exterior. Un ejemplo de

¹⁶ Los otros subsistemas son los hermano-hermano, padre-hijo y madre-hijo.

ello consiste en la relación entre hermanos, la cual prepara a los individuos para las relaciones de amistades y también la relación entre padre y madre, además de darle ejemplo a los hijos de la relación de pareja, prepara la relación de respeto y espacio entre individuos, entre otras dentro de la familia. De esta forma el individuo puede interactuar con el exterior enriqueciendo así su identidad. Por lo cual una desviación en el subsistema, como se comentó anteriormente, puede afectar al cumplimiento de estas funciones, a lo que se hace importante tener conocimiento de la estructura y dinámica familiar, ya que estas faltas suelen provenir de ahí.

Por lo tanto, en la familia se pueden observar dos objetivos de naturaleza distinta: uno externo, consistente en la supervivencia humana, la adaptación a una cultura determinada, y la transmisión de valores, normas y conductas inherentes a dicha cultura; y a otro interno consistente en la protección psicosocial de sus integrantes (Minuchin, 2003), logrado a través de la interacción de ambos, la cual es mediada y es la fuente de origen de los roles. Las interacciones en la familia, mediadas por las estructuras, determinarán en qué medida estos objetivos se lograrán; dejando sin duda como la familia es influenciada e influye a la sociedad.

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA FAMILIA

La estructura familiar para la sociología es la forma en la que se organiza la familia para cumplir con sus funciones y concretar sus relaciones de parentesco. Estas formas son: a) por la cantidad de personas implicadas en el matrimonio, que puede ser poligamia o monogamia; b) por la importancia que tiene el vínculo de sangre o lazo de matrimonio en la familia, que se clasifican entre familia de orientación y procreación, familiar nuclear y familia extensa; y si se habla de familia extensa, se subclasifica en familia matrilocal, patrilocal y neolocal; c) por las reglas de filiación, que pueden ser matrilineal o patrilineal; d) por la persona que ostenta la autoridad, que puede ser patriarcado, matriarcado o forma igualitaria. En nuestra cultura se tiende hacia la monogamia y hacia el patriarcado, aunque la autoridad de la mujer varía de una familia a otra, dependiendo de las relaciones entre los conyugues, tendiendo hacia el igualitarismo, con una tendencia a la matricentralidad.

En el caso de las familias anoréxicas se ha observado que se tiende hacia estas características generales, observándose una alta matricentralidad, ya que la madre es la que provee los

sentimientos y emociones al hijo, excluyendo al padre de las relaciones emocionales, teniendo un rol de autoridad dentro de la familia y de dispensador económico; lo cual es tomado por los hijos y la madre como un abandono del padre al hogar.

Las clasificaciones anteriores de la estructura no logran definir en su totalidad la estructura familiar, por eso es importante tener en cuenta la siguiente definición, ya que nos permite observar otra cara de la estructura que se relaciona con la capacidad y características de la familia para cumplir con sus funciones:

“La estructura familiar es el conjunto invisible de las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia... generando pautas acerca de qué manera, cuándo y con quien relacionarse, (...)”
(Minuchin, 2003, pp. 86).

A partir del concepto de estructura familiar arriba indicado, se hace necesaria su comprensión como un fenómeno en el cual la estructura familiar afecta la dinámica de las familias. En el caso de la estructura familiar, el tamaño, estadio vital, composición, género de los integrantes, edad, salud y temperamento de los individuos, así como su composición sociocultural e histórica constituyen factores determinantes sobre las dinámicas de las familias. Un ejemplo de esta situación es la relación característica entre pacientes anoréxicas y sus madres, conocida como la díada madre-hija, en donde se observa la influencia del género para esta relación, pero a su vez los valores de dominación de la mujer, y la fidelidad que le debe tener una hija a su madre permiten que esta díada se mantenga, afectando así a la dinámica familiar.

En el presente trabajo de grado, la dinámica familiar queda conformada por la interacción de los integrantes de las familias, tanto entre ellos como con el mundo exterior. Tal interacción puede ser vista a través de su cohesión y de su adaptación a los cambios. Por lo cual, una de sus características fundamentales se centra en su forma semi-cerrada o semi-abierta, ya que los individuos al compartir dentro de su familia la misma matriz de valores, imágenes y mitos, y que constituyen en parte sus pautas de conducta, desarrollan un sentido de pertenencia hacia la familia; pero a su vez deben ser parte de otros grupos, con los que comparten algunos valores e imágenes que tienen con sus pares, ayudando a reforzar sus roles dentro de la familia y a la

vez ante la sociedad. Esta característica se refleja en la definición de Minuchin (2003) de la familia:

“La familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extra familiar, y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.” (Minuchin, 2003, pp.84)

Por lo tanto, la estructura familiar debe estar capacitada para adaptarse a los cambios internos y externos sin perder su continuidad, la cual proporciona un marco de referencia a los individuos. Para esto es necesaria una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando ello sea necesario. (Minuchin, 2003)

Estas pautas que indican de qué manera, cuándo y con quien relacionarse, se generan a través de interacciones repetidas, que pueden pertenecer a interacciones de hace años dentro de la familia, así como en la sociedad. La primera se conoce como pautas idiosincráticas y la segunda pautas genéricas o reglas universales que organizan a la familia. Un ejemplo de éstas últimas es el deber de la madre en alimentar a sus hijos, mientras que la primera sería la costumbre de desayunar todos juntos en la mañana y darse un beso de buenos días.

Tales pautas son el reflejo de la familia como institución encarada de adaptar al individuo a la sociedad, no sólo como producto suyo sino como una mezcla entre la sociedad y la familia, queriendo así dejar claro que un problema en la estructura y dinámica familiar, no sólo proviene de ésta sino de las situaciones sociales en las cuales estas se han desarrollado, como se explicó en el capítulo anterior, en el modelo de la ecología humana.

Por lo tanto, cuando observamos las dificultades de habilidades sociales y de capacidad de interacción y reconocimiento de sus necesidades, que diferencian a las jóvenes anoréxicas del resto de la población, nos hace observar si la familia es la generadora de tal predisposición, ya que es la encargada en primera instancia del desarrollo de tales habilidades, que se hace tangible cuando el individuo requiere de más habilidades sociales y capacidad de interacción para generar nuevos espacios en los que definir su identidad. Centrándonos en investigar esta dificultad proviene de una interacción familiar que dificulta su relación tanto interna como

externa, por su conflicto en adaptarse a los cambios y no relacionarse con el exterior adecuadamente.

ROLES INTRA-FAMILIARES Y EXTRA-FAMILIARES

Los roles se definen como patrones de comportamiento esperados e imputados a quienes ocupan una posición dada dentro de una unidad social. Estos forman sistemas de significados que habilitan a los individuos para la predicción de conductas futuras, e igualmente para mantener la regularidad en las interacciones sociales, especificando el conocimiento, las habilidades, motivaciones, así como la extensión, duración y dirección de emociones y sentimientos; siendo además flexibles, ya que una misma persona puede poseer diversos roles.

Tanto la creación como la asunción de roles constituyen componentes clave de la socialización y de la interacción, por lo cual la familia es la principal modeladora de nuestro comportamiento social. En ella aprendemos nuestros roles internos como hijos, padres y abuelos, como trabajadores, amas de casa, estudiantes, etc., a través de su modelaje; y al interactuar en el ámbito extra-familiar reforzamos estos mismos roles y a su vez aprendemos otros nuevos.

La interacción entre padres e hijos contribuye con la incidencia de expectativas mutuas compartidas y normas. Por ejemplo, en el momento que tanto padres como hijos desempeñan sus respectivos roles, se generan un conjunto de expectativas mutuas que comienzan a impulsar sus conductas en relaciones paternos-filiales; si ésta se da en armonía, el desempeño y la adopción de roles se transforma en un componente importante del individuo en sí mismo, al igual que para el éxito o ajuste de la familia. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007). Estos mismos autores definen lo que la vida familiar es o debería ser, desarrollando una concepción de sí mismos que incluye el sentido de responsabilidad de cada miembro ante los otros, que a su vez consisten en los roles familiares. Los miembros desarrollan una identidad que se deriva de esa interacción, en donde el individuo se compromete a una “identidad familiar”, existente en la medida en que ésta participa en una relación social estructurada.

Por lo tanto, una identidad que permita interacciones sociales funcionales necesita entre otras cosas roles sociales bien definidos y diversos, para lo cual se requiere que la familia, quien es

la encargada primordial de la socialización, permita al individuo adquirir y aprender nuevos roles, por lo cual es necesario que éstas posean un buen funcionamiento interno y a su vez con el mundo exterior, por esto las características parciales que se han estudiado de familias con jóvenes anoréxicas muestran dificultades en la adaptación de la joven en sus roles como hijas, amigas y otros, apoyando así nuestra hipótesis.

No podemos olvidar que tales normas de comportamiento tienen formas o estrategias propias de cada clase. La clase social a la que pertenece la familia la definirá, siendo observable en el comportamiento demográfico de cada individuo, y produciendo así una forma típica de familia. (Acosta, F., 2003)

EL CICLO DE VIDA FAMILIAR

Las familias experimentan ciclos vitales de desarrollo por causa de los cambios biológicos de sus integrantes, las normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas. Cada una de estas etapas tiene una tarea que contribuye con el mantenimiento del equilibrio familiar.

Dichas tareas muestran la forma en la que la familia se encuentra sometida bajo presión interna ocasionada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas así como a la influencia exterior producida en los requerimientos, a los fines de adaptarse a las instituciones sociales importantes que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta de estos requerimientos, tanto internos como externos, requieren un cambio constante en la posición de los miembros de la familia con respecto a sus relaciones recíprocas, logrando que los miembros puedan crecer, a la vez que el sistema familiar conserve su continuidad (Minuchin, 2003).

Esto nos demuestra el peligro que tiene la familia con jóvenes anoréxicas cuando se les encuentran características tales como inflexibilidad ante los cambios, y sin capacidad para adaptarse a los mismos, ya que atenta contra la evolución de los miembros de la familia, y la razón posible por la cual se hace visible la dificultad de la familia en adaptarse y relacionarse en cierta edad, o ciclo de vida familiar.

Por lo tanto, estas fases de la evolución natural de las familias requieren nuevas reglas familiares que necesitan de la aparición de nuevos subsistemas, así como de la creación de

nuevas líneas de diferenciación. Un ejemplo de esto sucede en el momento que una niña se convierte en adolescente, en el que aparecen nuevos vínculos con su madre, y se inicia una fase de diferenciación con respecto a sus hermanos menores. En este proceso aparecerán conflictos, los cuales deberán ser resueltos mediante negociaciones para lograr la adaptación, ofreciendo una oportunidad de crecimiento a todos los miembros de la familia. Si estos conflictos no son resueltos, se pueden plantear dificultades mayores en las fases posteriores del ciclo.

El ciclo de vida de una familia comienza a partir de la unión conyugal entre dos personas. A partir de esta unión, los individuos deberán sustituir disposiciones sociales anteriores por unas nuevas, separándose de determinados contactos y actividades anteriores, creando o consolidando un límite alrededor de la pareja. Esto se logra a expensas de otras relaciones. (Minuchin, 2003)

Esta unidad vive en constante cambio con el fin de enfrentar nuevas exigencias tales como el nacimiento de un hijo y su desarrollo, el fallecimiento de un familiar, la pérdida de empleo de un miembro, etc.; generando el modelado gradual de cada persona por todos los miembros restantes de la familia. (Minuchin, 2003)

Las obligaciones de la unidad conyugal cambian de acuerdo con los límites definidos por la sociedad, dependiendo de la edad y de la cantidad de hijos (Goode, 1966). El tamaño de la familia está relacionado con su ciclo vital. (Acosta, 2003)

La formación de un hijo ofrece múltiples posibilidades para el crecimiento individual y consolidación del sistema familiar. Al mismo tiempo, es un campo en el que los enfrentamientos generarán conflictos que deberán resolverse entre la pareja; de no ser así, dichos conflictos podrían transmitirse al área de crianza del niño dado que la pareja no podría separar las funciones de padres de las funciones de esposos. Los padres deberán establecer límites claros en los accesos al hijo ante ambos padres, y deberán excluirlo de la relación entre éstos. (Minuchin, 2003; Navarro, Musitu y Herrero, 2007) Este principio, pareciera ser violado por los padres de jóvenes anoréxicas, ya que los padres no establecen los límites claros a los hijos, estando en la resolución de los enfrentamientos resueltos entre la pareja y la hija con anorexia; lo cual dificulta el crecimiento individual y la consolidación del sistema familiar.

Estos conflictos son inevitables dadas las diferentes posiciones de los padres e hijos en la curva temporal del cambio social, e igualmente en diferentes puntos de sus propios ciclos vitales y familiares, dadas las diferentes posiciones y funciones que generan una visión diferente de los problemas y oportunidades que se le presentan. (Goode, 1966)

Estos cambios afectan los roles de la persona tanto en la familia como en la sociedad. Un ejemplo de esto lo hallamos en el momento en el que se genera la unidad conyugal: estos miembros provienen de una familia en la que son hijos, denominada “familia de orientación” porque en ésta fue dada su orientación básica de vivir en sociedad, y pasan a ser padres, formando una familia conocida como “familia de procreación¹⁷”.

Una fase importante dentro del ciclo de la familia sucede cuando el niño comienza a tener contactos con sus pares extra-familiares ya sea a través de la escuela o de otros espacios exteriores a la familia. Los padres deberán adaptarse a los nuevos factores que influyen sobre el marco de socialización. El mundo exterior podría afectar no solamente la relación entre padres e hijos sino también podría afectar la relación entre padres. (Minuchin, 2003)

La relación con el mundo “extra-familiar” refleja las pautas y valores aprendidos en la familia, debido a que su interacción con ésta se da de acuerdo con las pautas del mundo fraterno, y a su vez las nuevas formas de interacción que se incorporan al mismo. Si la familia enseña pautas distintas a aquellas de la sociedad en la que interactúa el individuo, los límites entre la familia y la sociedad se harán más rígidos, ya que no habrá contactos entre los individuos de los distintos grupos, dificultando que el individuo se incorpore a otros sistemas sociales, y por ende desligándolo de la sociedad. (Minuchin, 2003, Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

El ciclo familiar ha sido dividido en diferentes etapas dependiendo de cada autor, por lo cual no son etapas definitivas, pero todas guardan en común el observar las distintas fases de cambio, producidas por crisis normativas (o inalienables de la familia), es decir, aquellas precipitadas por transiciones evolutivas esperadas. A continuación se presentan las siguientes etapas que utilizan los cortes de edad de Arriagada (2002):

¹⁷ Término tomado de Jonson et al., 2002.

1. Pareja joven sin hijos: establecida a partir de la unión de la pareja, la cual deberá adaptarse a los roles y tareas de hogar, al manejo del poder, a la formación de intimidad de pareja e independencia de su familia de origen y establecer las futuras relaciones familiares. Estadísticamente se reconoce cuando la pareja no tiene hijos y la mujer es menor de 40 años.
2. Inicio de la familia: cuando poseen hijos, éstos deberán pasar de ser una estructura diádica a una triádica, obligando a redefinir las relaciones en términos sexuales y sentimentales, la aceptación y adaptación al rol de padres, la generación de vínculos afectivos que generan subsistemas familiares, el cumplimiento de las tareas de crianza y ayudar al desarrollo de autonomía de sus hijos, la enseñanza de roles sexuales, laborales y parentales. Esta etapa está asignada a las familias con hijos menores de 6 años de edad.
3. Expansión: corresponde a la etapa en la que la familia se abre al mundo extra-familiar y trabajo escolar, en el cual se evaluarán la eficiencia de la familia en términos de crianza y socialización. En ésta, la familia deberá tolerar la importancia que tienen otros fuera de la familia para sus hijos, y a su vez la pareja se encontrará con más tiempo para ellos y para la consolidación y estabilización laboral. Esta etapa está caracterizada por familias con hijos menores entre los 7 y 12 años de edad.
4. Consolidación o período intermedio del matrimonio: esta etapa ocurre a partir del inicio de la pubertad y madurez sexual de los hijos, por lo que la familia deberá efectuar los ajustes que implica el inicio de la adolescencia, a saber: las necesidades de independencia y el reconocimiento por parte de la familia de la prioridad que tiene para sus hijos los grupos de pares. Existe la posibilidad que en este período se manifieste una crisis de identidad de los padres, y se caracteriza por familias con el hijo menor mayor de 13 años de edad.
5. Nido Vacío: En esta etapa, la familia deberá tolerar la partida de los hijos, su independencia y elección vocacional y de pareja, teniendo así que abrir los límites familiares y generar cambios en los límites intergeneracionales. A su vez, la pareja conyugal deberá readecuarse y vitalizar la vida en pareja. Corresponde a las familias con hijos que no viven en el hogar y la mujer es mayor de 40 años.

Acosta (2003), entre otros autores, consideran que el concepto de ciclo vital de las familias no incluye una serie de eventos tales como: el divorcio, las segundas uniones, la mortalidad infantil, entre otros. Asimismo, consideran además que las familias nucleares podrían o no seguir estas etapas, e incluso solaparlas, por lo cual se apoya la idea de adoptar un enfoque analítico.

Si bien esta crítica es cierta, a los fines del presente trabajo de grado, el ciclo de vida familiar nos permite comprender los cambios necesarios que se deben dar en la interacción familiar, evidenciando el problema que ocurre cuando los hijos son utilizados para resolver los problemas entre los padres, y la dificultad que se genera cuando se entorpece la interacción de la joven anoréxica con el mundo exterior; centrándonos así a indagar el estilo de interacción familiar, y a considerar que el apareamiento de la anorexia en la adolescencia puede relacionarse con la tensión que ocurre en esa etapa del ciclo de vida familiar que exige a la familia cambios en las pautas de relación y normas, y conjuntamente en los cambios de la interacción extrafamiliar.

ESTILO DE INTERACCIÓN FAMILIAR

Como hemos observado, la familia posee una serie de funciones internas que buscan proporcionar seguridad a sus individuos, especialmente a los hijos, así como funciones externas que tienen como propósito preparar a individuos capaces de interactuar y desenvolverse en la sociedad. Ambas funciones deberán manifestarse mutuamente ya que no es posible que los individuos se formen para la familia, o viceversa.

En su estudio, Beavers y Hampson (1995) consideran necesario para un buen funcionamiento familiar, un sistema flexible que sea capaz de cambiar principalmente sus estructuras, roles, límites y relaciones entre los individuos, siempre que el sistema o su entorno lo requieran:

“Las familias relativamente competentes son capaces de realizar sutiles cambios de estilos durante el curso del desarrollo familiar normal. En los primeros años de matrimonio y crianza de los hijos, un estilo centrípeto moderado es lo más apropiado, puesto que potencia el cuidado necesario – y la satisfacción de él se deriva dentro de la familia – para criar individuos dependientes. Cuando los niños

llegan a la adolescencia, lo apropiado es un cambio a un estilo más mixto o centrífugo, ya que los hijos son lanzados progresivamente al mundo exterior. Cualquier sistema que mantiene un estilo rígido queda bloqueado y se vuelve inflexible, indicio de esto es una disminución de la competencia familiar.” (Beavers y Hampson, 1995, pp. 63)

Por lo tanto para Beavers y Hampson (1995), la interacción en la familia deberá cambiar de acuerdo con el ciclo de vida familiar para lograr que ésta cumpla con sus funciones. Dichas interacciones las observan a través de un continuum conocido como centrípeto y centrífugo.

Para Weber y Stierlin (1989), el concepto de centrípeto hace referencia a un sistema interiorizador. La visión del mundo parte del interior y está centrada ahí; mientras que el concepto centrífugo hace referencia a un sistema desvinculado en el que los hijos tienden a ser expulsados prematuramente, utilizando estos términos para clasificar a las familias con jóvenes anoréxicas y bulímicas que estuvieron en sus terapias, clasificando a las familias centrípetas con jóvenes anoréxicas, y a las familias centrífugas con jóvenes bulímicas.

Ahora, la familia también tiende a cambiar por las situaciones que ocurren en su entorno: cambios económicos, migraciones, problemas sociopolíticos, o en otras palabras: situaciones que generan tensiones en la familia, las cuales se relacionan muchas veces con la pérdida de grupos de apoyo, protegiéndose a través de la cohesión familiar y de su capacidad de adaptarse, como observaron Weber y Stierlin (1989) que en las familias con una joven anoréxica sufrieron cambios económicos drásticos y / o muertes sumamente trágicas.

COHESIÓN FAMILIAR

Antes de entrar directamente en la definición de cohesión familiar, se presenta la complejidad que se halla detrás de la definición de este concepto.

El término cohesión lo utilizamos en sociología como “cohesión social”, la cual puede ser la integración de un grupo de trabajo, institución religiosa, amigos, equipo deportivo, familia, etc. La dificultad se haya en que atrae la atención de una gran cantidad de investigadores, generando una proliferación de definiciones que hacen complicada la combinación o reconciliación entre las diferentes perspectivas sobre la cohesión social. (Friedkin, 2004)

Friedkin (2004) encuentra que los estudios de cohesión social se dan en dos niveles, el individual y el grupal. En el primero se intenta comprender la identificación del individuo con el grupo y cómo es el comportamiento de membrecía. Mientras que en el segundo, se trata de comprender los niveles de cohesividad y cómo las influencias interpersonales logran la cohesión.

La cohesividad se define como el grado de unificación del grupo o como la resistencia del grupo ante las fuerzas “disruptivas”. A los efectos de este trabajo de grado, cuando hablamos de cohesión estamos hablando de cohesividad, ya que ésta la mediremos en un continuum de mayor cohesión a menor cohesión, porque nos permite observar como las dinámicas en la familia pueden ahogar al individuo o descobijarlo. (Miranda, Estrada y Firpo-Jiménez, 2000; Friedkin, 2004; Rivera et al. 2008)

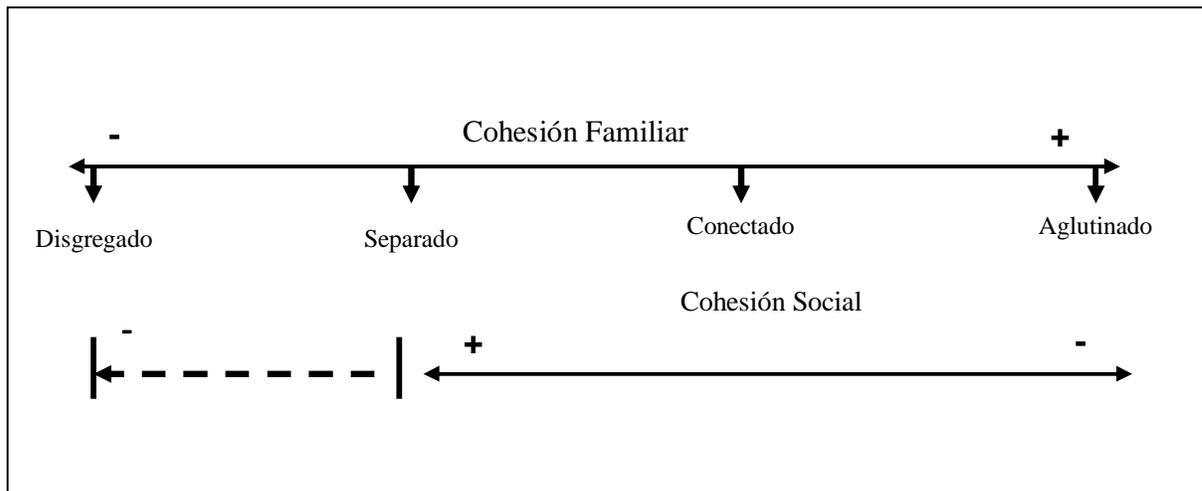
La definición de cohesión familiar de Olson et al. (1985) consiste en el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros, y que fijan el grado en el que están separados o unidos. Encontrándose comprendida por 4 subniveles:

1. Conectado: se caracteriza por una moderada dependencia entre los miembros de la familia, claros límites generacionales, fuerte coalición marital; espacios, amigos y actividades. Sin embargo, pueden conservar algunos amigos, espacios y tiempos individuales, así como las decisiones importantes hechas en familia.
2. Aglutinado: se caracteriza por excesiva identificación familiar que impide el desarrollo individual, los límites generacionales son borrosos o difusos, coalición de padres e hijos, el tiempo, espacio y los amigos son compartidos de forma asfixiante en la familia.
3. Separado: se caracteriza por límites claros entre los subsistemas familiares, moderada independencia entre los miembros de la familia, clara coalición familiar. Toman decisiones preferentemente individuales y muestran equilibrio entre estar solos y en familia, amigos individuales y familiares.
4. Disgregado: se caracteriza por límites rígidos entre los subsistemas familiares, gran autonomía individual, coalición débil, los miembros de la familia se encuentran separados

física y emocionalmente, priman las decisiones individuales, y los integrantes carecen de identidad familiar.

Las anteriores definiciones nos muestran como el nivel de cohesión familiar afecta en la interacción y grado de cohesión con otros grupos, presentándose que a mayor grado de cohesión familiar, existe una menor cohesión con otros grupos, tendiendo hacia un aislamiento familiar. Ahora en el otro caso, a menor cohesión familiar, no se puede observar mayor grado de cohesión con otros grupos, debido a que la familia es la encargada de socializar al individuo, y enseñarles pautas de interacción y lazos emocionales que facilitan que el individuo pueda integrarse y generar interacciones satisfactorias para el individuo; por lo cual al no saber cómo interactuar y no conocer las actitudes esperadas, el individuo se halla en una situación estresante y a su vez en la incapacidad de cohesionarse con la sociedad. Como se puede observar en el siguiente cuadro.

Gráfico III – Continuum de la Cohesión Familiar con relación al continuum cohesión social.



Fuente: Elaboración Propia

La capacidad de cohesión depende de una serie de factores inherentes al contexto social y a nuestros valores. Ante los diversos cambios profundos que puede experimentar una familia (cambios económicos, migraciones, fallecimiento de un miembro familiar, etc.), ésta tiende a cohesionarse para brindar estabilidad a sus miembros, o puede tender a separarse bruscamente,

como observaron Weber y Stierlin (1989) en las familiar anoréxicas después de la terapia estas familias aglutinadas tendían a disgregarse.

Ahora, en el trabajo por Weber y Stierlin (1989) se puede observar en las familias con una joven anoréxica, caracterizada como aglutinadas, tienen un menor grado de relación con el mundo exterior, por lo cual tienden a buscar todo el apoyo y satisfacción dentro de la familia, constituyendo un atentado contra ésta, dado que ningún sistema social puede mantenerse sin el apoyo del exterior. Estos autores hacen visible que tal reacción con el exterior sea por el temor que le tienen a éste, considerándolo como peligroso. Pero estos hallazgos son parciales, por lo cual se nos hace importante investigar en la población anoréxica que va o no a terapia y con la normal, si esta característica es común entre las jóvenes anoréxicas.

Es importante acotar que la familia puede utilizar otros medios para reducir el estrés que generan los cambios antes mencionados, brindándoles así protección a sus individuos, ese medio es la capacidad de adaptarse a los cambios, manteniendo un nivel de estabilidad.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

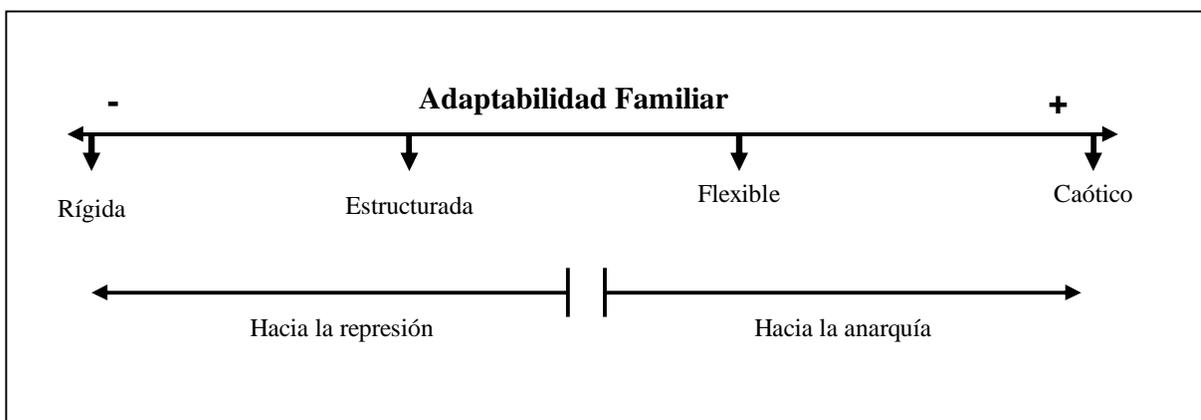
La familia está en constante cambio, como explicamos anteriormente, por lo cual debe ser capaz de responder a estos cambios para generar una dinámica familiar que favorezca al desarrollo de los individuos. Dependiendo de la capacidad de adaptabilidad ésta se cohesionará de diversas formas.

Por lo tanto la adaptabilidad es la capacidad de la familia para cambiar o modificar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta ante una demanda situacional o de desarrollo, necesitando un balance entre cambio y estabilidad. (Olson et al., 1985). Ésta se encuentra comprendida por 4 tipos:

1. Flexible: se caracteriza por tener un liderazgo asertivo, disciplina democrática, roles de acción y participación con cambio fluido, reglas implícitas en algunos cambios, así como respeto de las jerarquías.

2. Caótico: se caracteriza por liderazgo pasivo y agresivo, una disciplina indulgente y contemplativa, cambio dramático de roles y reglas, no se establece un respeto por las jerarquías familiares.
3. Estructurado: se caracteriza por liderazgo generalmente asertivo, control democrático y estable, capacidad de negociación estructurada, roles y reglas que cambian muy poco.
4. Rígido: se caracteriza por un liderazgo pasivo o agresivo, control autoritario, disciplina autocrática, capacidad de negociación limitada, roles y reglas rígidas y estereotipadas. Por lo tanto la adaptabilidad la podemos graficar en el siguiente continuum:

Gráfico IV – Continuum de la Adaptabilidad Familiar con relación a la organización ante el cambio.



Fuente: Elaboración Propia

Si la familia acepta un cambio, y mantiene los elementos estables, ésta le sigue brindando estabilidad al individuo y ofreciendo beneficios al grupo, mientras que si no se acepta el cambio, los integrantes se sienten presionados y sus necesidades quedan insatisfechas. Si tienen que permanecer en el grupo tendrán que generalmente someterse al mando del padre, permaneciendo la cohesión por el uso del poder, y en caso de no estar tan cohesionados no buscarán el apoyo en el grupo; mientras que cuando cambia rápidamente no permite a la familia generarle seguridad. Si las familias se mantienen excesivamente cohesionadas, cada individuo se mantendrá unido pero sin lograr un acuerdo de conocimiento entre sí. De lo

contrario, los miembros vivirán en un estado continuo de anomia, lo cual es caótico para el desarrollo familiar e individual.

¿FAMILIAS PROBLEMÁTICAS?

Los estilos de interacción familiar que se encuentran en los extremos del continuum presentado anteriormente, representan a familias en las cuales sus funciones no se llevan a cabo de manera óptima. Ante estas características, muchos autores catalogan estas familias como problemáticas.

Isaac Hoffman en 1952 utilizó el término “familia multiproblemáticas” para referirse a familias con serios problemas en más de una de las siguientes áreas: salud, situación económica y adaptación social. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

Los trabajos de Minuchin y Montalvo (1967) ayudaron en el desarrollo de este concepto, apoyando la idea que la pobreza es sinónimo de desorganización, y divide a la familia que está en desventaja social en dos clases, que son las familias desconectadas (caracterizadas por nexos de relación entre los miembros débiles o inexistentes, límites pocos definidos y permeables, escasa implicación emocional y déficit en la autonomía) y familias enredadas (identificadas por la fuerte relación entre sus miembros; los intentos de algunos de ellos por cambiar, provocan una rápida resistencia, presentando el individuo dificultades en el desarrollo, derivadas de las dificultades que encuentran los miembros para distanciarse de la familia). (Navarro, Musitu y Herrero, 2007).

Estos mismos autores establecen diferencias entre familias normales y problemáticas, al diferenciarlas por carecer de recursos y redes sociales para solucionar los problemas y conflictos que se les presentan; agotando así su capacidad de solución y respuesta adecuada a sus problemas. Entendiendo así que en estas familias no hay un solo problema definido, sino que su funcionamiento completo es disfuncional y generalizado¹⁸. Sin embargo, esta definición de las familias, como la expresa Navarro, Musitu y Herrero (2007) puede dar la idea de haber familias buenas y familias malas, lo cual no es nuestro objetivo y a su vez podría

¹⁸ Generalizado en el sentido en que los problemas en el funcionamiento individual coinciden con el funcionamiento de la familia y de la sociedad.

dar errores de validez científica y de utilidad para la comprensión del problema, además de no ser los problemas de las familias como tal, sino como afirma Casas (1998):

“hay personas y familias que debido a las circunstancias han vivido o viven, tienen más probabilidad (o riesgo) de padecer de una situación social negativa y esto de por sí las convierte en vulnerables....Casas considera que a menudo las personas más afectadas por una crisis son aquellas que no saben pedir ayuda” (Navarro, Musitu y Herrero, 2007, pp.25).

Estas crisis son clasificadas por Casas (1998) de la siguiente manera:

- a) Crisis familiares cuya base descansa en dificultades de carácter material o físico. Si éstas no reciben el apoyo social adecuado, producen sentimientos adicionales de aislamiento y exclusión social. Entonces la crisis puede dar paso a problemas cada vez más graves como son alcoholismo, depresión, etc.
- b) Crisis que parten de unas relaciones en conflicto con el entorno social circundante: los prejuicios por pertenencia a algún tipo de minoría, el etiquetaje social o estigma, que llevan a la marginación social.
- c) Crisis que aparecen por las relaciones en conflicto dentro del sistema familiar, todo tipo de violencia o abuso intrafamiliar, físico, psíquico o sexual, pudiendo dejar consecuencias en sus miembros. (Navarro, Musitu y Herrero, 2007)

Minuchin (2003), Navarro, Musitu y Herrero (2007), Whitaken, C. y Bumbery (1991), entre otros, determinaron que la capacidad de las familias para resolver estos conflictos quedará condicionada por los problemas que presentan o no las familias. Esta capacidad está relacionada, para estos autores, con la flexibilidad de la familia en permitir los cambios y su capacidad de abrirse con la sociedad o cohesionarse entre ellos.

La cohesión entre ellos, cuando se vuelcan hacia la familia en sí, desarrollan su microcosmos, con un aumento consecuente de la comunicación y de la preocupación de los miembros entre ellos, produciendo así una disminución de la distancia entre los miembros¹⁹ y los límites se

¹⁹ Para Minuchin (2003), una alienación del espacio individual de cada miembro

hacen difusos, sobrecargando a la familia y careciendo de recursos (provenientes del exterior) para poder adaptarse y cambiar bajo cualquier circunstancia, exaltando el sentido de pertenencia a ésta, disminuyendo así la autonomía del individuo. Es importante tener en cuenta que en este caso, en el subsistema familiar la comunicación se hace difícil, perjudicando la protección de la familia; como describe Minuchin (2003) y Stierlin y Weber (1989) que ocurre en las familias anoréxicas, afectando así al individuo.

En el caso contrario, cuando la familia se vuelca al exterior, ésta también se encuentra en peligro. Minuchin (2003) para referirse a este estado o tipo de interacción, utiliza los términos aglutinado (en el primer caso) y desligado²⁰ (en el segundo caso). La mayoría de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados. Por lo tanto, estos no expresan necesariamente que la familia sea disfuncional²¹, pero si alcanza a señalar áreas de posible disfuncionalidad, un ejemplo consiste en cuando el subsistema madre-hijo está muy aglutinado, suprimiendo al padre, convirtiendo el subsistema padre-hijo en desligado, pudiendo generar en el niño una falta de independencia.

El nivel de integración poseído en la familia, graficada en un continuum de desligado-aglutinada (centrífugo-centrípeta), cuyo origen puede estar en: el mito familiar²², sucesos del contexto cercano a la familia, sucesos históricos, políticos y/o religiosos; es diversamente afectada por la sociedad de distintas maneras; en el caso del sistema aglutinado cuando el

²⁰ Beavers y Hampson (1995) utilizan el término centrífuga, que es el sinónimo de desligado, haciendo énfasis en las familias que son altamente afectadas por el exterior; y centrípeta, sinónimo de aglutinado, son familias excesivamente integradas.

²¹ Nos referimos preferiblemente a las familias disfuncionales y no a las problemáticas, porque lo que nos interesa es hacer referencia a la dificultad que tienen en cumplir su principal función. Goode (1966) utiliza el término de familias desorganizadas para éstas, caracterizándola por el “rompimiento de una unidad familiar, la disolución o fractura de una estructura de funciones sociales, cuando uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones funcionales. Con esta definición, los principales tipos de desorganización familiar son: Ilegitimidad, anulación, separación, divorcio y abandono, familias con poca comunicación o interacción mutua y dejan especialmente de prestarse apoyo, ausencia involuntaria de uno de los esposos, y los principales fallos funcionales involuntarios.” (Goode, 1966, pp. 200-2001)

²² “El mito familiar”, es un concepto tomado de Whitaken y Bumbery (¿) que hace referencia a las ideas y comportamientos que vienen más allá de la familia progenitora que se reproducen y permanecen explícita o implícitamente en ésta.

miembro individual sufre de algún estrés o trauma, repercute fuertemente en toda la familia, respondiendo a toda variación con excesiva intensidad y rapidez, mientras que el desligado no reacciona ante un estrés o trauma fuerte del miembro, cuando es necesario hacerlo, lo cual es objeto de nuestra investigación: si ello ocurre en las familias con un miembro con conducta anoréxica.

Finalmente, existe una serie de factores de riesgo asociados con la estructura social, determinantes en la aparición de problemas familiares, entre los que hallamos: la discriminación por la razón de sexo, edad y raza, a la “no-integración” social derivada de cualquier diferencia por razones psíquicas, físicas y sociales al racismo, a la intolerancia y el aislamiento social, haciendo a unas familias más vulnerables en cuanto a su tipo de interacción familiar, en específico a su tipo de cohesión y adaptabilidad familiar, que pudiese terminar por afectar a la conducta de las jóvenes adolescentes, y derivar en una conducta anoréxica.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se rige bajo los cánones de una investigación cuantitativa, debido a que en esta investigación se aplican valores ordinales a cada variable con un análisis relacional a los fines de saber si hay relación entre la anorexia y las formas particulares de cohesión y adaptabilidad familiar. Asimismo, la investigación tendrá un carácter transversal en virtud del objetivo de la investigación, el cual es establecer una relación entre las variables antes indicadas, y no a través de un período de tiempo determinado, limitándose exclusivamente a un solo momento.

Las razones por las cuales se opta por realizar un estudio cuantitativo se debe a que primero se tiene la intención de establecer diferencias entre las personas anoréxicas y no anoréxicas, en condiciones normales, y no necesariamente en terapia, logrando así una muestra representativa de la población. Además este tipo de investigación permite obtener la información necesaria, de una manera útil y eficaz para observar este fenómeno a mayor escala.

DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

A partir de la naturaleza de las variables, así como de los principios éticos, el diseño de la presente investigación responde a un tipo correlacional no experimental, debido a que tiene como propósito determinar la conducta anoréxica, mediante el conocimiento del comportamiento de la cohesión y adaptabilidad familiar (fundamentalmente), en el cual no se controla ni manipula deliberadamente ninguna variable. (Hernández, Fernández y Baptista, 1997)

Por lo tanto, el estudio de campo constituye el diseño más apropiado para la investigación ya que con éste se busca “descubrir las relaciones e interacciones entre las variables sociológicas y educativas, en estructuras sociales reales²³”. En este sentido, el presente estudio responde también al tipo *expost-facto*, lo cual radica en la falta de control de la situación inicial de las

²³ Kerlinger, 1988, pp. 421.

propiedades de la variable independiente (vinculación con los padres y pares), que ha actuado antes de la investigación al compararse dos grupos igualados: uno con conducta anoréxica y otro que no²⁴, y por lo tanto, su medición es transversal, ya que se medirá una vez solamente.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis objeto del presente trabajo de grado está constituido por individuos de sexo femenino, estudiantes de 1° y 2° diversificado de ciclo diversificado de educación media, en instituciones educativas públicas o privadas ubicadas en el Municipio Baruta del Estado Miranda.

Las razones por las cuales se escogió el sexo femenino como variable de control de estudio obedece a que éstas manifiestan una tendencia estadística mayor a manifestar conductas anoréxicas, en una relación de 9 a 1 en comparación con el sexo masculino (Toro y Villardell, 1987).

En este sentido, se optó por seleccionar a adolescentes cursantes del ciclo medio diversificado de educación con el fin de integrar alumnos con edades comprendidas entre los 16 y 19 años, edad centro en la aparición de la conducta anoréxica, la cual se halla entre los 13 y 25 años. (Toro y Villardell, 1987; Raich, 2007)

La selección de institutos educativos tanto públicos como privados, así como mixtos y aquellos conformados por una población femenina solamente, ubicados dentro de la jurisdicción del Municipio Baruta, nos permite obtener una población diversa con diversos perfiles demográficos dentro de un área delimitada que puede ser cubierta de forma eficiente, elementos que se consideran idóneos para el muestreo de la unidad de análisis arriba referida.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Tal como se indicó anteriormente, la muestra se toma en una población conformada por individuos de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 16 y 19 años de edad, y estudiantes del 1er y 2do ciclo diversificado de educación media, en unidades educativas

²⁴ Sierra Bravo, 1991.

públicas o privadas, mixtas y sólo mujeres ubicadas en el Municipio Baruta del Estado Miranda.

El cálculo de la muestra se realizó a partir de un muestreo probabilístico por conglomerados. En el muestreo por conglomerados, la unidad muestral consiste en un conjunto de elementos de la población que conforman una unidad. Las unidades hospitalarias, los departamentos universitarios, las escuelas, una caja de determinado producto, etc., son conglomerados naturales.

Con el fin de obtener una muestra por conglomerados:

Se calculó la muestra base: para un nivel de fiabilidad de 95%, un margen de error del 5%, y tomando la prevalencia menor indicada en la población (1%), se aplicó la siguiente fórmula

$$N = [t^2 * p (1 - p)] / m^2$$

En donde:

t = corresponde al nivel de fiabilidad

p = es la prevalencia del fenómeno a observar

m = representa el margen de error

Al realizar el cálculo de la siguiente forma:

$$n = [(1,96)^2 * (0,08 * (1 - 0,08))] / (0,5)^2$$

$$n = [3,8416 * 0,01 * (0,99)] / 0,025$$

$$n = (3,8416 * 0,792) / 0,025$$

$$n = 3,0425472 / 0,025$$

$$n = 121,7018$$

El resultado correspondiente a la muestra base (n) es 121,7018

La encuesta antropométrica está diseñada como una muestra por conglomerados (una selección representativa de aldeas) y no como una muestra aleatoria simple. A fin de corregir la diferencia en el diseño, el tamaño de la muestra se multiplica por el efecto de diseño (D). Por lo general, se presupone un efecto de diseño igual a 2 ($D = 2$) para las encuestas nutricionales que utilizan una metodología de muestreo por conglomerados.

$$N1 = n * D$$

$$N1 = 121,7018 * 2$$

$$N1 = 243,4$$

El tamaño de la muestra se aumenta en un 5% para hacer frente a imprevistos como la ausencia de respuesta o errores de registro.

$$N2 = N1 * 1,05$$

$$N2 = 243,4 * 1,05$$

$$N2 = 255,57$$

Este número debe redondearse para dar las unidades, por lo cual la cantidad de personas a ser encuestadas es de 256.

A partir de nuestro muestreo por conglomerados, y considerando que la cantidad media de alumnos por instituciones educativas es de 45 alumnos, se procedió de la siguiente manera:

1. Se levantó un censo obtenido del Ministerio del Poder Popular para la Educación, del cual se obtuvo un listado de todos los institutos ubicados dentro de la jurisdicción del Municipio Baruta.
2. De esta lista de instituciones educativas, se excluyeron del listado a aquellas instituciones educativas con una cantidad menor a 45 estudiantes por institución, dado que por su tamaño carecen de representatividad en comparación con aquellas instituciones educativas con mayor cantidad de individuos. A continuación se presenta el siguiente listado de

instituciones educativas, con su correspondiente número de identificación y cantidad de alumnos por sexo y por nivel educativo:

Tabla IV – Listados de las Unidades Educativas con sus respectivas cantidades de Alumnos por curso y Unidad Educativa del Municipio Baruta, Venezuela. 2008-2009²⁵

Nº	Unidad Educativa	I Año de Ciclo Diversificado			II Año de Ciclo Diversificado		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	U.E. Valle Abierto	16	6	22	14	8	22
2	U.E. Academia Washington	23	12	35	13	11	24
3	U.E. Centro Educativo de las Asociaciones de Prof. De la U.C.V.	31	11	42	29	24	53
4	U.E. Colegio Chavez	10	3	13	11	5	16
5	U.E. Colegio Kavak	3	7	10	7	9	16
6	U.E. Don Eloy	3	3	6	5	4	9
7	U.E. El Placer	14	18	32	25	11	36
8	U.E. Instituto Educativo Henry Clay	23	14	37	20	19	39
9	U.E. Jean Piaget	18	17	35	12	8	20
10	U.E. Los Riscos	18	11	29	18	4	22
11	U.E. Mariano Takavera	10	12	22	13	9	22
12	U.E. Rufino Blanco Fombona	19	14	33	12	20	32
13	U.E. Colegio Yale	9	7	16	6	10	16
14	U.E. Colegio Cultural	29	30	59	10	15	25
15	U.E. Colegio Jefferson	29	24	53	30	20	50
16	U.E. Didáctico Antonio José de Sucre	32	23	55	45	11	56
17	U.E. Promesas Patria	26	29	55	45	18	63
18	E.B.N. Francisco Espejo	53	73	126	47	91	138
19	E.B.N. Juan de Escalona	89	105	194	61	92	153
20	U.E. Colegio Champagnat	72	53	125	59	53	112
21	U.E. Instituto Educativos Asociados	55	46	101	64	35	99
22	U.E. Colegio Claret	58	51	109	63	35	98
23	U.E. Colegio El Angel	57	41	98	34	56	90
24	U.E. Instituto Escuela	45	31	76	69	46	115
25	U.E. San Luis	66	64	130	64	58	122
26	U.E.N. Santo Tomás de Villanueva	61	32	93	65	3	68
27	U.E.N. Josefina Irasquin López	58	46	104	46	49	95
28	U.E. Emil Friedman	73	45	118	47	55	102
29	U.E. Nuestra Señora del Rosario	66	70	136	69	50	119
30	U.E. Colegio Caniguá	0	40	40	0	23	23
31	U.E. Colegio Arrayanes	0	19	19	0	19	19
32	U.E. Los Campitos	0	50	50	0	40	40
33	U.E. Academia Merici	0	64	64	0	53	53
34	U.E. Instituto Andes	0	75	75	0	77	77
35	U.E. Instituto de Capacitación Profesional Los Samanes	0	50	50	0	40	40
36	U.E. Madre Matilde	0	46	46	0	47	47
37	U.E. Mater Salvatori	0	105	105	0	67	67
38	U.E. Santa Rosa de Lima	0	112	112	0	112	112

²⁵ En la presente tabla se incluyó la cantidad de hombres por curso y planteles ya que permite observar la naturaleza mixta o de sólo mujeres de la institución educativa, así como indica si dicha institución educativa maneja una cantidad grande o pequeña de estudiantes.

3. En virtud del muestreo por conglomerados se recomienda tomar los grupos de mayor tamaño, por lo que se procede a realizar una selección al azar entre las instituciones mixtas y sólo mujeres con una cantidad grande y media de individuos. Estos datos se organizaron en una lista que fue codificada al asignarse un número de control a cada una de las instituciones que conforman la muestra.

Tabla V – Lista de Unidades Educativas utilizadas para el muestreo

N°	Unidad Educativa	I Año de Ciclo Diversificado			II Año de Ciclo Diversificado		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	U.E. Colegio Cultural	29	30	59	10	15	25
2	U.E. Colegio Jefferson	29	24	53	30	20	50
3	U.E. Didáctico Antonio José de Sucre	32	23	55	45	11	56
4	U.E. Promesas Patria	26	29	55	45	18	63
5	E.B.N. Francisco Espejo	53	73	126	47	91	138
6	E.B.N. Juan de Escalona	89	105	194	61	92	153
7	U.E. Colegio Champagnat	72	53	125	59	53	112
8	U.E. Instituto Educativos Asociados	55	46	101	64	35	99
9	U.E. Colegio Claret	58	51	109	63	35	98
10	U.E. Colegio El Angel	57	41	98	34	56	90
11	U.E. Instituto Escuela	45	31	76	69	46	115
12	U.E. San Luis	66	64	130	64	58	122
13	U.E.N. Santo Tomás de Villanueva	61	32	93	65	3	68
14	U.E.N. Josefina Irasquin López	58	46	104	46	49	95
15	U.E. Emil Friedman	73	45	118	47	55	102
16	U.E. Nuestra Señora del Rosario	66	70	136	69	50	119
17	U.E. Academia Merici	0	64	64	0	53	53
18	U.E. Instituto Andes	0	75	75	0	77	77
19	U.E. Instituto de Capacitación Profesional Los Samanes	0	50	50	0	40	40
20	U.E. Madre Matilde	0	46	46	0	47	47
21	U.E. Mater Salvatori	0	105	105	0	67	67
22	U.E. Santa Rosa de Lima	0	112	112	0	112	112

4. Mediante un muestreo aleatorio simple o sistemático, se seleccionaron los 6 institutos ($256 / 45 = 6$) que conformarán la población objeto de estudio del presente trabajo de grado, y presentados en la siguiente Tabla:

Tabla VI – Listado de Unidades Educativas seleccionadas para la muestra

N°	Unidad Educativa	I Año de Ciclo Diversificado			II Año de Ciclo Diversificado		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
5	E.B.N. Francisco Espejo	53	73	126	47	91	138
8	U.E. Instituto Educativos Asociados	55	46	101	64	35	99
13	U.E.N. Santo Tomás de Villanueva	61	32	93	65	3	68
16	U.E. Nuestra Señora del Rosario	66	70	136	69	50	119
18	U.E. Instituto Andes	0	75	75	0	77	77
22	U.E. Santa Rosa de Lima	0	112	112	0	112	112

5. La muestra total ha quedado constituida por un total de 776 mujeres encuestadas, de las cuales 408 son cursantes del I Año de Ciclo Diversificado, y 368 corresponden al II Año de Ciclo Diversificado.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

La recolección de los datos requeridos para la realización del presente estudio, se realizó a través de dos instrumentos consistentes en encuestas autoadministradas: la primera encuesta busca distinguir las personas con y sin conducta anoréxica (Encuesta EAT-26); y la segunda (la Encuesta FACES-III), tiene como finalidad describir las formas de relación social que producen un tipo particular de cohesión y adaptabilidad familiar. Además se preguntó en la primera parte del instrumento, la edad, el sexo, el instituto educativo al cual pertenece, así como las personas con las que convive en el hogar, y el lugar de origen de sus abuelos tanto paternos como maternos. Estas últimas preguntas son de carácter exploratorio, debido a que se desea indagar si la inmigración podría ser una variable objeto de estudio a futuro, y la penúltima pregunta busca determinar la parentalidad del hogar, reconstitución familiar y extensión familiar, a partir de la forma en la que se integra el hogar.

EAT-26

Garner, D. y Garfinkel, P. (1979) desarrollaron el cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT), que en su inicio estaba compuesto por 40 ítems (EAT-40), que buscan evaluar las actitudes, conductas y preocupaciones con relación a la ingesta de alimentos, el peso y el ejercicio, característicos de la anorexia y la bulimia nerviosa, así como de otros desórdenes de alimentación relacionados. En una investigación, (Garner, Olmsted, Bohr y

Garfinkel, 1982), se realizó un análisis factorial del instrumento, reduciendo los ítems a 26 y obteniendo una versión abreviada de la prueba (EAT-26), que mostró una alta correlación ($r = 0.98$) con la escala original.

El instrumento quedó conformado por 26 ítems, conformado por enunciados afirmativos con alternativas de respuestas clasificadas dentro de un rango de uno a seis puntos en una escala de Likert con respuestas desde “nunca” hasta “siempre”. (Stepsens et al. 1999)

La corrección original del instrumento se lleva a cabo asignando el valor de cero (0) para cada una de las tres primeras opciones y valores de 1, 2, y 3 a las opciones restantes respectivamente; con la excepción de los ítems 19 y 25, los cuales son puntuados de manera inversa (Sartore, 1996). La sumatoria de los puntos determinará el puntaje total, que comienza en cero, y termina en 78, en donde un puntaje mayor al punto de corte de 20 puntos indica la presencia de conductas alimentarias problemáticas. (Garner y cols., 1982; c.p. Stephens y cols., 1999).

Garner, D. y Garfinkel, P. (1979) realizaron un análisis factorial del que derivaron tres factores: el factor I: “Dieta” (13 ítems), el cual refleja la conducta de evasión hacia la comida y la preocupación por el cuerpo. El factor II: “Bulimia y Preocupación por la comida” (6 ítems), se encuentra positivamente relacionado con la bulimia y un peso corporal superior. El factor III: “Control Oral” (7 ítems), está conformado por aquellos ítems que reflejan una conducta de autocontrol hacia la comida y la presión proveniente del entorno social para ganar peso.

Con el fin de estudiar la validez del instrumento, éste fue suministrado a pacientes con anorexia nerviosa y sujetos normales (grupo de control), obteniendo un coeficiente de validez de 0,87. De esta manera, se determinó la eficiencia del instrumento para discriminar entre los sujetos que presentan problemas en la ingesta alimentaria y aquellos sin problemas (Ganfinkel y Garner, 1979; c.p. Castro et al. 1991)

En Venezuela, Ríos, et al. (1994) realizaron un procedimiento de traducción, adaptación transcultural y evaluación de la confiabilidad del EAT. Para tal fin se escogieron a dos unidades educativas del área metropolitana de Caracas, en las cuales se seleccionaron al azar

un grupo de 330 sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 10 y 18 años, y pertenecientes a niveles socioeconómicos alto y medio-alto. Los resultados obtenidos en dicho estudio mostraron un coeficiente de consistencia interna de 0,76 (alpha de Crobach) y un coeficiente de confiabilidad test-retest de 0,72. Se tomó como punto de corte una puntuación igual o mayor a 20 puntos a partir del cual se consideraba la presencia de actitudes sugestivas hacia la anorexia y bulimia nerviosa, obteniéndose así que el 11% de los estudiantes se encontraron dentro de este rango.

Finalmente, el EAT-26 es un instrumento que permite la aproximación para la detección de trastornos alimentarios, sin que ello implique un diagnóstico definitivo. Pero para efectos de esta tesis, por el objetivo de detectar una conducta anoréxica, los resultados del EAT-26 serán más definitivos para nuestro diagnóstico ya que no considera como necesaria la desaparición del período menstrual y el criterio del peso por debajo del 15% esperado, debido a que se pretende observar la conducta anoréxica, aún cuando existe la posibilidad de error al etiquetar individuos bajo el criterio de conducta anoréxica, cuando pudieran existir casos dentro de esta muestra que bien podrían encajar bajo un patrón de conducta bulímica, u otras conductas de trastorno de la alimentación no identificados.

En este sentido, se decidió utilizar en forma paralela, otra forma de cálculo que permitió valorar las respuestas en una escala del 1 al 6, pero a su vez, el mismo punto de corte para la clasificación de la conducta anoréxica, siendo a partir de 80 el punto de inicio para determinar una conducta anoréxica, al permitir un continuo del 1 al 156, y establecer así una comparación mejor que con las variables restantes.

FACES-III

FACES-III o Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar es un instrumento derivado de la teoría de Olson et al. (1985) que tiene como objetivo determinar el funcionamiento familiar a partir de las principales variables del modelo (Adaptabilidad y Cohesión).

El III se debe a que es la tercera versión del instrumento, elaborada en 1985 por Olson et al, y se compone por 20 ítems, de los cuales 10 ítems pertenecen a la dimensión de adaptabilidad y los 10 ítems restantes pertenecen a la dimensión de cohesión. A su vez, la primera dimensión

está integrada por los conceptos de control, disciplina, liderazgo y roles, en tanto que la segunda dimensión está integrada por los conceptos de ambiente familiar, amigos, intereses, enlaces emocionales, recreación, tiempo y soporte mutuo.

Olson et al. (1985) estimó la confiabilidad y validez interna de la prueba a partir de una muestra 2.400 adultos a lo largo del ciclo de vida familiar y de 412 adolescentes en los Estados Unidos de Norteamérica. De esta manera se obtuvo una confiabilidad, medida a través del Alfa Cronbach, de 0,68 para el instrumento, en tanto que para la subescala Cohesión fue de 0,77 y 0,62 para la subescala Adaptabilidad. En este sentido, al calcularse por el método test-retest se ubica en 0,83 la Cohesión y en 0,80 la Adaptabilidad.

En cuanto a la validez del constructo, se obtiene una independencia entre las subescalas ($r = 0.03$); una asociación muy baja con la variable “deseabilidad social” ($r = 0,00$ para la Adaptabilidad y $0,39$ para Cohesión), y un moderado nivel de congruencia entre las respuestas de los miembros de una misma familia ($r = 0,41$ para Cohesión y $0,25$ para Adaptabilidad).

El puntaje obtenido para cada subescala oscila entre 10 y 50 puntos. A continuación se presentan los rasgos de puntaje para cada variable, que determinan los diferentes tipos de sistemas familiares descritos:

Tabla VII – Puntajes de Clasificación para la Cohesión Familiar

COHESION FAMILIAR	
Tipo de Sistema Familiar	Puntaje
Aglutinado	46-50
Conectado	41-45
Separado	35-40
Disgregado	10-34

Tabla VIII – Puntajes de Clasificación para la Adaptabilidad Familiar

ADAPTABILIDAD FAMILIAR	
Tipo de Sistema Familiar	Puntaje
Caótico	29-50
Flexible	25-28
Estructurado	20-24
Rígido	10-19

En virtud de que la encuesta constituye una escala de autoreporte que mide la percepción de los miembros acerca de la Cohesión y Adaptabilidad de su familia, se plantea la duda de a qué miembro se debe aplicar la escala y si resulta lo mismo aplicarla a cualquier miembro en términos de la información recabada. Existe un consenso entre los investigadores y terapeutas sobre la falta de acuerdo entre los reportes de los diferentes miembros de una misma familia en cuanto a la percepción de ellos ante las dinámicas dentro de su sistema familiar.

Al utilizarse diferentes escalas de autoreporte, el promedio de acuerdo entre los diferentes miembros es de aproximadamente 0,4 (Olson, 1977; Olson et al., 1983; c.p. Olson et al., 1985).

Con el propósito de investigar prolijamente esta tendencia, se hizo un estudio en una muestra de 370 sujetos, en donde se correlacionaron los reportes de dos miembros diferentes de la familia. Se encontró una correlación entre los rangos de 0,38 y 0,46 en Cohesión y 0,13 a 0,33 en Adaptabilidad, observándose la más baja correlación entre la percepción de la madre y la del adolescente.

VARIABLES

Variable Dependiente:

Conducta Anoréxica

Definición Conceptual:

Actitud o conducta alimentaria irregular y obsesiva por la comida y el peso obeso, temiendo engordar o reducir de peso de forma exagerada, reduciendo su consumo de alimentos, negando y controlando la sensación de hambre y / o uso de laxantes, vómitos autoinducidos o ejercicio físico excesivo.

Definición Operacional:

Puntaje de 20 o más en la escala de actitudes sugestivas (EAT), en donde el puntaje mínimo es 0 y el máximo es de 78. A mayor puntaje obtenido en la escala, mayor grado de conducta anoréxica.

Operacionalización:

La conducta anoréxica estará integrada dentro de tres dimensiones conocidas como: factor dieta, factor bulimia y factor control de peso.

El factor dieta refleja las actitudes tales como: evitar comidas con alto contenido calórico y la preocupación por estar más delgado.

El factor bulimia refleja el pensamiento acerca de la alimentación y su conducta con la ingesta de alimentos.

El factor control oral refleja el control dietario y la presión ejercida por otras personas que perciben el aumento de peso.

Tabla IX – Operacionalización de la Variable Conducta Anoréxica

Concepto	Dimensiones	Item	Unidad de Medición	Índice de la Dimensión	Índice total
<i>Conducta Anoréxica</i>	Dieta	Me da mucho miedo pesar demasiado	Nunca a Siempre (1 al 6)	Promedio	Suma total (valores comprendidos del 1 al 156)
		Yo tengo en cuenta los alimentos que como.	"		
		Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (Por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)	"		
		Me siento muy culpable después de comer.	"		
		Me preocupa mucho el deseo de estar más delgada.	"		
		Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	"		
		Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	"		
		Procuro no comer alimentos con azúcar.	"		
		Como alimentos de dieta.	"		
		Me siento incómoda después de comer dulces.	"		
		He estado haciendo dieta.	"		
		Me gusta sentir el estómago vacío.	"		
	Disfruto probando comidas nuevas y ricas en calorías.	"			
	Bulimia y Preocupación por la Comida	Me preocupo demasiado por la comida	"	Promedio	
		A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	"		
		Vomito después de haber comido.	"		
		Siento que los alimentos controlan mi vida.	"		
		Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	"		
	Control Oral	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	"	Promedio	
		Procuro no comer aunque tenga hambre	"		
		Corto mis alimentos en trozos pequeños	"		
		Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	"		
		Los demás piensan que estoy demasiado delgada.	"		
		Tardo en comer más que las otras personas.	"		
Me controlo en las comidas.	"				
		Noto que los demás me presionan para que coma.	"		

Variables Independientes:

Cohesión Familiar

Definición Conceptual:

Grado de vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.

Definición Operacional:

Puntaje obtenido de la sumatoria de los ítems de la dimensión de Cohesión de FACES-III.

La cohesión familiar se clasifica en cuatro rangos definidos por los siguientes puntajes.

Tabla X – Clasificación de la Cohesión Familias por Puntajes

COHESION FAMILIAR	
Tipo de Sistema Familiar	Puntaje
Aglutinado	46-50
Conectado	41-45
Separado	35-40
Disgregado	10-34

Operacionalización:

La Cohesión Familiar estará integrada dentro de tres dimensiones, conocidas como: Enlace Familiar, Tiempo de dedicarse y Enlaces con personas externas.

Enlace Familiar: relaciones emocionales mantenidas en las familias.

Tiempo de Dedicarse: son los momentos y espacios que se comparten en familia.

Enlaces con personas externas: relaciones mantenidas con personas o asociaciones externas a la familia.

Tabla XI – Operacionalización de la variable de Cohesión Familiar

Concepto	Dimensión	Ítems
Cohesión Familiar	Enlace Familiar	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente.
		En nuestra familia nos sentimos muy unidos entre si.
		Los miembros de la familia consultan a otros miembros de la familia sobre sus decisiones.
		En nuestra familia los lazos afectivos son muy importantes.
	Tiempo de Dedicarse	Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.
		A los miembros de nuestra familia nos gusta pasar el tiempo libre juntos.
		Cuando nuestra familia se reúne, todos estamos presentes.
		Podemos pensar fácilmente en actividades para realizar en familia.
	Enlaces con otros	Aprobamos los amigos de cada miembro de nuestra familia.
		Los miembros de nuestra familia nos sentimos más cerca uno de otros, que con personas fuera de la familia.

Adaptabilidad Familiar

Definición Conceptual:

Es la capacidad de la familia para cambiar o modificar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta ante una demanda situacional o de desarrollo, necesitando un balance entre cambio y estabilidad. (Olson et al., 1985).

Definición Operacional:

Puntaje obtenido de la sumatoria de los ítems de la dimensión de Adaptabilidad de FACES-III.

Tabla XII – Puntajes de Clasificación para la Adaptabilidad Familiar

ADAPTABILIDAD FAMILIAR	
Tipo de Sistema Familiar	Puntaje
Caótico	29-50
Flexible	25-28
Estructurado	20-24
Rígido	10-19

Operacionalización:

La Adaptabilidad Familiar estará integrada dentro de tres dimensiones, conocidas como: poder, regla y roles.

Poder: acto en que consta la facultad que alguien tiene y / o le puede otorgar a otros con el fin de ejecutar decisiones con la familia o representarla.

Regla: aquello que ha de cumplirse por estar así convenido por la familia.

Roles: patrones de comportamiento esperados e imputados a quien ocupa una posición dada dentro de la familia.

Tabla XIII – Operacionalización de la variable Adaptabilidad Familiar

Concepto	Dimensión	Ítems
Adaptabilidad Familiar	Poder	Para resolver problemas las sugerencias de los hijos son tomadas en cuenta.
		En nuestra familia se cambia la forma de manejar o resolver problemas.
		Padres e hijos discuten juntos los castigos.
		Los hijos toman decisiones en nuestra familia.
	Regla	Los hijos participan en el establecimiento de las normas.
		Las normas cambian en nuestro hogar.
	Rol	En nuestra familia, diferentes personas actúan como líderes.
		En nuestra familia las tareas hogareñas se intercambian entre los miembros.
		Es difícil identificar al líder o líderes en nuestro hogar.
		Es difícil determinar quien se encarga de las tareas hogareñas.

CAPITULO IV:

ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos por las encuestas aplicadas a la muestra, se procedió a analizarlos al vaciar los mismos en una matriz del programa Microsoft Excel, y posteriormente se utilizó el programa SPSS.12. Las razones por las cuales se seleccionaron estos programas se basan en que ambos poseen una interfaz amigable que permite una organización rápida y simple de los datos, además de realizar análisis estadísticos con mayor rapidez y confiabilidad.

Los resultados de esta investigación se presentarán en la siguiente secuencia:

1. Descripción de las variables de estudios: se analizaron los estadísticos de tendencia central para las variables: edad, tipo de parentalidad, reconstitución familiar, extensión familiar, inmigración materna, inmigración paterna, conducta anoréxica, cohesión familiar y adaptabilidad familiar.
2. Matriz de correlación de las variables
3. Análisis de regresión múltiple
4. Análisis de T-Students para muestras independientes
5. Análisis de Chi-cuadrado
6. Análisis de prueba no paramétrica.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

La muestra lograda está constituida por 590 individuos de sexo femenino, cursantes del I y II Año de Ciclo Diversificado, de instituciones educativas ubicadas en la jurisdicción del Municipio Baruta. Los datos de dichas instituciones educativas se presentan en la siguiente tabla.

Tabla XIV – Lista de Unidades Educativas Encuestadas

Nombre de la Unidad Educativa	Tipo de Unidad Educativa
E.B.N. Francisco Espejo	Público Mixto
U.E. Santo Tomás de Villanueva	Privado Mixto
U.E. Instituto Educativos Asociados	
U.E. Nuestra Señora del Rosario	
U.E. Santa Rosa de Lima	Privado Sólo Mujeres
U.E. Instituto Andes	

Las edades de los adolescentes que conformaron la muestra oscilaron entre los 14 y 19 años de edad; siendo la media de la edad 16,54 años, la desviación de 0,802 años, la asimetría es de 0,323 y la Curtosis es 0,362, lo que indica que la distribución es leptocúrtica y asimétrica positiva.

El año escolar que conformó la muestra está integrado por 56,4% de casos que pertenecen a 1er año diversificado, y el 43,6% a 2do año diversificado, distribución distinta a la relación real (52,57% y 47,43% respectivamente) por la imposibilidad de acceso a dos de los cuatro salones de 2do año diversificado del Colegio Nuestra Sra. Del Rosario, y a su vez al 2do año diversificado del Instituto Andes.

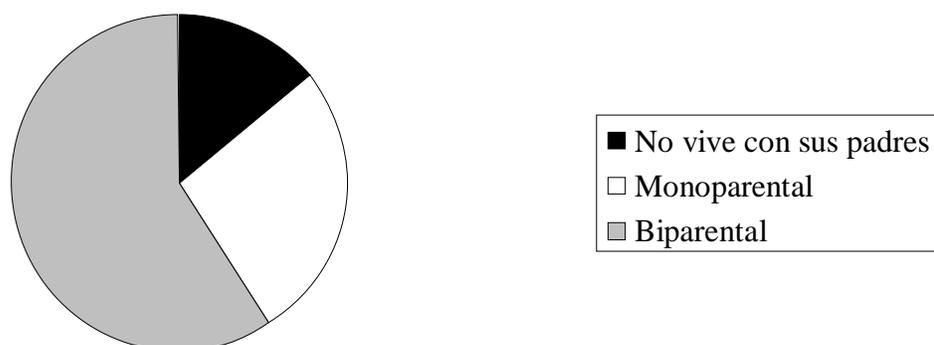
La pregunta: ¿Personas que viven contigo?, nos permitió clasificar a las familias de los encuestados en tres dimensiones, que son:

1. La Parentalidad: si la persona vive sin sus padres, si es un hogar monoparental (con uno de sus padres) o si es biparental (vive con sus dos padres).
2. Reconstitución Familiar: si se manifiesta la presencia de padrastro o madrastra.
3. Extensión Familiar: si está integrada por más personas que sus hermanos y padres, es decir: tíos, sobrinos, abuelos y otros, clasificándola en cuatro grupos las familias extensas sólo con abuelos, extensa sin abuelos y extensas con abuelos (tíos y/o sobrinos, abuelos y/u otros). El énfasis que hacemos en diferenciar la presencia o no de abuelos, se debe a que nos permite observar de forma directa pero no exclusiva la relación entre la familia

nuclear y su familia de orientación, que a su vez puede demostrar una presencia de mayor cohesión familiar y de permanencia de valores tradicionales.

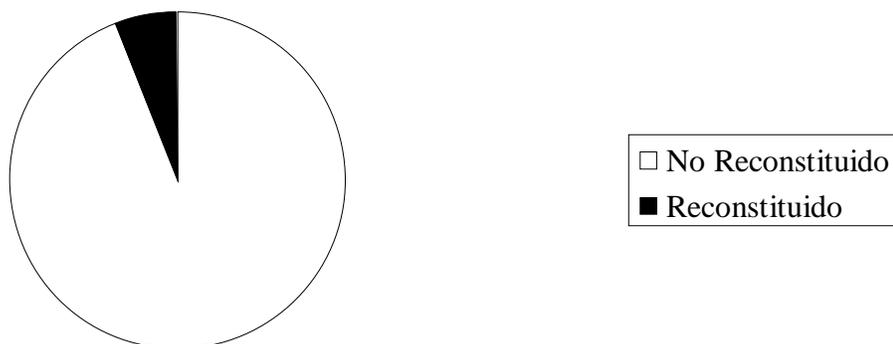
La parentalidad está dividida en: personas que no viven con sus padres, lo cual representó 14% de la muestra, la monoparentalidad, representa un 27% y la biparentalidad un 59,2%.

Gráfico V – Distribución Porcentual de la Parentalidad



En el caso de la reconstitución familiar, se clasificó entre las familias que si están reconstituidas que son el 6% de los casos y el 94% restante pertenece a la clasificación de no reconstituida.

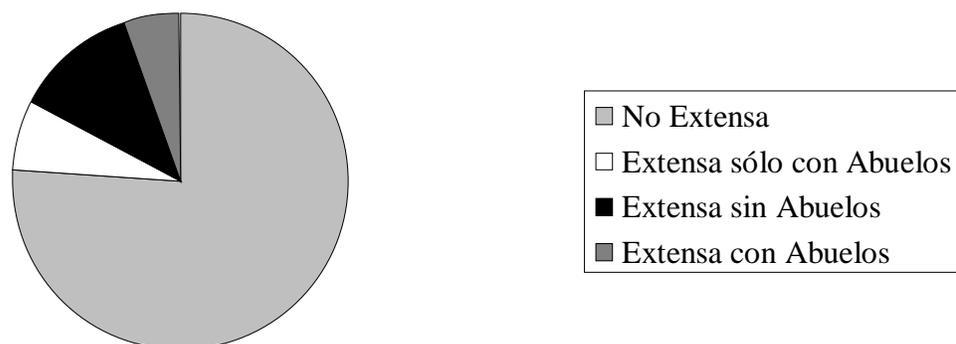
Gráfico VI – Distribución Porcentual de la Reconstitución Familiar



En el caso de la extensión familiar se clasifica en: no extenso (cuando no vive con tíos, sobrinos, abuelos u otros distintos de hermanos y padres), representando un 76% de la

muestra, el extenso sólo con los abuelos, representa el 7%, extenso sin abuelos, el 12% y el extenso con abuelos el 6%.

Gráfico VII – Distribución porcentual de la Extensión Familiar



Las preguntas sobre el lugar de nacimiento de los abuelos y abuelas, nos permiten determinar la presencia de inmigración hasta la tercera generación; la cual la utilizaremos como una variable exploratoria y que integraremos en dos variables, inmigración materna e inmigración paterna.

La inmigración tanto paterna como materna varía entre venezolanos, latinoamericanos, europeos, árabes, asiáticos, africanos, norteamericanos y la categoría de mezcla de nacionalidad. En la inmigración paterna está distribuida de la siguiente forma el 43,9% pertenece a Venezolanos, el 16,3% a inmigración europea, el 14,2% no sabe de donde provienen sus abuelos paternos, el 13,4% son una mezcla de nacionalidades, el 11,7% inmigración latinoamericana y el 0,5% inmigración de países árabes.

En el caso de la inmigración materna está distribuida de la siguiente forma: el 45,9% pertenece a Venezolanos, el 12% a inmigración europea, el 10,2% no sabe de donde provienen sus abuelos maternos, el 16,9% son una mezcla de nacionalidad, el 13,6% inmigración latinoamericana, el 1,2% inmigración de países árabes y la inmigración asiática es de 0,2%.

Ahora, es importante resaltar las diferencias en el comportamiento de la variable inmigración dentro de los colegios, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla XIV – Distribución Porcentual de la Inmigración Materna por Instituto Educativo.

Distribución Porcentual de la Inmigración Materna	Institución Educativa						
	Sto. Tomás de Villanueva	Francisco Espejo	Instituto Educativos Asociados	Santa Rosa de Lima	Nuestra Sra. Del Rosario	Instituto Andes	Total
No sabe	10	13	3	12	9	9	10
Venezolano	46	44	58	42	47	47	46
Mezcla de Nacionalidad	17	8	21	20	14	30	17
Inmigración Latinoamericana	5	32	3	10	12	3	14
Inmigración Europea	19	4	14	15	15	11	12
Inmigración de Países Árabes	3	0	2	1	3	0	1
Inmigración de Asia	0	0	0	0	1	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabla XV – Distribución Porcentual de la Inmigración Paterna por Instituto Educativo.

Distribución Porcentual de la Inmigración Paterna	Institución Educativa						
	Sto. Tomás de Villanueva	Francisco Espejo	Instituto Educativos Asociados	Santa Rosa de Lima	Nuestra Sra. Del Rosario	Instituto Andes	Total
No sabe	17	14	12	14	14	14	14
Venezolano	38	50	44	42	49	34	44
Mezcla de Nacionalidad	6	13	17	15	12	16	13
Inmigración Latinoamericana	25	21	5	5	8	8	12
Inmigración Europea	13	1	23	24	17	27	16
Inmigración de Países Árabes	0	0	0	1	1	2	1
Total	100	100	100	100	100	100	100

En el caso de la inmigración materna, se puede apreciar que en todos los institutos educativos, la mayoría son venezolanos, en tanto que la unidad educativa con mayor porcentaje de mezcla de nacionalidad materna corresponde al Instituto Andes.

Siguiendo con la inmigración materna, el caso con mayor inmigración latinoamericana corresponde al Francisco Espejo, y a su vez es el que tiene menor inmigración europea.

En cuanto a la inmigración paterna, se observa que en todos los colegios, la mayoría son venezolanos, el colegio con menor mezcla de nacionalidad es el Santo Tomás de Villanueva, además de ser uno de los de mayor inmigración latinoamericana, además del Francisco Espejo.

La menor inmigración Paterna europea se detectó en el Francisco Espejo, y con mayor inmigración Europea el Sta. Rosa de Lima, siendo los únicos con inmigración árabe el Santa Rosa de Lima, Nuestra Sra. Del Rosario y el Instituto Andes.

Descripción de la Conducta Anoréxica

El EAT-26 fue utilizado con el fin de catalogar a las personas con conducta anoréxica dentro de la población objeto del presente estudio, por lo cual es importante, para poder aceptar los datos, estudiar su consistencia interna, es decir, el grado en que los ítems ordenan a las personas de la misma manera, medida por el modelo Alpha de Cronbach, la cual dio para la escala total 0,859, siendo un resultado bastante alto, así como la consistencia de las dimensiones.

Por lo tanto se puede concluir que el instrumento es confiable. Sus valores son parecidos a los encontrados por Garner, D. y Garfinkel, P. (1979), el cual obtuvo una consistencia interna total de 0,87. A su vez, los valores observados son más altos que los obtenidos por Machado y otros (1994) cuya consistencia interna fue de 0,76.

Tabla XVI – Coeficiente de validez interna del EAT-26

Dimensiones	N° de Items	Alpha de Cronbach
Dieta	13	0,838
Bulimia	6	0,671
Control Oral	7	0,626
Escala Total	26	0,859

La conducta anoréxica de los encuestados fluctuó entre 0 y 59 puntos, con una media de 11,77 una desviación de 8,65. Esto nos indica que aún cuando los encuestados obtuvieron niveles altos y bajos de conductas anoréxicas²⁶, la mayoría de estos manifestaron niveles bajos. En cuanto a la asimetría, ésta fue de 2,013 y la Curtosis de 5,212; lo que indica que la distribución fue asimétrica positiva y leptocúrtica.

De la muestra total, el 13,84% presentó valores iguales o mayores a 20 puntos, lo que indica actitudes, conductas y preocupaciones con relación a la ingesta de alimentos, el peso y el ejercicio, elementos característicos de la anorexia.

A los fines de un mejor uso del EAT-26, se decide calcular y ponderar cada una de las respuestas con puntuaciones de 1 al 6, para obtener un mejor continuum del comportamiento; siendo ahora 80 el corte diferencial entre una conducta anoréxica, que es similar a la utilizada en el cálculo original, correspondiente al punto de corte de 20 puntos. Los resultados de los encuestados variaron entre 31 a 123 puntos, con una media de 61,4 y una desviación de 17. La asimetría fue de 1,1 y la Curtosis de 1,6; lo cual indica una tendencia menor hacia una distribución asimétrica positiva y leptocúrtica.

²⁶ Cuando se habla de conductas bajas y altas anoréxicas, se refiere a comportamientos que tienen menos probabilidad de padecer anorexia nerviosa a comportamientos anoréxicos.

Al analizar las dimensiones del EAT-26, calculadas a través del promedio de cada una de las variables que la integran, se obtuvieron los siguientes resultados representados en la siguiente tabla:

Tabla XVII – Descripción estadística de las dimensiones del EAT-26

Dimensiones del EAT	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Dimensión Dieta EAT	565	1	5,6	2,79	0,91
Dimensión Bulimia del EAT	559	1	5,4	2,19	0,70
Dimensión Control Oral EAT	569	1	5,5	2,03	0,76

Estos datos nos indican que en las diversas dimensiones se encuentran comportamientos distintos. En la dimensión Dieta se encuentran valores mínimos de 1 y máximos de 5,6, con una media de 2,79 y una desviación típica de 0,91. Esta dimensión exhibe valores más altos en comparación con otras dimensiones, y a su vez los valores presentan una mayor dispersión. Esto es comprensible ya que la dimensión dieta posee ítems que pueden tener valores altos en la población normal, por el valor dado a la delgadez y al cuidado del cuerpo, que son aprobados y aceptados con normalidad en nuestra sociedad, y que son llevados al extremo por las adolescentes que manifiestan conductas anoréxicas.

La distribución de la conducta anoréxica presenta un comportamiento diferente en cada una de las instituciones educativas encuestadas. En aquellas instituciones educativas en donde cursan exclusivamente personas del sexo femenino, se determinó que la presencia de conductas anoréxicas es mayor, destacando el Instituto Andes con un valor mayor. Entre las instituciones educativas mixtas, hallamos que el Francisco Espejo posee una alta distribución, seguido del resto que si bien tienen valores menores, éstos se consideran igualmente altos.

Es importante destacar el elevado porcentaje de casos de conductas anoréxicas manifestadas por los encuestados en el Instituto Andes. Aún cuando no es factible llevar a cabo un análisis profundo sobre estos resultados, es posible realizar una aproximación teórica y asumir que dicho porcentaje guarda relación con las características particulares de este instituto, el cual tiene un alto grado de exigencia y disciplina en comparación con los otros institutos encuestados, y que representa una fuente adicional de tensión para los individuos que allí cursan. Otro factor importante y posiblemente relacionado con este alto porcentaje consiste en el refuerzo de los valores de sacrificio

y autocastigo promovidos por la congregación cristiana conservadora que administra esta institución educativa. Es importante recordar en este punto que dichos valores presentan afinidad con los primeros casos de anorexia presentados en la historia, y resaltados por Toro (1999) tales como los casos de Santas Anoréxicas, doncellas milagrosas y muchachas ayunadoras.

Tabla XVIII – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por Unidad Educativa

Clasificación de EAT	Unidad Educativa						Total
	Santo Tomas de Villanueva	Francisco Espejo	Instituto Educativos Asociados	Santa Rosa de Lima	Nuestra Sra. del Rosario	Instituto Andes	
Conducta no Anoréxica	91,67	89,57	91,80	84,09	91,21	80,00	87,86
Conducta Anoréxica	8,33	10,43	8,20	15,91	8,79	20,00	12,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

La distribución de la conducta anoréxica según la edad se comporta de forma distinta. La presencia de conductas anoréxicas fue mayor a los 19 años (con un 42,9%) seguido de los 18 años (con un 21,1%), mientras que en los 14 años no se detectaron casos de conducta anoréxica, sin embargo al haber sido encuestada una sola persona con esta edad, ello no constituye un dato determinante sobre esta tendencia.

Tabla XIX – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por edades

Clasificación	Edades						Total
	14	15	16	17	18	19	
Conducta no Anoréxica	100	88,24	85,90	88,35	78,95	57,14	86,15
Conducta Anoréxica	0	11,76	14,10	11,65	21,05	42,86	13,85
Total	100	100	100	100	100	100	100

En la siguiente tabla podemos apreciar la forma en la que la conducta anoréxica se distribuye. La inmigración paterna cuando proviene de una mezcla de nacionalidades o es europea posee mayores niveles que la inmigración paterna venezolana o latinoamericana. El dato de la inmigración de países árabes carece de relevancia debido a la escasa cantidad de personas encuestadas y con familiares inmigrantes de esta región geográfica (3 personas).

Tabla XX – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por inmigración paterna

Clasificación de EAT	Cálculo de Inmigración Paterna						Total
	No se Sabe	Venezolanos	Mezcla de Nacionalidad	Inmigración Latinoamericana	Inmigración Europea	Inmigración de Países Árabes	
Conducta no Anoréxica	88	89,66	84,29	89,66	84,34	100,00	87,86
Conducta Anoréxica	12	10,34	15,71	10,34	15,66	0,00	12,14
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabla XXI – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por inmigración materna

Clasificación de EAT	Cálculo de Inmigración Paterna							Total
	No se Sabe	Venezolanos	Mezcla de Nacionalidad	Inmigración Latinoamericana	Inmigración Europea	Inmigración de Países Árabes	Inmigración Asiática	
Conducta no Anoréxica	86	89,54	86,81	90,91	81,54	85,71	100,00	87,86
Conducta Anoréxica	14	10,46	13,19	9,09	18,46	14,29	0,00	12,14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Es posible considerar que el estrés generado por el proceso de aculturación de las familias con inmigración europea y de mezcla de nacionalidades se refleje en una susceptibilidad mayor de padecer un trastorno de alimentación. En el caso de mezcla de nacionalidades son los valores culturales los que estarán en tensión interna en la familia, ya que se requiere de un intercambio y aceptación de los mismos que van a integrarse al hogar. Lo mismo sucede con la inmigración Europea, la cual posee valores diferentes a los de nuestro país, además de las circunstancias históricas sociales y económicas vividas en Europa durante el pasado siglo, que posiblemente hayan influido en sus dinámicas internas. Estas inmigraciones requieren de un mayor proceso de aculturación ya que los elementos culturales son más distintos que entre los mismos latinoamericanos.

La aculturación es un proceso social y psicológico complejo, que influye en el individuo y en la dinámica familiar (Miranda y otros, 2000), lo cual genera estrés en el individuo y la familia. La causa de éste puede ser la pérdida del apoyo social, de las estrechas relaciones interpersonales y de lazos personales que se perdieron en la inmigración. (Miranda y otros, 2000; Rivera y otros, 2008)

En el caso de la inmigración materna, es mucho mayor el porcentaje de conducta anoréxica en la inmigración Europea, mientras que existe un menor porcentaje de ocurrencia de conducta anoréxica en la inmigración latinoamericana o en aquellos Venezolanos de origen.

En este sentido, también se detectó un porcentaje mayor de conducta anoréxica en la inmigración materna que en la paterna. Esto posiblemente se deba a la influencia de la madre en el desarrollo de socialización de las jóvenes con conducta anoréxica, por lo que es posible que la inmigración materna manifieste un comportamiento distinto al de la inmigración paterna, tal como se puede apreciar en la Tabla 16.

Existe una diferencia en la conducta anoréxica, dependiendo del tipo de parentalidad en el Hogar: Hay un mayor porcentaje de conducta anoréxica entre aquellas jóvenes que no viven con sus padres, en comparación con las otras dos opciones (biparental y monoparental), tal como se reseña en la Tabla 17.

Tabla XXII – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por tipo de parentalidad del hogar.

Clasificación EAT	Tipo de parentalidad del hogar			Total
	No vive con sus padres	Monoparental	Biparental	
Conducta No Anoréxica	82,19	86,43	86,97	86,15
Conducta Anoréxica	17,81	13,57	13,03	13,85
Total	100	100	100	100

En el caso de las familias reconstituidas, la presencia de conductas anoréxicas es menor en comparación con las familias no reconstituidas. Esto posiblemente obedece a la tendencia de una presentación conservadora de las familias, a buscar un mayor grado de integración en ésta, y en que resulta más difícil romper el vínculo entre madre e hija, tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla XXIII – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por la presencia de reconstitución del hogar

Clasificación EAT	Reconstituida		Total
	No Reconstituido	Reconstituido	
Conducta No Anoréxica	85,89	90,32	86,15
Conducta Anoréxica	14,11	9,68	13,85
Total	100	100	100

Existe una mayor presencia de conductas anoréxicas en familias extensas sin abuelos, seguidas de extensas con abuelos solamente. Mientras que en las familias extensas con abuelos se obtuvieron porcentajes menores. Estos datos nos permiten formular hipótesis con respecto a la forma que podría afectar a la variable cohesión.

Tabla XXIV – Distribución porcentual de la conducta anoréxica por el tipo de extensión familiar.

Clasificación del EAT	Tipo de extensión familiar				Total
	No Extensa	Extensa sólo con Abuelos	Extensa sin Abuelos	Extensa con Abuelos	
Conducta No Anorexica	86,62	88,89	82,76	83,33	86,15
Conducta Anorexica	13,38	11,11	17,24	16,67	13,85
Total	100	100	100	100	100

Descripción de la Cohesión Familiar y la Adaptabilidad Familiar

La encuesta FACES-III nos permitió evaluar la cohesión familiar y la adaptabilidad familiar, por lo cual al igual que el EAT-26 se nos hace importante conocer su fiabilidad y su consistencia interna, las cuales son medidas a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un valor aceptable de 0,827, encontrándose entre los rangos medios altos. La consistencia por cada una de las dimensiones Cohesión Familiar y Adaptabilidad Familiar es distinta, la primera es de 0,824 la cual es un nivel aceptable alto, mientras que el segundo es de 0,614, la cual está entre los rangos bajos

pero aceptables. Estos valores son más bajos que los obtenidos por Olson et al. (1985), los cuales son 0,68 para la escala total: para la subescala Cohesión Familiar 0,77 y la subescala Adaptabilidad es de 0,62; mientras que los obtenidos por Pulido y Villegas (1995) son mayores que los de Olson et al. (1985) y menores a los obtenidos en este estudio, es decir: 0,72; 0,74 y 0,52 respectivamente.

Según los criterios de Guilford (1959), los índices de confiabilidad Alpha Cronbach obtenidos a partir de la consistencia interna de los instrumentos, permiten afirmar que la escala FACES-III se comporta de manera confiable con relación al puntaje de la escala total y a la subescala cohesión (Pulido y Villegas, 1995).

En el caso de la subescala de Adaptabilidad, cabe destacar que de acuerdo con el criterio de Thorndike (1977; c.p. Martinello, 1984) es válido considerarla confiable. No obstante, es evidente que su consistencia interna es mucho menor que la escala total y la subescala cohesión, lo cual está relacionado con el hecho de que sea una escala muy corta, y por otra parte, porque la mayoría de los ítems que la integran no están funcionando correctamente. (Pulido y Villegas, 1995)

Tabla XXV – Coeficiente de validez interna de las dimensiones de la Cohesión Familiar

Dimensión de la cohesión familiar	Nº de Ítems	Alpha de Cronbach
Enlace Familiar	4	0,733
Tiempo de Dedicarse	4	0,677
Enlace con otros	2	0,344
Total de Cohesión	10	0,824

Tabla XXVI – Coeficiente de validez interna de las dimensiones de la Adaptabilidad Familiar

Dimensión de la Adaptabilidad familiar	Nº de Ítems	Alpha de Cronbach
Poder	4	0,481
Regla	2	0,307
Rol	4	0,318
Total de adaptabilidad	10	0,614

El análisis de las dimensiones de la Cohesión Familiar obtuvo valores bajos en términos de confiabilidad. Esto se debe a la cantidad baja de ítems, los cuales no nos indica que el modelo teórico no sea útil. Esto nos sirve para comprender tanto a la cohesión como a la adaptabilidad familiar.

Estas dimensiones de Adaptabilidad y Cohesión son transformadas en variables para observar su comportamiento, el cual es calculado a través del promedio de cada uno de los ítems que la integran, y resultando en la siguiente tabla:

Tabla XXVII – Descripción Estadística de las Dimensiones de la Cohesión Familiar y la Adaptabilidad Familiar.

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica	Asimetría	Curtosis
Enlace con Otros de C.F.	583	1	5	3,54	0,99	-0,52	-0,20
Enlace Familiar de C.F.	581	1	5	3,54	0,94	-0,60	-0,17
Poder de A.F.	576	1	5	2,80	0,85	-0,04	-0,36
Regla de A.F.	579	1	5	2,83	0,96	-0,15	-0,44
Rol de A.F.	574	1	5	2,52	0,78	0,29	-0,06
Tiempo de Dedicarse de C.F.	564	1	5	2,89	0,84	-0,11	-0,26

Los valores obtenidos en la variable Cohesión Familiar se encontraron entre los rangos de 11 y 53 puntos, siendo la media de 34,123 y la desviación de 8,15. La asimetría fue de -0,536 y Curtosis de -0,82, lo que indica que la distribución es asimétrica negativa y platicúrtica. Estos puntajes indican

que la mayoría de las encuestadas obtuvieron niveles bajos de cohesión familiar, por lo que la mayoría de las familias pertenecen a la clasificación de disgregado (47%) y separado (31,1%).

La cohesión familiar por instituto educativo se comporta de forma distinta, pudiéndose integrar los comportamientos en dos grupos: los que tuvieron su mayor porcentaje en el tipo de cohesión familiar Disgregado y luego Separado son: el Francisco Espejo, Sta. Rosa de Lima, Nuestra Sra. Del Rosario y el Instituto Andes, respectivamente; mientras que el Sto. Tomas de Villanueva y el Instituto Educativos Asociados tuvieron un porcentaje mayor en las familias Separadas y luego Disgregadas. Asimismo, aquellos con un porcentaje mayor de familias aglutinadas son en orden decreciente: Santa Rosa de Lima, Nuestra Señora del Rosario y el Instituto Andes.

Tabla XXVIII – Distribución porcentual de la clasificación de la cohesión familiar por Unidad Educativa

Clasificación de Cohesión Familiar	Unidad Educativa						Total
	Santo Tomas de Villanueva	Francisco Espejo	Instituto Educativos Asociados	Santa Rosa de Lima	Nuestra Sra. del Rosario	Instituto Andes	
Disgregado	38,33	58,78	31,25	48,95	47,25	42,19	47,02
Separado	45,00	28,24	39,06	26,57	29,67	28,13	31,10
Conectado	15,00	10,69	26,56	17,48	16,48	23,44	17,18
Aglutinado	1,67	2,29	3,13	6,99	6,59	6,25	4,70
Total	100	100	100	100	100	100	100

En el caso de la cohesión familiar por unidad educativa se pueden observar diferencias significativas. En lo que respecta a las familias disgregadas, hallamos al Francisco Espejo con un 58,78%, en tanto que la unidad educativa que posee menor porcentaje con relación a todas las instituciones educativas encuestadas es el Instituto Educativos Asociados. La unidad educativa con mayor porcentaje de familias clasificadas como separadas es el Santo Tomas de Villanueva y aquella con el menor porcentaje corresponde al Santa Rosa de Lima. Ahora, en lo que respecta al mayor porcentaje de familias conectadas es el Instituto Educativos Asociados, y aquel con el

menor porcentaje es el Francisco Espejo, y el que tiene mayor porcentaje de familias clasificadas como aglutinadas es el Santa Rosa de Lima, y con la menor cantidad el Santo Tomas de Villanueva.

La cohesión tiene un comportamiento parecido entre los distintos tipos de parentalidad, pero se pueden observar pequeñas diferencias tales como el mayor porcentaje de familias con cohesión aglutinada en las Biparentales, ya que este tipo de unión requiere de una mayor integración en el núcleo, y se pueden generar a su vez dinámicas aglutinadas para así asegurar su estabilidad. En este sentido, aquellos individuos que no viven con sus padres representan un porcentaje menor de familias aglutinadas, en tanto que en el caso contrario, si el individuo no vive con su núcleo familiar existe una mayor tendencia de poseer una familia disgregada.

Tabla XXIX – Distribución porcentual de la clasificación de la cohesión familiar por el tipo de parentalidad del hogar.

Clasificación de la Cohesión Familiar	¿Hogar biparental o monoparental?			Total
	No vive con sus padres	Monoparental	Biparental	
Disgregado	57,69	49,32	43,47	47,02
Separado	24,36	32,19	32,22	31,10
Conectado	15,38	14,38	18,84	17,18
Aglutinado	2,56	4,11	5,47	4,70
Total	100	100	100	100

En cuanto a la reconstitución familiar, entre las familias no reconstituidas, existe una mayor tendencia hacia los extremos de la Cohesión Familiar. Posiblemente esto se deba a que las familias no reconstituidas, en comparación con las reconstituidas, tienen una mayor posibilidad de aglutinarse y disgregarse, como formas de buscar la estabilidad familiar ante situaciones problemáticas. (Minuchin ,2003; Whitaken y Bumbery, 1991)

Tabla XXX – Distribución porcentual de la clasificación de la Cohesión Familiar por la presencia de reconstitución del hogar.

Clasificación de la Cohesión Familiar	Si hay reconstitución		Total
	No Reconstituída	Reconstituída	
Disgregado	47,13	45,16	47,02
Separado	30,84	35,48	31,10
Conectado	17,24	16,13	17,18
Aglutinado	4,79	3,23	4,70
Total	100	100	100

En el caso de la extensión, las familias con menor porcentaje de familias con una cohesión disgregada son las no extensas, mientras que las familias con mayor porcentaje de aglutinamiento son las familias con abuelos, ya que éstos ayudan a que las familias mantengan un mayor grado de integración, lo cual indica la alta dependencia entre los hijos y los padres de su familia de orientación.

Tabla XXXI – Distribución porcentual de la clasificación de la Cohesión Familiar por el tipo de extensión familiar.

Clasificación de la Cohesión Familiar	¿Existe Extensión?				Total
	No Extensa	Extensa sólo con Abuelos	Extensa sin Abuelos	Extensa con Abuelos	
Disgregado	47,86	45,95	44,62	41,94	47,02
Separado	32,38	24,32	24,62	35,48	31,10
Conectado	15,71	21,62	24,62	16,13	17,18
Aglutinado	4,05	8,11	6,15	6,45	4,70
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

La cohesión familiar se comporta distintamente ante la variable de inmigración paterna, siendo la inmigración latinoamericana, seguida de los venezolanos de origen los que mayor nivel de familias

disgregadas tienen, y menos familias aglutinadas, y entre las que poseen un mayor porcentaje de familias aglutinadas son las provenientes de la mezcla de nacionalidades e inmigración europea.

Estos resultados al cruzarlos con el estudio realizado por Rivero y otros (2008) sobre la Cohesión Familiar y su relación con el estrés psicológico en grupos inmigrantes latinos en Estados Unidos, nos permite resaltar que las inmigraciones con menor contacto y relaciones de intercambio con la sociedad a la que llegan, tienden a producir un alto nivel de cohesión en estas familias, conocidas como cohesión aglutinada, para así enfrentar el estrés que genera la aculturación. Lo cual a su vez lo podemos relacionar con la mayor presencia de anorexia en estas inmigraciones y en estos tipos de cohesión familiar.

Tabla XXXII – Distribución porcentual de la clasificación familiar por la inmigración paterna.

Clasificación de la Cohesión Familiar	Calculo de Inmigración Paterna						Total
	No sabe	Venezolanos	Mezcla de Nacionalidad	Inmigración Latinoamericana	Inmigración Europea	Inmigración de países Árabes	
Disgregado	39,5	51,2	44,7	55,6	39,1	0,0	47,0
Separado	31,6	27,8	31,6	30,2	39,1	66,7	31,1
Conectado	18,4	18,5	15,8	12,7	17,2	0,0	17,2
Aglutinado	10,5	2,4	7,9	1,6	4,6	33,3	4,7
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabla XXXIII – Distribución porcentual de la clasificación familiar por la inmigración materna.

Clasificación de la Cohesión Familiar	Calculo de Inmigración Materna							Total
	No sabe	Venezolanos	Mezcla de Nacionalidad	Inmigración Latinoamericana	Inmigración Europea	Inmigración de países Árabes	Inmigración de Asia	
Disgregado	52,83	45,10	48,42	50,65	45,45	33,33	0,00	47,02
Separado	33,96	32,55	25,26	29,87	30,30	50,00	100,00	31,10
Conectado	13,21	18,04	17,89	14,29	19,70	16,67	0,00	17,18
Aglutinado	0,00	4,31	8,42	5,19	4,55	0,00	0,00	4,70
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Con respecto a la inmigración materna se observa un comportamiento muy distinto al de la inmigración paterna. En la mayoría, excepto en la inmigración de países árabes y asiáticos, que no tomaremos en cuenta debido a la baja población encuestada a la que pertenecen estos grupos, se comportan de forma parecida. El mayor porcentaje de todos los distintos tipos de inmigraciones es el de las familias disgregadas, teniendo el porcentaje más alto los que desconocen el origen de su familia, y a su vez son los menos aglutinados, lo cual es lógico debido a que no mantienen lazos de reconocimiento de sus orígenes y por desconocerlos, puede haber mayor tendencia al desconocimiento interno. Mientras que los más aglutinados son la Mezcla de nacionalidad, la inmigración latinoamericana y la inmigración europea.

La cohesión familiar se comporta de forma distinta ante la variable conducta anoréxica, habiendo un mayor porcentaje de familia con una cohesión disgregada en las anoréxicas que en las no anoréxicas y mayor porcentaje de familias aglutinadas en las no anoréxicas que en las anoréxicas, lo cual nos muestra en que en el caso de la Cohesión aglutinada se presenta lo contrario a lo que esperábamos. Es decir, que las familias fueran más aglutinadas que las no anoréxicas.

Tabla XXXIV – Distribución porcentual de la clasificación de la Cohesión Familiar por la conducta Anoréxica.

Clasificación Cohesión Familiar	Clasificación EAT-26		Total
	Conducta no Anoréxica	Conducta Anoréxica	
Disgregado	43,72	57,38	45,42
Separado	33,49	21,31	31,98
Conectado	17,21	19,67	17,52
Aglutinado	5,58	1,64	5,09
Total	100,00	100,00	100,00

En el caso de la variable de Adaptabilidad Familiar, se encontró un rango entre 11 y 53 puntos, siendo la media de 26,98 y la desviación de 6,49. Esto indica que la mayoría de los sujetos estuvieron ubicados dentro de valores medios, que pertenecen a los valores de familias estructuradas y flexibles, la primera representa el 22,9% y la segunda obtuvo 22,2%. La asimetría fue de 0,156 y

la Curtosis de 0,040, lo que indica que la distribución es asimétrica positiva y tendiendo a ser leptocúrtica.

En términos de porcentajes, la Adaptabilidad Familiar se distribuye distintamente con respecto a las diversas unidades educativas. A los fines del presente trabajo de grado se procede a clasificarla bajo dos grupos: en aquellas instituciones educativas con mayor porcentaje de familias con adaptabilidad caótica que son: Nuestra Sra. Del Rosario y Santo Tomas de Villanueva y aquellas instituciones educativas con un mayor porcentaje de familias con Adaptabilidad Rígida, a saber: Nuestra Sra. Del Rosario, Santa Rosa de Lima y el Francisco Espejo.

Tabla XXXV – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por Unidad Educativa.

Clasificación de la Adaptabilidad Familiar	Unidad Educativa						Total
	Santo Tomas de Villanueva	Francisco Espejo	Instituto Educativos Asociados	Santa Rosa de Lima	Nuestra Sra. del Rosario	Instituto Andes	
Rígido	6,45	13,18	6,15	13,99	15,79	8,20	11,71
Estructurado	22,58	26,36	21,54	25,87	22,11	24,59	24,32
Flexible	24,19	27,91	33,85	16,78	15,79	31,15	23,60
Caótico	46,77	32,56	38,46	43,36	46,32	36,07	40,36
Total	100	100	100	100	100	100	100

Dentro de la variable de parentalidad, la adaptabilidad familiar presenta una distribución distinta, siendo el caótico el que posee mayor porcentaje de adaptabilidad en todos los grupos, siendo el que tiene un menor porcentaje el monoparental y el que presenta un porcentaje mayor los que no viven con sus padres. A su vez, los que más porcentaje de adaptabilidad rígida poseen son aquellos que no viven con sus padres, mientras que en los casos de biparentalidad y monoparentalidad, se tiene un mayor porcentaje en los valores centrales de adaptabilidad familiar.

Tabla XXXVI – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por tipo de parentalidad del hogar.

Clasificación de Adaptabilidad Familiar	Tipo de Parentalidad			Total
	No vive con sus padres	Monoparental	Biparental	
Rígido	20,27	12,00	9,67	11,71
Estructurado	18,92	31,33	22,36	24,32
Flexible	18,92	20,00	26,28	23,60
Caótico	41,89	36,67	41,69	40,36
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

La adaptabilidad familiar pareciera comportarse de forma diferente en la variable reconstitución, teniendo mayor porcentaje de familia caótica la no reconstituida que la reconstituida, teniendo a su vez esta última, mayor porcentaje en la adaptabilidad familiar estructurado y flexible.

Tabla XXXVII – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por la presencia de Reconstitución Familiar

Clasificación de la Adaptabilidad Familiar	¿Existe Reconstitución?		Total
	No Reconstituido	Reconstituido	
Rígido	11,71	11,76	11,71
Estructurado	23,80	32,35	24,32
Flexible	23,42	26,47	23,60
Caótico	41,07	29,41	40,36
Total	100	100	100

De acuerdo con la extensión de la familia, la adaptabilidad familiar se comporta de forma diferente. Las familias con mayor porcentaje de familias rígidas son aquellas que son extensas con abuelos, mientras que las que tienen mayor porcentaje de familias caóticas son las familias extensas sólo con abuelos. En su mayoría, todas excepto la familia extensa con abuelos tienden a ser caóticas. Esta

clasificación de adaptabilidad familiar está repartida igualmente entre las estructuradas y la caótica, y a su vez todos tienen su menor porcentaje en las familias rígidas excepto en familias Extensas con Abuelos, tal como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla XXXVIII – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por el tipo de extensión familiar.

Clasificación de Adaptabilidad Familiar	Clasificación por extensión de la Familia				Total
	No Extensa	Extensa sólo con Abuelos	Extensa sin Abuelos	Extensa con Abuelos	
Rígido	12,03	5,41	9,68	18,75	11,71
Estructurado	23,35	21,62	30,65	28,13	24,32
Flexible	23,82	21,62	29,03	12,50	23,60
Caótico	40,80	51,35	30,65	40,63	40,36
Total	100	100	100	100	100

La adaptabilidad familiar, al igual que en la variable anterior tiende a tener en todas las clasificaciones de inmigración paterna, un mayor porcentaje de familias caóticas y el menor porcentaje en familias rígidas, mientras que en los valores centrales cambia, siendo mayor las estructuradas en la inmigración europea, venezolana de origen y de latinoamericana.

Tabla XXXIX – Distribución porcentual de la clasificación de Adaptabilidad Familiar por la inmigración paterna.

Clasificación de la Cohesión Familiar	Calculo de Inmigración Paterna						Total
	No sabe	Venezolanos	Mezcla de Nacionalidad	Inmigración Latinoamericana	Inmigración Europea	Inmigración de países Árabes	
Rígido	11,54	12,40	13,70	9,68	10,00	0,00	11,71
Estructurado	19,23	25,60	23,29	22,58	27,78	0,00	24,32
Flexible	29,49	22,00	28,77	20,97	21,11	0,00	23,60
Caótico	39,74	40,00	34,25	46,77	41,11	100,00	40,36
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabla XL – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por la Inmigración materna.

Clasificación de la Adaptabilidad Familiar	Calculo de Inmigración Materna							Total
	No sabe	Venezolanos	Mezcla de Nacionalidad	Inmigración Latinoamericana	Inmigración Europea	Inmigración de países Árabes	Inmigración de Asia	
Rígido	11,11	14,01	6,38	12,33	10,14	14,29	0,00	11,71
Estructurado	27,78	21,79	21,28	31,51	27,54	28,57	0,00	24,32
Flexible	24,07	22,96	24,47	26,03	21,74	28,57	0,00	23,60
Caótico	37,04	41,25	47,87	30,14	40,58	28,57	100,00	40,36
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Tal como sucede con el caso anterior, en la inmigración materna los mayores porcentajes están en la caótica en todos los grupos, y las menores en las familias rígidas. Las familias con mezcla de nacionalidades son las poseen el porcentaje más alto de familias caóticas con respecto a todos, mientras que aquellas familias rígidas con un mayor porcentaje son las de Inmigración árabe y los Venezolanos de origen.

La adaptabilidad familiar pareciera comportarse de forma muy distinta en las personas con conducta anoréxica que sin conducta anoréxica, con una tendencia mayor de familias rígidas en las familias con personas con conducta anoréxica que en las no anoréxicas. Esto nos puede indicar la falta de estas familias en adaptarse a los cambios para que los jóvenes puedan resolver sus conflictos en vez de generarles más estrés.

Tabla XLI – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por conducta Anoréxica.

Clasificación de la Adaptabilidad Familiar	Clasificación EAT-26		Total
	Conducta No Anoréxica	Conducta Anoréxica	
Rígido	9,40	18,33	10,48
Estructurado	24,31	23,33	24,19
Flexible	24,08	25,00	24,19
Caótico	42,20	33,33	41,13
Total	100,00	100,00	100,00

La adaptabilidad familiar rígida no se presenta en familias con cohesión aglutinada, teniendo la cohesión aglutinada un mayor porcentaje de familias con adaptabilidad caótica, mientras que las familias con una cohesión disgregada tienen mayor porcentaje en la adaptabilidad estructurada, pero se distribuye igualmente entre los otros dos tipos de adaptabilidad.

Tabla XLII – Distribución porcentual de la clasificación de la Adaptabilidad Familiar por tipo de Cohesión Familiar.

Clasificación de Adaptabilidad Familiar	Clasificación de Cohesión Familiar				Total
	Disgregado	Separado	Conectado	Aglutinado	
Rígido	20,97	5,49	2,30	0,00	12,02
Estructurado	33,06	20,73	13,79	4,00	24,62
Flexible	22,98	26,22	19,54	16,00	23,09
Caótico	22,98	47,56	64,37	80,00	40,27
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Para concluir encontramos en la parte exploratoria de los datos:

1. Existe una mayor porcentaje de conducta anoréxica en la Inmigración Europea y en la mezcla de nacionalidades que en el resto de las familias, siendo más fuerte la diferencia entre la Inmigración Materna que la Inmigración Paterna. Esto se comprende por la mayor influencia que tiene la madre en el desarrollo y cuidado de los hijos. La diferencia en el comportamiento de los inmigrantes Europeos y la mezcla de nacionalidades puede comprenderse por el estrés que genera la aculturación; la cual puede afectar en la interacción familiar produciendo un tipo distinto de interacción, tal como se puede observar en la inmigración materna de mezcla de nacionalidades, la cual tendieron a ser más aglutinadas, y en cuanto a la adaptabilidad son menos rígidas y más caóticas.
2. Existe un mayor porcentaje de anorexia en los que no viven con sus padres, quienes se presentan en los extremos de la cohesión, es decir, aglutinados y disgregados, al igual que en el caso de la adaptabilidad. Lo cual nos puede indicar que una mayor disfuncionalidad familiar hacen más susceptible al individuo de manifestar una conducta anoréxica.
3. En el caso de las familias no reconstituidas se detectó un porcentaje mayor de jóvenes con conducta anoréxica. Estas familias se caracterizan por estar ubicadas en ambos extremos de la cohesión, y más estructuradas en términos de adaptabilidad, mientras que las reconstituidas poseen un mayor porcentaje en los valores centrales de adaptabilidad, y son más caóticas.

4. Existe un mayor porcentaje de manifestación de conducta anoréxica en las familias extensas sin abuelos y con abuelos, las cuales son más aglutinadas y a su vez más rígidas, mientras que las no extensas son más disgregadas y las extensas sólo con abuelos son más caóticas.
5. Existe un mayor porcentaje de personas con tendencia a manifestar una conducta anoréxica en las familias disgregadas, quienes son más rígidas, en tanto que las familias aglutinadas son más caóticas.
6. Existe un mayor porcentaje de personas con tendencia a manifestar una conducta anoréxica en las familias rígidas y una menor tendencia en las caóticas.

Para concluir con esta parte descriptiva, se observa que podría haber cierta relación entre las variables estudiadas, lo cual implica realizar un análisis de relación entre éstas y prueba de hipótesis, considerando a su vez que a los fines de obtener un análisis mejor de la conducta anoréxica, se hace necesaria la clasificación de la respuesta en grupos con el mayor grado de homogeneidad posible, por lo que se procedió a realizar un análisis de cluster del comportamiento de estas variables.

Es importante acotar que se contempló la realización de un análisis factorial a los efectos de “reducir la dimensión de una tabla de datos excesivamente grande por la elevada cantidad de variables que contiene y quedarse con unas cuantas variables ficticias que, aunque no observadas, sean combinación de las reales y sinteticen la mayor parte de la información contenida en las variables originales” (Pérez, C., 2004, pp.12), cuyos resultados en la EAT-26 y las subescalas de Cohesión Familiar y Adaptabilidad Familiar tuvieron valores en el KMO y la prueba de Barlett, lo que nos indica la idoneidad de este análisis. Los resultados fueron 0,893, 0,892 y 0,718 respectivamente, cuyos valores se pueden considerar como buenos, pero al analizar las dimensiones obtenidas, se concluye que en términos teóricos, resultan mejores las dimensiones ya propuestas en el estudio.

ANÁLISIS DE CLUSTERS PARA CLASIFICAR LA CONDUCTA ANORÉXICA

El análisis de conglomerados consiste en una técnica estadística multivariante de clasificación de los datos, la cual a partir de una tabla de casos-variables, trata de situar todos los casos en grupos homogéneos (conglomerados o clusters) no conocidos de antemano, pero sugeridos por la propia esencia de los datos, de manera que los individuos que puedan ser considerados como parecidos sean ubicados dentro de un mismo grupo. (Pérez, C., 2004) Su propósito es el procurar la constitución de una cantidad mínima de acumulaciones o grupos con el mayor grado de homogeneidad posible entre sí, y con el mayor grado de heterogeneidad.

En el caso del presente trabajo de grado, el análisis de conglomerados o de cluster se llevó a cabo al utilizar preguntas con mayor correlación con el puntaje total del EAT-26 y que permiten observar las características descriptivas de la conducta anoréxica, las cuales son: conductas irregulares con la comida, temor a engordar, reducción del consumo de alimentos y sobre todo a los que engordan, vómito y negación y control de hambre. Estas preguntas son:

1. Me da mucho miedo pesar demasiado
2. Procuro no comer aunque no tenga hambre.
3. Me preocupo demasiado por la comida
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)
7. Vomito después de haber comido.
8. Me preocupa mucho el deseo de estar más delgada.
10. Siento que los alimentos controlan mi vida.
11. Me controlo en las comidas.

12. Me gusta sentir el estómago vacío.

13. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Al aplicar el análisis de cluster de casos, con el método no jerárquico: K-Medias, introduciendo la cantidad de 5 conglomerados, se obtuvieron los siguientes grupos, habiendo integrado los grupos 4 y 5 dadas las similitudes entre sí:

- Grupo 1: Reconocido como un grupo que no manifiesta conducta anoréxica debido a sus bajos valores en todas las preguntas correspondientes a las conductas anoréxicas, y altos valores en la pregunta referente al disfrute de la ingesta de comidas nuevas y ricas en calorías, lo cual constituye una conducta opuesta a la anoréxica.
- Grupo 2: Reconocido como un grupo con una conducta altamente anoréxica, ya que poseen los valores más altos en las preguntas relacionadas con la conducta anoréxica, y obtuvieron los valores más bajos con respecto al disfrute de comidas nuevas y ricas en calorías.
- Grupo 3: Reconocido como un grupo que manifiesta una tendencia leve a la conducta anoréxica, ya que tiene valores altos en las preguntas relacionadas con los atracones, y manifiestan una alta preocupación hacia la comida. Pero que disfruta la ingesta de alimentos nuevos con un alto contenido calórico.
- Grupo 4: Reconocido como un grupo con una preocupación moderna por el cuerpo, ya que al no haber obtenido puntajes altos en las preguntas relacionadas con la manifestación de la conducta anoréxica, es decir, vómitos y atracones, poseen ciertos valores altos en la preocupación por el peso y la dieta.

En el siguiente cuadro podemos observar sus puntuaciones medias en cada una de las preguntas y dimensiones que conforman el EAT-26.

Tabla XLIII – Descripción del Análisis de Clústeres por preguntas del EAT-26.

Preguntas	Clasificación de eat por clúster kmedias				Total
	1	2	3	4	
	Media	Media	Media	Media	Media
A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	2	3	4	2	2
Como alimentos de dieta	2	5	3	3	2
Corto mis alimentos en trozos pequeños	2	4	2	3	3
Dimensión Bulimia del EAT	2	4	3	2	2
Dimensión Control Oral EAT	2	4	2	2	2
Dimensión Dieta EAT	2	5	4	3	3
Disfruto probando comidas nuevas y ricas en calorías	4	3	4	4	4
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (ej. pan, arroz, papa, etc.)	1	5	3	2	2
He estado haciendo Dieta.	1	5	4	3	3
Los demás piensan que estoy demasiado delgada	2	3	2	2	2
Me controlo en las comidas	2	5	3	3	3
Me da mucho miedo pesar demasiado	2	5	5	3	3
Me gusta sentir el estómago vacío.	1	4	3	1	1
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	2	5	5	3	3
Me preocupa mucho el deseo de estar más delgada.	2	5	5	3	3
Me preocupo demasiado por la comida	2	5	5	3	3
Me siento incómoda después de comer dulces.	1	4	4	2	2
Me siento muy culpable después de comer	1	4	4	2	2
Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	2	3	2	2	2
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	1	3	4	2	2
Procuró no comer alimentos con azúcar	1	4	2	2	2
Procuró no comer aunque tenga hambre	2	4	3	2	2
Tardo en comer más que las otras personas	2	3	2	3	3
Tengo ganas de vomitar después de las comidas	1	4	2	1	1
Vómito después de haber comido.	1	3	2	1	1
Yo tengo en cuenta los alimentos que como	3	4	4	4	4

Tabla XLIV – Distribución de la Conducta Anoréxica por Grupos de Clasificación del EAT-26.

		Clasificación EAT2		Total
		Conducta No Anoréxica	Conducta Anoréxica	
Clasificación del EAT-26 por Cluster	Grupo 1	100	0	100
	Grupo 2	10	90	100
	Grupo 3	35,71	64,29	100
	Grupo 4	91,09	8,91	100
Total:		87,86	12,14	100

Tal como podemos apreciar en la tabla anterior, el Grupo 1 no tiene ningún individuo clasificado dentro del patrón de conducta anoréxica, mientras que en el Grupo 2 existe un alto porcentaje (90%) de personas que quedan clasificadas bajo el criterio de una conducta anoréxica, en tanto que los grupos 3 y 4 se presentan grupos con una distribución similar con respecto a una conducta sugestiva y no sugestiva hacia la anorexia, por lo cual utilizaremos la clasificación de Cluster y la original de la prueba EAT-26 según nos convenga dentro del modelo estadístico.

Correlación de las Variables

El coeficiente de correlación de Pearson ha sido concebido para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo). Es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente, por lo cual puede haber variables con una fuerte relación no lineal, en cuyo caso no procede a aplicarse la correlación de Pearson.

Por lo tanto, si el coeficiente de Pearson no nos indica la presencia de una relación, es imposible creer en la inexistencia de una relación entre las variables, ya que dicha ecuación tiene como fin detectar relaciones lineales entre las variables.

El análisis de correlación nos permite por tanto explorar la existencia de una relación entre las variables, por lo cual analizaremos la relación entre las siguientes: Cohesión Familiar, Adaptabilidad Familiar y los valores del EAT-26, así como las respectivas dimensiones de cada uno de éstos, tal como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla XLV – Correlación de Pearson de las distintas dimensiones de del EAT-26 y FACES-III.

		Cohesión Familiar	Adaptabilidad Familiar	Dimensión Bulimia del EAT	Dimensión Control Oral EAT	Dimensión Dieta EAT	Dimensión Enlace con Otros de C.F.	Dimensión Enlace Familiar de C.F.	Dimensión Poder de A.F.	Dimensión Regla de A.F.	Dimensión Rol de A.F.	Dimensión Tiempo de Dedicarse de C.F.	EAT-26
Cohesión Familiar	Correlación de Pearson	1	0,538	-0,080	-0,074	-0,061	0,698	0,889	0,610	0,421	0,227	0,819	-0,103
	Sig. (bilateral)		0,000	0,067	0,089	0,164	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,022
	N		526,000	527,000	537,000	531,000	554,000	554,000	542,000	545,000	543,000	549,000	492,000
Adaptabilidad Familiar	Correlación de Pearson		1,000	-0,034	-0,004	0,000	0,375	0,507	0,804	0,717	0,701	0,571	-0,041
	Sig. (bilateral)			0,429	0,934	0,991	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,360
	N			532,000	538,000	535,000	551,000	550,000	556,000	556,000	556,000	538,000	496,000
Dimensión Bulimia del EAT	Correlación de Pearson			1,000	0,416	0,710	-0,015	-0,092	-0,046	0,010	-0,009	-0,017	0,925
	Sig. (bilateral)				0,000	0,000	0,722	0,030	0,280	0,808	0,837	0,686	0,000
	N				539,000	538,000	552,000	551,000	548,000	548,000	548,000	537,000	519,000
Dimensión Control Oral EAT	Correlación de Pearson				1,000	0,433	-0,038	-0,086	-0,027	0,017	0,003	0,005	0,614
	Sig. (bilateral)					0,000	0,371	0,041	0,522	0,689	0,938	0,906	0,000
	N					546,000	564,000	561,000	558,000	558,000	555,000	544,000	519,000
Dimensión Dieta EAT	Correlación de Pearson					1,000	-0,030	-0,062	-0,004	0,051	-0,008	-0,013	0,873
	Sig. (bilateral)						0,480	0,142	0,932	0,227	0,854	0,762	0,000
	N						559,000	556,000	554,000	554,000	552,000	540,000	519,000
Dimensión Enlace con Otros de C.F.	Correlación de Pearson						1,000	0,469	0,426	0,301	0,165	0,479	-0,043
	Sig. (bilateral)							0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,328
	N							574,000	570,000	572,000	569,000	557,000	514,000
Dimensión Enlace Familiar de C.F.	Correlación de Pearson							1,000	0,567	0,375	0,228	0,643	-0,115
	Sig. (bilateral)								0,000	0,000	0,000	0,000	0,009
	N								568,000	572,000	567,000	557,000	512,000
Dimensión Poder de A.F.	Correlación de Pearson								1,000	0,547	0,273	0,553	-0,041
	Sig. (bilateral)									0,000	0,000	0,000	0,358
	N									568,000	563,000	552,000	511,000
Dimensión Regla de A.F.	Correlación de Pearson									1,000	0,277	0,573	0,008
	Sig. (bilateral)										0,000	0,000	0,856
	N										565,000	559,000	508,000
Dimensión Rol de A.F.	Correlación de Pearson										1,000	0,236	-0,035
	Sig. (bilateral)											0,000	0,436
	N											551,000	510,000
Dimensión Tiempo de Dedicarse de C.F.	Correlación de Pearson											1,000	-0,032
	Sig. (bilateral)												0,474
	N												499,000
EAT-26	Correlación de Pearson												
	Sig. (bilateral)												
	N												

La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En la anterior matriz de correlación, se debe observar el valor del coeficiente de correlación de Pearson (r) (si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva y si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa) y su significación, lo cual nos indica la probabilidad de que proceda de una población cuya correlación es mayor que cero. Ahora, es importante tener en cuenta que la significación de la correlación depende en gran medida del tamaño de la muestra. Una correlación de 0,01 puede ser

significativa en una muestra suficientemente grande y otra de 0,9 podría no serlo en una muestra pequeña; el presente estudio tomó el valor de 0,05 como nivel significativo.

La relación entre cada una de las dimensiones de las variables con sus respectivas variables es alta, indicándonos una relación entre la variable final y sus variables explicativas. A continuación, existen relaciones significativas entre:

1. La variable Cohesión y la variable adaptabilidad parecieran tener una relación positiva: a mayor nivel de Cohesión Familiar, existe un mayor nivel de Adaptabilidad Familiar.
2. Las variables Cohesión Familiar y EAT-26 se relacionan de forma negativa, siendo la dimensión Enlace Familiar de Cohesión Familiar la que mayor coeficiente negativo tiene con el EAT-26, y en menor grado con la dimensión bulimia del EAT-26. Esto puede indicar el nivel de integración familiar, y sobre todo su capacidad de vincularse disminuye la posibilidad de manifestar conductas anoréxicas.

Al estar los fenómenos humanos cargados de elementos aleatorios, resulta poco frecuente establecer relaciones funcionales exactas, debido a que en un cierto valor de una variable X no tendrá un valor único en la variable Y. Por lo cual, es imposible evaluar estas relaciones como bajas o altas, sino como una posibilidad de relación entre las variables Cohesión Familiar y la conducta Anoréxica (evaluadas a través de la variable EAT-26), por lo cual realizaremos un análisis de regresión lineal múltiple entre las distintas dimensiones de la Cohesión Familiar y el EAT-26; y en otros dos modelos, las distintas dimensiones de la Cohesión Familiar como predictoras de la Dimensión bulimia y en el otro la dimensión Control Oral. La dimensión dieta no la observaremos, debido a que no presentó relación lineal con la cohesión familiar, ni ninguna de sus dimensiones.

Análisis de Regresión Múltiple

El primer modelo a analizar es el de las distintas dimensiones de la Cohesión Familiar y el EAT-26, la cual indaga la conducta anoréxica. Este modelo es explicado en un 1,7% ($R^2 = 0,017$) por las variables del modelo, siendo el coeficiente de regresión $R = 0,132$ ($F = 2,866$ $p = 0,036$)

Tabla XLVI – Valores de la relación lineal de la Cohesión Familiar y el EAT-26.

Modelo	Resumen del modelo			
	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	0,132	0,017	0,011	15,984
a	Variables predictoras: (Constante), Dimensión Tiempo de Dedicarse de C.F., Dimensión Enlace con Otros de C.F., Dimensión Enlace Familiar de C.F.			

Tabla XLVII – Coeficientes de la regresión lineal de Pearson de las dimensiones de la Cohesión Familiar y el EAT-26.

Coeficientes (a)						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
	Constante	67,889	3,339		20,331	0,000
1	Dimensión Enlace con Otros de C.F.	-0,156	0,862	-0,010	-0,181	0,857
	Dimensión Enlace Familiar de C.F.	-2,847	1,055	-0,163	-2,698	0,007
	Dimensión Tiempo de Dedicarse de C.F.	1,503	1,199	0,076	1,253	0,211
a	Variable dependiente: EAT-26 Calculado de 1 a 6					

Al analizar la tabla anterior, observamos que la Dimensión Enlace con Otros y la Dimensión Enlace Familiar se relacionan negativamente con la conducta anoréxica, mientras que la Dimensión Tiempo Dedicarse se relaciona positivamente. Ahora, por el nivel de significación, sólo podemos tomar en cuenta la Dimensión Enlace Familiar.

El nuevo modelo, la Dimensión Enlace Familiar, explica menos que el anterior modelo (1,3%) pero su nivel de significación es mucho más confiable ($p = 0.009$); teniendo la dimensión Enlace Familiar un efecto indirecto significativo sobre las actitudes ante anorexia (Beta = -1,997 $p = 0,009$).

Tabla XLVIII – Coeficiente de la regresión lineal de la Dimensión Enlace Familiar de la Cohesión Familiar y el EAT-26.

Coeficientes (a)						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	68,533	2,819		24,314	0,000
	Dimensión Enlace Familiar de C.F.	-1,997	0,763	-0,115	-2,616	0,009
a	Variable dependiente: EAT-26 Calculado de 1 a 6					

El segundo modelo, la relación predictiva entre la Dimensión Enlace Familiar y la Dimensión Bulímica de la Conducta Anoréxica, resulta ser menor a los anteriores modelos en términos de capacidad explicativa (0,9%). Por lo tanto, resulta preferible utilizar el otro modelo, siendo el tercer modelo consistente en la relación predictiva entre la Dimensión Enlace Familiar y la Dimensión Control Oral de la Conducta Anoréxica, la cual es explicada en un 0,7%.

Por lo tanto podemos considerar que existe una relación entre la necesidad de estar juntos y de pedirse ayuda mutua, y la aparición de conductas anoréxicas, mientras que no se pudo encontrar una relación lineal entre las demás dimensiones de la Cohesión Familiar y la Anorexia Nerviosa.

Prueba T para muestras independientes

Tal como se pudo observar en la descripción de las variables de estudio, existen ciertas diferencias en el comportamiento. Queda por determinar si dichas diferencias son estadísticamente significativas, por lo cual utilizaremos la prueba de T- de Student y la prueba de Chi-cuadrado.

La prueba T para dos muestras independientes permite contrastar las hipótesis referidas a las diferencias entre dos medias independientes. Ésta parte de dos poblaciones normales, con medias μ_1 y μ_2 , de las que se seleccionan muestras aleatorias (de tamaños n_1 y n_2). Posteriormente, se utilizan

medidas muestrales Y_1 y Y_2 para contrastar la hipótesis nula de que las medias poblacionales μ_1 y μ_2 son iguales. (Pardo, A. y Ruiz, M., 2002)

Antes de utilizar la técnica de T de Student, se debe corroborar que las variables a tomar en cuenta se distribuyen normalmente. Para su evaluación utilizamos el Test de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, en el cual no se obtuvo normalidad debido a que sus respectivos niveles de significación fueron menores de 0,05. Como ninguna de las variables de interés (Cohesión Familiar, Adaptabilidad Familiar, Inmigración Materna e Inmigración Paterna) no se distribuyen normalmente entre los distintos grupos de conductas anoréxicas, utilizaremos la prueba no paramétricas para dos muestras independientes, Mann-Whitney U.

En el caso del comportamiento de la variable Cohesión Familiar y la presencia o ausencia de una conducta anoréxica, se muestra la posibilidad de relación entre las variables, ya que su nivel de significación es de 0,032, lo cual es menor a 0,05. En cambio, para la adaptabilidad familiar la significación fue de 1,65, y por ende mayor que 0,05; a lo que resultó imposible demostrar diferencias.

Si nuestra hipótesis nula es que la media de la Cohesión Familiar es mayor en las conductas anoréxicas que en las no anoréxicas, ésta sería rechazada, ya que la probabilidad de ocurrencia es baja, tomando como hipótesis correcta que la media de la Cohesión Familiar es menor en las anoréxicas que en las no anoréxicas, por lo cual nuestra Hipótesis 1 sería aceptada.

Tabla XLIX – Valores de Mann-Whitney para la Cohesión Familiar y la conducta anoréxica.

	Cohesión Familiar
Mann-Whitney U	12640
Wilcoxon W	15125
Z	-1,963
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,05
Asymp. Sig. (1-tailed)	0,025

Si la hipótesis nula es que la media de la Adaptabilidad Familiar es mayor en las conductas anoréxicas que en las conductas no anoréxicas, la hipótesis sería aceptada, ya que el valor de significancia es mayor que 0,05. Esto nos indicaría que una menor capacidad de adaptabilidad familiar representaría un riesgo menor en manifestar conductas anoréxicas.

Tabla L – Valores de Mann-Whitney para la Adaptabilidad Familiar y la conducta anoréxica.

Test Statistics^a	
	Adaptabilidad Familiar
Mann-Whitney U	13759
Wilcoxon W	16174
Z	-0,911
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,362
Asymp. Sig. (1-tailed)	0,819

Prueba Chi-cuadrado

La prueba Chi-cuadrado o x-cuadrado es una prueba que puede emplearse cuando deseamos apreciar si unas frecuencias obtenidas empíricamente difieren significativamente o no de las que se esperarían bajo cierto conjunto de supuestos teóricos. Ésta resulta de suma utilidad en la resolución de problemas de contingencia en los que dos variables de escala nominal se han clasificado por comparación de una con otra. (Blalock, H., 1983)

El chi-cuadrado es calculado por las diferencias que se presentan entre el valor esperado y el observado, por eso entre mayor sea el valor de Chi-cuadrado, mayor será la diferencia entre lo esperado y lo observado. Ésta sólo será cero si todas las frecuencias observadas y esperadas son idénticas. Podemos proceder a una verificación de la hipótesis nula buscando la distribución de muestreo del chi-cuadrado. Sin embargo, si el valor de chi-cuadrado resulta mayor de lo anticipado al azar, estaríamos en condiciones de descartar la hipótesis nula, siguiendo el procedimiento habitual.

En este trabajo nuestra hipótesis nula es que no existe diferencia alguna entre las distintas conductas anoréxicas, y el tipo de cohesión familiar, la hipótesis nula dos: no hay diferencia alguna entre las

distintas conductas anoréxicas y la inmigración, y por última hipótesis nula que no hay diferencias entre los tipos de cohesión familiar y la inmigración materna.

Para el análisis de Chi-cuadrado utilizaremos la clasificación realizada por cluster del EAT-26, ya que nos permite observar mejor el comportamiento del fenómeno. El análisis nos muestra la existencia de diferencias entre las distintas conductas anoréxicas y el tipo de adaptabilidad familiar. Si se utilizara la clasificación no anoréxica y anoréxica, no se observaría ninguna relación.

Tabla LI – Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para la Adaptabilidad Familiar y las cuatro Clasificaciones de la Anorexia.

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson		
		Clasificación Adaptabilidad Familiar
Clasificación de EAT por clúster kmedias	Chi-cuadrado	19,975
	G1	9
	Sig.	,018(*,a)
Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.		
* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.		
a Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.		

Tabla LII – Distribución porcentual de la Adaptabilidad Familiar por las cinco clasificaciones de la Anorexia.

		Clasificación de EAT por cluster kmedias				Total
		Sin Anorexia	Conducta Anoréxica	Leve Anorexia	Preocupación Moderna por el cuerpo	
Clasificación	Rígido	11,30%	16,70%	14,30%	10,30%	10,80%
Adaptabilidad Familiar	Estructurado	30,00%	66,70%	28,60%	21,50%	24,20%
	Flexible	17,50%	0,00%	17,90%	26,70%	24,20%
	Caótico	41,30%	16,70%	39,30%	41,60%	40,80%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%

De acuerdo con la tabla anterior, que el grupo con mayor adaptabilidad rígida y menor caótica es la Conducta Anoréxica. Ello obedece a la dificultad de la familia ante adaptarse a los cambios, representando una fuente mayor de estrés para los individuos. Y a su vez se muestra una relación entre la inmigración paterna y las distintas conductas anoréxicas.

Tabla LIII – Prueba de Chi-Cuadrado de Pearson para la Inmigración Paterna y las cuatro clasificaciones del EAT-26.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Inmigración Paterna
Clasificación del EAT por clúster kmedias	Chi-cuadrado	22,916
	G1	6
	Sig.	,001(*,a)
Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.		
* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.		
a Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos		

Tabla LIV – Distribución Porcentual de la Inmigración Paterna por las cuatro clasificaciones del EAT-26.

		Clasificación de EAT por cluster kmedias				Total
		Sin Anorexia	Anorexia Bulímica	Leve Anorexia	Preocupación Moderna por el Cuerpo	
Inmigración Paterna	No sabe	18,10%	30,00%	20,00%	15,70%	16,60%
	Latinos	65,30%	50,00%	28,00%	67,30%	64,60%
	Inmigración fuera de América Latina	16,70%	20,00%	52,00%	17,00%	18,80%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%

La prueba de Chi-cuadrado para la relación entre Cohesión Familiar y las distintas conductas anoréxicas nos da una significación de 0,058, pero por las propiedades de ambas variables, la prueba Chi-cuadrado no resulta ser confiable, por lo cual no podemos negar la hipótesis nula, ni aprobarla. Al igual ocurre con la Inmigración Materna, ya que los valores esperados en algunas de las casillas de la clasificación de las variables es menor a 5, lo cual es un requisito necesario para la prueba chi-cuadrado.

A los fines de comprobar si existen diferencias significativas entre la Cohesión Familiar con respecto a la conducta Anoréxica y no Anoréxica, requerimos de otra prueba no paramétrica para dos muestras independientes. No podemos utilizar las variables de inmigración materna y paterna debido a que estos métodos requieren que las variables sean ordinales como mínimo.

La prueba no paramétrica para dos muestras independientes, muestra que la hipótesis nula de igualdad entre las conductas anoréxicas y no anoréxicas con respecto a la media de la Cohesión Familiar es rechazada, con un nivel de significación de 0,022, lo cual implica la diferencia entre las conductas anoréxicas y no anoréxicas con respecto a la cohesión familiar, la cual tiende a ser

disgregada en las personas que manifiestan conductas anoréxicas que en aquellas que no manifiestan dicha conducta.

Tabla LV – Prueba de Mann-Whitney U para la Cohesión Familiar y la conducta Anoréxica.

Test Statistics^a	
	Cohesión Familiar
Mann-Whitney U	5970,5
Wilcoxon W	7098,5
Z	-2,284
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,022

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente trabajo de grado tiene como objetivo investigar la relación existente entre la conducta anoréxica y las formas particulares de cohesión y adaptabilidad familiar, buscando así indagar las variables sociológicas que pudieran apuntar a una mayor comprensión de la conducta anoréxica dentro de esta disciplina.

Este trabajo de grado pudo determinar, en una primera aproximación, la relación existente entre la conducta anoréxica y las formas particulares de cohesión y adaptabilidad familiar. En particular, mediante un análisis exploratorio de los datos, se detectaron diferencias significativas entre familias conformadas por inmigrantes europeos y aquellas familias conformadas por miembros de diferentes nacionalidades, en comparación con el resto de familias encuestadas. Esta tendencia es mucho más notoria entre las familias con inmigración materna, debido en parte por la mayor influencia que tiene la madre en el desarrollo y cuidado de los hijos. La diferencia en el comportamiento de los inmigrantes europeos y la mezcla de nacionalidades puede comprenderse por el estrés que genera el proceso de asimilación de culturas, el cual puede transmitirse entre las primeras generaciones, afectando la interacción familiar, y por ende dificulta el desarrollo del individuo.

Asimismo, se determinó que un porcentaje mayor de personas son susceptibles a manifestar conductas anoréxicas entre aquellas que no viven con sus padres, con familias reconstituidas, y familias extensas con y sin abuelos. Estas familias se presentan en los extremos de la cohesión y adaptabilidad familiar. Esto nos indica que en la medida en que se vean afectadas las interacciones familiares, y que afectan a la interacción social, el individuo podría asumir una posición de mayor riesgo ante un desorden alimentario.

El estudio, al establecer diferencias entre la conducta anoréxica sin partir de la constitución del hogar, sino limitándolo exclusivamente a la cohesión y adaptabilidad familiar, se demostró una tendencia significativa hacia familias disgregadas y rígidas, lo que nos indica que a menor cohesión y capacidad de adaptación existe una mayor susceptibilidad de manifestar una conducta anoréxica debido a que los individuos requieren de una cohesión que les permita generar lazos estables con otros, lo cual se logra a través de la familia, ya sea por la interacción de la familia con la sociedad, o la socialización impartida por la familia a los individuos que les permita el desarrollo de la interacción.

Por lo tanto, se pudieran considerar la cohesión y la adaptabilidad familiar como factores predisponentes de la conducta anoréxica, cuyo plan de prevención debería ir dirigido a la sociedad en cuanto generar lazos de apoyo a familias excluidas y en situación sensible a las crisis, ya que los tipos de adaptabilidad rígidos y de cohesión disgregada son resultado en muchos casos del reflejo de tensiones sociales, políticas y económicas, y del contexto histórico particular vivido por las familias.

A pesar de que los hallazgos de este trabajo de grado han podido comprobar parcialmente el hipotético modelo ecológico descrito en el marco teórico, se considera importante un análisis de mayor profundidad a las variables específicas de la cohesión y adaptabilidad familiar en las jóvenes anoréxicas a los fines de realizar un test que nos permita observar de forma más directa y precisa aquellas variables que indican la interacción familiar con la interacción social. A su vez, se sugiere la continuación del análisis de este modelo a los fines de desarrollar una teoría que nos permita plantear una planificación estratégica orientada a la reducción de las posibles conductas anoréxicas y trastornos alimentarios que requieren de soluciones de mayor espectro y alcance, debido al aumento progresivo y sostenido de estas conductas, y que afectan a gran cantidad de adolescentes y jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, F. (2003) La familia en los estudios de población en América Latina: estado del conocimiento y necesidades de la Investigación. *Papeles de Población*, volumen julio-septiembre, (n° 37), pp.7-34.
- Allerbeck, K. y Rosenmayr, L. (1979). *Introducción a la sociología de la Juventud*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Anderson, M. (1980). *Sociología de la Familia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ariaza, M. y De Oliveira, O. (2002) *Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición*. *Papeles de Población*, Volumen abril-junio, (n° 28), pp. 9-39.
- Ariz, M. y Orlandina O. (Abril-junio 2001). *Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición*. *Papeles de Población*, 28.
- Arriaga, I. (2004) Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de Población*, volumen abril-mayo, (n° 40), pp. 71-95.
- Baravalle, G. y otros (1993). *Anorexia: Teoría y clínica Psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós.
- Baravalle, G., Jorge, C. y Vaccarezza, L. (1993) *Anorexia: Teoría y clínica psicoanalítica*. España: Paidós.
- Beavers, W. y Hampson, R. (1995). *Familias Exitosas*. Barcelona, España: Paidós.
- Berenstein, I. (1996). *Psicoanalizar una Familia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1979). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Blalock, H. (1983). *Estadística Social* (Segunda Edición en español). México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonsignore, A. y Otros (1996). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria: prácticas interdisciplinarias*. Buenos Aires, Argentina: Atuel.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. España: Paidós.
- Bruch, H. (1982). Treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, Volumen 9. 303-312.

- Bruch, H. (2002). *La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Paidós.
- Calvo, R. (2002) *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. España: Planeta.
- Carrillo, V. (2001). *La influencia de la Publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa*. Tesis doctoral inédita, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Chávez, A., Macías, L., Gutierrez, R., Martínez, C. y Ojeda, D. (2004) Trastornos Alimentarios en Jóvenes de Guanajuatneses. *Acta Universitaria*, Volumen 14, (n° 2), pp.17-24.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid, España: Ergon.
- Chinchilla, M. y Alfonso (1996). *Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Barcelona, España: Masson.
- Chinchilla, M. (Coord.)(1995) *Guía teórico-practica de los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona, España: Masson.
- Cicchelli-Pugeault. C. y Cicchelli, V. (1998). *Las teorías sociológicas de la Familia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Durkheim, Emile (2004). *El suicidio*. México: Grupo Editorial Tomo.
- Friedkin, N. (2004) Social Cohesion. *Annual Review of Sociology*, volumen 30, pp. 409- 425.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, volumen 9, pp. 273-279.
- Garner, D., Garfinkel, P., Rockert W. y Olmsted, M. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and psychosomatics*, volumen 48, pp. 170-175.
- Gismero, E. y Godoy, M. (2007). Una aproximación constructivista a la Anorexia Nerviosa: ¿tienen sentido los síntomas? *Revista de Psicoterapia*, volumen 15, (n°58-59), pp. 5-32.
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y Anorexia nerviosa*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- Gismero, E. (2001). *Evaluación del Autoconcepto, la Satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosa*. *Clínica y Salud*, 12 (3), 289-304.
- Goffman, E. (2006). *Internados*. Madrid, España: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006). *La Presentación de la Persona en la Vida Cotidiana*. Madrid, España: Amorrortu.

- González-Pineda, J., Núñez, J., Álvarez, L., Roces, C., González S., González, P., Muñiz, R., Valle, A., Cabanach, R. y Rodríguez, S. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autoregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, volumen 15, (n° 3), pp. 471-477.
- Goode, W. (1967). *La familia*. México: Editorial Paidós.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología Social de la Familia*. Barcelona, España: Paidós.
- Guelar, D., Crispo, R. (2000) *Adolescencia y Trastornos del Comer: Guía para un tiempo de cambio*. Barcelona, España: Gedisa.
- Gurvitch, G. (Coord.) (1962). *Tratado de Sociología*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Herderson, A., Sayger, T. y Horne, A. (2003) Mother and Sons: A Look at the Relationship Between Child Behavior Problems, Marital Satisfaction, Maternal Depression, and Family Cohesin. *The Family Journal*. Recuperado el día 4 de octubre de 2008. <http://tfj.sagepub.com/cgl/content/abstract/11/1/33>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991) *Metodología de la Investigación*. México: MacGraw Hill.
- Hurtado, M. y Otros (2002). *Relación entre los Factores Individuales Y Familiares de Riesgo para los Desordenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media*. *Revista de Psicología*._ XI (1), 9-116. Chile.
- Jonson, H. et al. (2002). *Sociología y Psicología social de la familia*. Buenos Ares, Argentina: Paidós.
- Lightsey, O. y Sweeny, J. (2008) Meaning in Life, Emotion-Oriented Coping, Generalized Self-Efficacy, and Family Cohesion as Predictors of Family Satisfaction Among Mothers of Children With Disabilities. *The Family Journal*, Volumen 16, pp. 212-314.
- López, A. (2001). Aproximación Teórica al Estudio Sociológico de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. *Reis*, volumen 96, pp. 185-200.
- Lopez,P., Molino, Z. y Rojas, L. (2008) Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas de riesgo en adolescentes de Mérida. *An Venez Nutr*, vol. 21, (n° 2), pp.85-90.
- Lugli, Z. y Vivas, E. (2001) Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública*, volumen 43, pp. 9-16.

- Márquez, C. y Pellicer, A. (2001). *Influencia de la competencia, el conflicto, la cohesión, la expresividad emocional, el liderazgo familiar y el nivel socioeconómico sobre las actitudes sugestivas hacia la anorexia y la bulimia nerviosa en adolescentes de sexo femenino*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2005) Family Aaptability and Cohesion Evaluates Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Internacional Journal and Clinical and Health Psychology*, Volumen 6, (n° 2), pp. 317-338.
- Menéndez, I. (2007). *Alimentación emocional*. España: Debolsillo.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Miranda, A., Estraida, D. y Firpo-Jimenez (2000) Differences in Family Cohesion, Adaptability, and Enviroment Among Latino Families in Dissimilar Stages of Aculturation. *The Family Journal*. Volumen 8, pp. 341-367.
- Murray, T. (2003). Wait Not, Want Not: Factor Contributing to the Development of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Family Journal*, volumen 11, pp. 276- 287.
- Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007) Familias y Problemas: un programa especializado de intervención psicosocial. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. y Wilson, M. (1985). *Family Inventories*. Universidad de Minesota, Revised Edition.
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J. y Jiménez, V. (2007). Factores Psicosociales Asociados a los Trastornos de Alimentación en Adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology Internacional*. Volumen 18, Number 4, Appendix.
- Pardo, A. y Ruiz, M. (2002). SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Madrid, España: Mc.Graw Hill.
- Pereira, M. y Verdura, J. (2008). Influencia de la Autoestima, la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, la edad y el sexo en las conductas alimentarias asociadas al riesgo de presentar Anorexia Nerviosa de tipo Restrictivo en Adolescentes. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas: Venezuela.
- Pulido, L. y Villegas, M. (1995) *Estudio psicométrico de la escala de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES-III) en una muestra de madres y adolescentes del área metropolitana*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

- Quintero, E., Pérez, A., Montiel, C., Pirela, D., Acosta, M. y Pineda, N. (2003) Trastorno de la conducta alimentaria: prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela. *Investigación Clínica*, volumen 44, (n° 3), pp.
- Quiroga, M. (Coord.), (2006) *Psicología de los trastornos de alimentación*. Salamanca, España: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Rabazo, M.(1999).*Interacción familiar, competencia socio-escolar y comportamiento disocial en Adolescentes*. Tesis doctorado inédita., Universidad de Extremadura, España.
- Raich, R. (2002) *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Ríos, A., Machado, T., Rísquez, F. y Ortega, M. (1994). *Detención de actitudes Sugestivas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años de edad, del Área Metropolitana de Caracas*. Trabajo de investigación. Conicit. Caracas.
- Rivera, F., Guarnaccia, P., Mulvaney-Day, N., Lin, J., Torres, M. y Alegría, M. (2008) Family Cohesion and Its Relationship to Psychological Distress Among Latino Groups. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Volumen 30, pp. 357.
- Selvini, M. y otros (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Sorokin, P. (1960). *Sociedad, Cultura y Personalidad*. Madrid, España: Aguilar.
- Stierlin, H. y Weber G. (1990). *Qué hay detrás de la puerta de la familia?: llaves sistemáticas para la apertura, comprensión y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Gedisa.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia y sociedad*. Barcelona, España: Ariel Ciencia.
- Tubert, Silvia (1999). *Anorexia: Una Perspectiva Psicoanalítica* En Martínez, I. (Coord.) *Estudios de la Mujer y Género Diversidad de Valencia*, (257-290). España
- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. España: Granica.
- Visauta, B. (2002) *Análisis Estadístico con SPSS 11.0 para Windows*. (Segunda Edición). Madrid, España: Mc.Graw Hill.
- Whitaken, C. y Bumbery, W. (1991). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico experimental*. Barcelona, España: Paidós.
- Wolf, M. (1979). *Sociología de la Vida Cotidiana*. Madrid, España: Cátedra.

- Zegers, B., Larraín, M., Polaina-Lorente, A., Trapo, A. y Diez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la Versión Española de la escala cohesión y adaptabilidad familiar (caf) de Olson, Rusell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, Volumen 41, (n° 1), pp.39-54.