

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como principal objetivo conocer los principales factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de edad de la ciudad de Tarija.

Los individuos con anorexia concentran su vida en torno a la comida; son personas que viven ofuscadas por los alimentos, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y su físico. A pesar de que la definición literal dice que la anorexia es una pérdida de apetito, a las personas con anorexia sí les da hambre. Sin embargo para estas personas la palabra “hambre” no está asociada a los síntomas físicos del hambre. En ocasiones pueden presentar comorbilidad, es decir, pueden desarrollar otras enfermedades psiquiátricas al tiempo, como un trastorno de ansiedad o un trastorno afectivo. (Consuegra, 2004; pág. 20).

Diversos profesionales reunidos en un congreso internacional aseguraron que la anorexia nerviosa es la más mortal de las dolencias mentales, con una tasa de suicidios muy superior al índice general. En todas las familias sin importar su nivel socioeconómico o de educación, puede haber personas que desarrollen el trastorno de conducta alimenticio (TCA). (Cuauhtémoc, 2008; pág. 121).

Después de analizar la bibliografía consultada de diversos autores referidas en el marco teórico de esta investigación, se puede enfatizar que generalmente existen factores psicológicos y familiares que pueden estar asociados a la anorexia (autoestima, depresión, ansiedad, rasgos de personalidad, y la funcionalidad familiar), que se acentúan con la prolongación del tiempo interfiriendo en la vida cotidiana del individuo y dificultando las relaciones sociales y familiares convirtiéndose en uno de los principales factores de muerte en los(as) jóvenes que padecen este trastorno.

Por lo que en el presente trabajo de investigación se analizaron exhaustivamente estos factores utilizando como instrumento principal a la entrevista en profundidad, la misma que fue corroborada por distintas técnicas como los test proyectivos y psicométricos.

Para una mejor comprensión del alcance y la dimensión del trabajo ejecutado, es preciso describir de manera resumida la estructura del mismo:

Capítulo I. Se pone en consideración la problemática existente sobre los factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de la ciudad de Tarija.

Capítulo II. Fase referida a los planteamientos de los objetivos tanto generales como específicos y las hipótesis.

Capítulo III. Pone de relieve el marco teórico en el cual se sustenta la investigación, mediante conceptos, monografías, datos, cuadros que nutrieron el proceso.

Capítulo IV. Referido a la descripción sistemática de las líneas a seguir en la metodología planteada, como ser la población, técnicas e instrumentos utilizados.

Capítulo V. Presentación del análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, es decir, tanto los datos cuantitativos como los cualitativos, recolectados por los diferentes instrumentos empleados.

Capítulo VI. Describe al análisis e interpretación de las hipótesis, donde se realizó un exhaustivo análisis de los datos obtenidos con los instrumentos ya señalados.

Capítulo VII. En este apartado de la investigación se exponen las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron en función a los resultados.

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anorexia es una enfermedad que se conoce desde hace ya muchos años, sin embargo se ha podido percibir que en estas últimas décadas el porcentaje de mujeres y/o hombres que padecen esta enfermedad ha incrementado considerablemente, convirtiéndose en la actualidad en una de las principales causas de muerte de adolescentes y jóvenes del mundo.

Los trastornos de la alimentación no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar, no son un problema nuevo, lo novedoso es la virulencia con la que se han presentado en la sociedad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético (Grupo Zarima, 1999; pág. 21).

Anorexia es un término médico para la pérdida de apetito, pero alguien que sufre de anorexia no ha perdido su apetito: a menudo siente hambre, pero se niega a comer. (Fenwick y Smith, 1995; pág. 19).

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de tal forma o tamaño del cuerpo. El DSMIV-TR1 plantea que entre las características de la personalidad definidas para las personas anoréxicas, se encuentran: baja autoestima, alteración en la percepción de su imagen corporal (no admite su delgadez), pensamientos distorsionados, (“todo el mundo me mira cuando como”), retraimiento social.

Por lo tanto en esta investigación se analizan los factores psicológicos, tales como la ansiedad, autoestima, depresión y rasgos de personalidad como elementos asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de edad.

Se analizó también la funcionalidad familiar de los jóvenes que padecen este trastorno alimenticio, porque según numerosas investigaciones, se puede evidenciar que la familia se halla íntimamente asociada a la anorexia.

Según investigaciones realizadas a *nivel internacional*, Papalia (1997; pág. 45) cita a Mussen y Corbella (1998) quienes describen a la anorexia nerviosa como una inestabilidad emocional y estados depresivos, necesidad de demostrar autocontrol y éxito (por ejemplo, exceso de dedicación al estudio), racionalización de su progresivo aislamiento social, introversión, sensibilidad al castigo y ansiedad.

En cuanto a los factores familiares explican que no existen constelaciones familiares específicas para la anorexia nerviosa; sin embargo algunas evidencias indican que estos pacientes tienen relaciones estrechas pero problemáticas con sus padres y con su enfermedad; tienden a centrar su atención en los problemas maritales que existen en sus hogares, es común encontrar en estos pacientes historias familiares de depresión, alcoholismo u otros trastornos alimentarios (Kaplan y Sadok, 1996; pág.37).

Estudios realizados a *nivel nacional* por la psicóloga, María Luz del Carpio, explicó que de acuerdo a los últimos datos estadísticos publicados en la ciudad de La Paz, en Bolivia “no se está gastando ningún dinero en prevenir esta enfermedad” y es un asunto que “no está en la agenda política”. La profesional explicó que esta patología afecta principalmente a las mujeres. “Por cada diez mujeres que sufren trastornos alimentarios hay un hombre y lo peor es que existen unos intereses económicos creados por la industria de la moda, la alimentaria y hasta las ediciones de libros”, advirtió. Asimismo, señaló que la anorexia afecta a una población adolescente y subrayó que en los últimos años la patología “ha evolucionado”, de manera que son “cada vez más jóvenes”. La adolescencia se adelanta en la sociedad y por lo tanto, estos trastornos también se adelantan”, añadió. Además, destacó que ahora “el vómito aparece al principio del trastorno”, cuando antes se iniciaba haciendo una dieta”. Es complicado abordar esta patología, dijo, ya que los enfermos “no tienen conciencia de enfermedad”. (Periódico el NACIONAL, 25 de abril del 2010).

Mientras que en el *ámbito regional* según estudios realizados en tres departamentos, por la Universidad Católica San Pablo, la ciudad de Tarija presenta el segundo lugar en Bolivia con casos de anorexia o bulimia. Registrando a seis de cada 100

adolescentes con Trastorno de Conducta Alimenticia (TCA). (Periódico el NACIONAL, 25 de abril del 2010).

En este sentido dichos aspectos fueron analizados mediante la presente tesis de grado. De esta manera se puede integrar los diversos trabajos y contar con un estudio más completo; logrando también y enmarcar cuáles son los factores reales que se encuentran íntimamente relacionados cuando los jóvenes desencadenan en una anorexia.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta: **¿CUÁLES SON LOS FACTORES PSICOLÓGICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS A LA ANOREXIA EN JÓVENES DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE TARIJA?**

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Por los datos obtenidos de varias fuentes de estudios realizados sobre los índices de anorexia en nuestro país, se puede deducir que es de consideración pertinente tomar en cuenta esta problemática que aqueja a nuestra población incidiendo de forma negativa en el aspecto psíquico, social y físico en las (os) jóvenes con anorexia.

Por esta razón el tema central de estudio son los factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia, y la influencia que tiene sobre la estabilidad afectiva en los adolescentes, como también su trascendencia en la sociedad.

En tal sentido se mencionan ciertos factores psicológicos asociados a la anorexia con los que se trabajaron: autoestima, ansiedad, depresión y rasgos de personalidad.

De la misma manera se mencionan también factores familiares; es decir la funcionalidad familiar por la que atraviesa cada familia de los jóvenes que padecen este trastorno alimenticio.

El presente trabajo de investigación se constituye en un **aporte teórico**, puesto que se indagan los factores tanto psicológicos como familiares asociados a la anorexia, y sus principales consecuencias en las (os) jóvenes que padecen anorexia en la ciudad de Tarija.

También se constituye en un **aporte práctico**, porque a partir del conocimiento teórico se podrá buscar políticas preventivas que atenúen la anorexia. Conocida la influencia de la anorexia se podrán buscar formas de intervención en la perspectiva clínica con personas que atraviesen problemas alimenticios.

II DISEÑO TEÓRICO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de edad de la ciudad de Tarija?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de edad de la ciudad de Tarija.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de autoestima en jóvenes con anorexia.
2. Establecer el nivel de ansiedad que presentan las (os) jóvenes con anorexia.
3. Determinar el nivel de depresión en el que se encuentran las (os) jóvenes con anorexia.
4. Establecer los rasgos de personalidad que presentan las (os) jóvenes con anorexia.
5. Determinar los indicadores afectivo – emocionales en técnicas proyectivas gráficas.
6. Determinar las características de funcionalidad de las familias de los jóvenes de 18 a 25 años de edad con anorexia.

2.3 HIPÓTESIS

Los factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de edad de la ciudad de Tarija son:

1. Bajos niveles de autoestima.
2. Altos grados de ansiedad.
3. Presentan altos estados depresivos.
4. Presentan una personalidad con rasgos de: Sizotimia, poca fuerza del Yo, e inseguridad.
5. Presentan indicadores afectivo – emocionales de: tensión, presión y angustia
6. Proviene de familias disfuncionales.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA
Autoestima	Es la composición de ideas, sentimientos y actitudes que las personas tienen de ellas mismas	- Auto concepto	Inventario de autoestima 35 B: - Seguridad, inseguridad de sí mismo	- Óptimo (61-75) - Excelente (46-60)
		- Auto evaluación	- Autocrítica de juicios de valor, sentimientos, actos buenos y malos	- Muy buena (31-45) - Buena
		- Auto conocimiento	- Identificación de características personales, gustos propios.	(16-30) - Regular (0-15)
		- Auto aceptación	- Caracterización de potencialidades y debilidades.	- Baja (-1....-15) - Deficiente (-16..-30)
		- Auto respeto	- Enorgullecimiento de sí mismo, sentimientos y emociones propias.	- Muy baja (-31..-45) - Extrema (-46...-60) - Nula (-61...-75)

Ansiedad	Consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de actividad generalizada.	- Físicos	Inventario de Ansiedad de Enrique Rojas: - Sudores - Sequedad de la boca - Nudo en la garganta - Temblores y rubores.	- Banda normal (0-20) - Ansiedad ligera (21-30)
		- Psicológicos	- Inquietud. - Temores difusos. - Disminución de la atención. - Temores de muerte, locura y suicidio.	- Ansiedad moderada (31-40) - Ansiedad grave (41-50)
		- Conductual	- Hipervigilancia. - Atención expectante. - Dificultad de acción. - Bloqueo afectivo. - Inquietud motora.	- Ansiedad muy grave (50 o más)

		- Intelectuales	- Falsas interpretaciones de la realidad. - Pensamientos preocupantes y distorsionados. - Tendencia de duda - Problemas de memoria.	
		- Asertivos	- Dificultad para entablar conversaciones. - Se avergüenza de sí mismo.	

Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas.	- Síntomas psicológicos	Inventario de Beck: - Tristeza - Pesimismo - Falto de sentido de cambio - Descontento - Culpabilidad - Aversión a si mismo - Autoacusación - Nivel bajo de energía - indecisión - expectativa de castigo - Irritabilidad - Imagen del cuerpo - En caso de depresión intensa: - ideación suicida	- 0-10 No existe - 11-20 Ligera - 21-30 Moderada - 31-40 Muy alta - Más de 41 Extrema
------------------	--	-------------------------	---	---

		- Síntomas físicos	- Episodios de llanto - Pérdida de peso - Preocupación somática - Fatiga - Pérdida del apetito sexual - En caso de activación neurofisiológica excesiva: - insomnio	
		- Síntomas de conducta.	- dificultad para la acción (esfuerzo)	
		- Síntomas asertivos.	-Retiro social.	

Rasgos de personalidad	Es una combinación de habilidades manuales y mentales, intereses, temperamentos, diferencias individuales, sentimientos y conducta.	Factor A (Sizotimia- Afectotimia)	Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber: - Reservado, alejado-abierto, afectuoso.	- Nivel bajo 1,2,3
		Factor B (Inteligencia baja- Inteligencia alta)	- Poca habilidad para problemas - comprensión y rapidez de aprendizaje.	- Nivel medio 4,5,6
		Factor C (Poca fuerza del Yo- Mucha fuerza del yo).	- Afectado por los afectado por sentimientos- Tranquilo, maduro	- Nivel alto 7,8,9
		Factor E (Sumisión- Dominancia)	- Sumiso, apacible- Dominante, agresivo.	
		Factor F (Desurgencia- Surgencia)	- Sobrio, reflexivo- Alegre, animoso.	
		Factor G (Poca fuerza del súper yo- Mucha fuerza del súper yo)	- Despreocupado, relajado-Escrupuloso, consciente.	
		Factor H (Timidez-Audacia)	- Tímido, susceptible- Emprendedor, atrevido.	
		Factor I (Dureza-Ternura)	- Sensibilidad dura, realista-sensibilidad blanda, busca atención y ayuda.	

		Factor L (Confiable-Suspicious) Factor M (Practicidad-Imaginatividad) Factor N (Sencillez-Astucia) Factor O (Seguridad-Inseguridad) Factor Q1 (Conservadurismo-Radicalismo) Factor Q2 (Adhesión al grupo-Autosuficiencia) Factor Q3 (Baja integración-Mucho control) Factor Q4 (Poca tensión-Mucha tensión)	- Adaptable, tolerante-Desconfiado, exigente. - Realista, objetivo-Fantasiado, seducible. - Franco, natural-Calculador, mundano. - Apacible, tranquilo-Agobiado, inquieto. - Moderado-Liberal - Inseguro, enrolado-Independiente, decidido - Auto conflictivo-Controlado. - Sereno, tranquilo-tenso, irritable.	
AFECTIVO, EMOCIONAL	Conjunto de emociones y sentimientos	- Nostalgia.	Test de la figura humana de Karen Machover. - Menos edad de quien dibuja.	

	que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive. reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos de origen innato, influida por la experiencia	- Tensión. - Hostilidad. - Mal humor. - Depresión. - Agresividad.	- Línea simple en dibujo de perfil. - Ojos grandes -Cuello ancho y corto. -Cabeza pequeña -Cejas muy próximas a los ojos. -Sin brazos. -Brazos apretados al cuerpo. -Pies y piernas dibujadas primero. -Cabeza totalmente agrandada. -Obscurecimiento de rasgos faciales. -Boca representada por una sola línea. -Mentón destacado demasiado. -Cejas muy acentuadas. -Orificios de la nariz. -Sin manos. -Brazos apretados y manos en los bolsillos. -Manos con puño cerrado. -Dedos largos. -Dedos en forma de garra. -Dedos del pie vistos a través del zapato. -Uñas del pie pintadas.	- Presencia. - Ausencia.
--	--	---	---	---

AFECTIVO, EMOCIONAL	Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive; reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos de origen innato, influida por la experiencia.	-Temor. -Agresividad. -Angustia. -Depresión.	Test de la persona bajo la lluvia (Silvia Querol y maria chaves) -Dibujo pequeño. -Brazos pegados al cuerpo. -Rigidez. -Objetos a la derecha de la persona. -Paraguas hacia la derecha. -Dibujo grande. -Línea recta, definida pero tosca. -Línea con ángulos, ganchos o picos. -Línea sin control. -Presión fuerte. -Borrados en el dibujo. -Zapatos en punta con tacos. -Paraguas tipo lanza. -Ojos en V. -Línea recta única. -Dientes. -Cejas muy marcadas. -Nariz muy marcada. -Cabellos en punta. -Dedos tipo garras. -Dedos dibujados como líneas rectas. -Puño cerrado. -Línea recta con temblor. -Gotas como lágrimas. -Transparencias. -Margen izquierdo. -Margen inferior. -De espalda. -Muy a la derecha y abajo. -Persona inconclusa. -Cuello angosto. -Sin brazos.	- Presencia. - Ausencia.
--------------------------------	--	--	---	--

		-Tensión. -Ansiedad. -Bloqueo afectivo. -Presión. -Hostilidad. -Soledad. -Mal humor. -Tristeza.	-Líneas tirantes. -Línea recta con ondulaciones. -Línea entrecortada. -Líneas fragmentadas o esbozadas. -Línea recta con ondulaciones. -Presión débil (ejecutado con lentitud). -Sombreado. -Borrados en el dibujo. -Repaso de líneas. -Líneas rectas que se rectangularizan -Objetos por sobre la persona. -Nubes. -Lluvia torrencial. -Rayos. -Paraguas muy chico respecto al tamaño de la persona. -Paraguas cerrado y en el piso. -Lluvia. -Ojos bizcos. -Animales. -Cuello corto. -Sin pies.	
FUNCIONA LIDAD FAMILIAR	Es la	- Cohesión.	- Unión familiar física. Unión familiar emocional.	- 70- 57 pts. Familia

	dinámica relacional sistemática que incluye factores relacionados entre si	- Armonía. - Comunicación. - Permeabilidad. - Afectividad. - Roles. - Adaptabilidad.	- Predominio de armonía en la familia. Correspondencia entre necesidades individuales y familiares. - Ausencia de insinuaciones, comunicación clara y directa. Conversaciones sobre diversos temas sin temor. - La familia puede recibir experiencias de otros. La familia puede brindar sus experiencias a otros. - Capacidad de manifestar afecto en lo cotidiano. Capacidad de demostrar afecto en lo cotidiano. - Cumplimiento de responsabilidades negociadas entre los miembros de las familias. Disminución de tareas para evitar sobrecargo. - Habilidad para cambiar de roles y reglas. Habilidad para cambiar la estructura de poder.	funcional - 56- 47 pts. Familia moderadamente funcional. - 42- 28 pts. Familia disfuncional - 27- 14 pts. Familia severamente disfuncional.
--	---	---	--	---

III. MARCO TEÓRICO

Este capítulo representa el sustento teórico de todas las variables del estudio realizado, contiene además las teorías, conceptos y términos que interesan para el presente trabajo de investigación. En primera instancia se desglosó lo referente a: La anorexia, factores psicológicos como: la autoestima, ansiedad, depresión, los rasgos de personalidad, afecto-emociones y finalmente la familia.

3.1 ANOREXIA

3.1.1 Etimológicamente.- Anorexia proviene de la combinación de dos raíces griegas: an: “**sin/ no**”, y orexia: “**apetito**”. Esto es: “falta de apetito”.

La construcción filosófica de la palabra sin embargo, es errónea, pues los pacientes anoréxicos sí sienten hambre.

3.1.2 Definición.- La anorexia es un trastorno en el que la persona restringe su alimentación a causa de un temor intenso a engordar, llegando a tener un peso corporal 15% abajo del promedio estándar. El individuo es incapaz de revertir el proceso de adelgazamiento a causa de una distorsión de la percepción de su propio cuerpo (se percibe obeso, aunque este delgado). (Cuauhtémoc, 2008; pág. 123).

3.1.3 Tipos de anorexia.-

- 1. Anorexia restrictiva.-** La persona se mantiene de forma habitual en regímenes alimenticios extremos hasta que eventualmente deja de comer por completo.
- 2. Anorexia purgativa.-** además de mantener regímenes alimenticios extremos, la persona recurre a ejercicio extenuante, laxantes, enemas, diuréticos, o se provoca el vomito para tratar de eliminar las pocas calorías que ingiere.

3.1.4 Etapas de la anorexia:

Primera etapa

Aceptación acrítica del sobrepeso

- 1.- La persona da por hecho que esta “gorda” y que debe bajar de peso con urgencia.
- 2.- Comienza a hacer dietas de choque.
- 3.- Fija metas sobre su peso y se propone cumplirlas *a toda costa*.
- 4.- Sólo come ensaladas o productos light; se “divorcia” de uno o varios alimentos: pan, tortillas, azúcar, golosinas o carne.
- 5.- Inicia un programa de ejercicios riguroso.
- 6.- Deja de tomar bebidas lácteas o refrescos y las cambia solo por agua natural.
- 7.- Compra libros y lee páginas de internet sobre dietética, grupos de alimentos, ejercicios cardiovasculares, etc.
- 8.- Se vuelve conocedora de las calorías de cada alimento. Comienza a llevar un diario o registro de todo lo que come.
- 9.- Toma laxantes diuréticos, pastillas de fibra o medicamento para adelgazar.

Como puede observarse, la primera etapa (aceptación acrítica del sobrepeso) tiene síntomas aceptables y en algunos aspectos hasta deseables para las personas con obesidad.

Es prácticamente imposible detectar la anorexia en su primera etapa, pero sí es factible analizar si alguien que tiene las conductas enumeradas pertenece a los grupos de alto riesgo propensos a desarrollarla.

Segunda etapa

Pensamiento obsesivo compulsivo

- 1.- La persona desarrolla un trastorno llamado TOC (obsesivo compulsivo) respecto a la comida. No puede alejar de su mente ideas insanas sobre alimentación, calorías y

peso. Restringe al mínimo su alimentación, aumenta sus sesiones de ejercicios y se pesa varias veces al día.

2.- Cree que todo lo que come engorda o hace daño.

3.- Si alguien le llama “delgada”, ella argumenta que esa es su complexión y que además sí tiene “llantitas”.

4.- Al ver gente murmurando, piensa que la están criticando por estar pasada de peso.

5.- Corta la comida en trozos pequeños para después masticar por periodos prolongados.

6.- Teme asistir a eventos sociales en los que se le obligue a comer.

7.- Se vuelve muy irritable.

8.- Se muestra interesada en comprar, preparar o servir los alimentos (para disimular).

9.- Comienza a mentirle a la gente, haciéndole creer que come bien.

10.-Tiene dolores de cabeza, mareos y dificultad para concentrarse.

11.-Desarrolla un fuerte sentimiento de culpa o autodesprecio cuando come.

12.-Sufre insomnio.

13.-En algunos casos se provoca el vómito (anorexia purgativa).

14.-La mujer, pierde su menstruación (éste es el síntoma que anuncia el final de la segunda etapa y el inicio de la tercera).

Tercera etapa

Disformismo perceptual

1.- A pesar de estar muy delgada, la persona se ve gorda frente al espejo. Esta anormalidad en el sentido de percepción, es indicativa clara de la enfermedad en su tercera etapa.

2.- Sufre anemia, avitaminosis, deshidratación y delgadez extrema.

3.- Su cabello pierde brillo y comienza a caérsele. Sus uñas se rompen fácilmente.

- 4.- Desarrolla principios de osteoporosis, dientes quebradizos, aparición de bello fino en el cuerpo (lanugo), piel reseca e hipersensible, palidez y calambres.
- 5.- Desarrolla problemas en el aparato digestivo: estreñimiento, cólicos por contracciones del estómago vacío, náuseas, sensación de haber tragado ácidos, indigestión después de comer muy poco.
- 6.- Desarrolla alteraciones metabólicas y hormonales: Infertilidad, diabetes (anormalidades de insulina), hipersensibilidad al frío. Hipotiroidismo. En los varones impotencia; en las mujeres encogimiento y atrofia de ovarios y útero.
- 7.- Si la anorexia inicia antes de la pubertad el crecimiento se detiene. En las mujeres no se desarrolla las glándulas mamarias y nunca aparece la menstruación; en los hombres persisten genitales infantiles.
- 8.- Desarrolla problemas cardíacos: Arritmias, bradicardia (latidos muy lentos), hipotensión (presión arterial baja) y desvanecimientos.
- 9.- Pierde interés en sus relaciones sociales, familiares y laborales. Se refugia en su mundo de estrategias para bajar de peso.
- 10.- Como se disminuye el tamaño del cerebro, desarrolla problemas psiquiátricos y neuronales: Falta de atención, falta de memoria, falta de razonamiento lúcido, depresiones, intentos de suicidio, cuadros psicóticos (escucha voces, ve fantasmas o personas que no existen).
- 11.-En ocasiones toma un comportamiento sexual irresponsable.
- 12.-Con frecuencia adquiere adicción a alguna droga que ha usado para adelgazar, dormir o tranquilizarse.
- 13.-En algunos casos se automutila, es decir, se corta la piel con objetos filosos, se quema, rasca hasta hacerse sangrar, se golpea, se pica con agujas, se muerde o tira de los cabellos. Esto lo hace para compensar el dolor del hambre o la intensa ansiedad.
- 14.-No reconoce que tiene anorexia.

3.1.5. Factores de predisposición.

- Ser joven.
- Ser mujer.
- Ser hiperactivo.
- Ser de carácter fuerte.
- Ser muy responsable, perfeccionista, enfocada al éxito.
- Ser influenciable, tener baja autoestima
- Tener exceso de peso y padecer de burlas por ello.
- Haber sufrido abandono o abuso sexual en la niñez.
- Tener un padre o una madre obesa.
- Tener antecedentes de algún tipo de adicción.
- Tener antecedentes de conducta obsesiva compulsiva.
- Provenir de familias:
 - Destacadas social o económicamente.
 - Rígidas en sus normas.
 - Con padres sobre protectores o entrometidos.
 - Enfocadas en la buena apariencia.
 - Con una madre que hace dietas y siempre lo comenta.

(Ibíd., pág. 124 – 136)

3.1.6. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

A. rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el

periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
B. miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C. alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D. en las mujeres pos tuberales, presencia de amenorrea; por ej. Ausencia al menos de tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ej. Con la administración de estrógeno.)

3.1.7. Características:

Las características esenciales de la Anorexia Nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectadas de este trastorno aunque hayan pasado la menarquia sufren amenorrea (DSM-IV-TR)

La **Anorexia Nerviosa** se podría definir como la pérdida significativa de peso. Ésta pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes:

- Vómitos autoprovocados.
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.

- Consumo de fármacos, diuréticos (que producen pérdida de líquidos corporales a través de la orina) y anorexígenos (que quitan el apetito).

Estas personas si sufren la enfermedad antes de la pubertad, pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento. A todo esto hay que añadir una distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por el miedo ante la gordura o la flaccidez de las formas corporales, de modo que la persona se impone a sí misma el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. También existe un trastorno endócrino (hormonal) generalizado manifestándose en la mujer como amenorrea (pérdida de la menstruación) y en el varón como una pérdida de interés y potencia sexual. Si el inicio de la enfermedad es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía (comienzo de la menstruación) es tardía.

Anorexia Nerviosa Atípica el término de anorexia atípica debe ser utilizada para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico (Grupo Zarima, 1999; pág. 17-20).

3.1.8. Causas de la Anorexia.

En la actualidad, la causa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es claramente biopsicosocial, ya que intervienen, tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales. A su vez parecen ser multicausales ya que dentro de ellos destacaríamos factores individuales biológicos, psicodinámicos, psicológicos, interpersonales, medioambientales, familiares, sociales y culturales implicados en su etiología. Si consideramos la anorexia nerviosa como un trastorno determinado por distintos factores se puede evocar unos factores predisponentes (psiquismo individual, familia y contexto sociocultural), unos factores precipitantes (estrés,

régimen y pérdida ponderal) y unos factores de mantenimiento o cronificación asociados al entorno. El énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que otorga a los cuerpos delgados y juveniles, especialmente en las mujeres, contribuye probablemente al desarrollo y prevalencia de estos trastornos. (Ibíd., pág. 37- 38).

3.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los factores psicológicos son todos aquellos que afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas: han influido en el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo de la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación; interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica; constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona; las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica. De acuerdo a la naturaleza de los factores psicológicos son: trastorno mental; síntomas psicológicos rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento; comportamientos desadaptativos; respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés; y otros factores psicológicos no especificados que afectan a una enfermedad médica (por ejem. factores interpersonales, culturales o religiosos). (Consuegra, 2004; pág.119-120).

3.3 AUTOESTIMA

Autoimagen o autoevaluación positiva, que surge cuando se compara el sí mismo real con el sí mismo ideal. A partir de esto, la persona se juzga a si misma de acuerdo a los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su autoconcepto. La autoestima, en cuanto que está parcialmente basada en sentimientos de autoeficacia, tiene mucho que ver con el logro de objetivos y con la forma de reaccionar a las dificultades o fracasos; las personas de autoestima alta trabajan más arduamente, tienen mayores logros y se arredran menos ante los fracasos que los de baja autoestima, aunque a veces persisten inútilmente en tareas irresolubles. Por su parte, la autoestima narcisista e inflada puede llevar a la violencia, cuando el sujeto trata de

impedir la retroalimentación descalificadora que amenaza su imagen personal, eliminando violentamente la fuente de información. (Consuegra, 2004; pág. 32-33).

La **Autoestima** es el concepto inherente a una sensación fundamental de eficiencia y a un sentido fundamental de mérito a la idoneidad y a la dignidad” (Natahniel, 1994; pág. 29).

Para Alcántara (1990), citada por De los Ríos (1999; pág. 16) afirman que la autoestima no es innata, es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada una de las personas, esto dependerá de las relaciones interpersonales y de comunicación que existe entre los miembros de una familia. Este autor opina que la autoestima tiene su origen en dos vertientes, la primera es la observación de uno mismo, sobre la base de una serie de sucesivas auto evaluaciones referidas a los niveles alcanzados personalmente, la segunda se refiere a la asimilación e interiorización de la imagen y opinión que los demás tienen y proyectan de nosotros.

La autoestima primeramente se origina en el seno familiar en las relaciones interpersonales con el contexto social que puede rodear al individuo, llámense colegio, parientes, amigos.

3.3.1 Componentes de la autoestima

Este último autor considera la autoestima como “una estructura consciente de naturaleza dinámica y no estática, por lo tanto, esta puede crecer, arraigarse e interconectarse con otras actitudes, también puede debilitarse, perder valor y desintegrarse”. La autoestima posee tres componentes, que operan íntimamente correlacionadas de manera que una modificación en cualquiera de ellos influiría en los otros, estos son:

El componente Cognitivo, indica idea, opinión, creencia y procesamiento de la información acerca de sí mismo. Es un conjunto de auto esquemas que organizan las experiencias pasadas y son usadas para interpretar y reconocer estímulos relevantes en los aspectos sociales.

El componente Afectivo, conlleva la valoración de los que la persona tiene de positivo o negativo, relaciona un sentimientos de lo agradable y lo desagradable que puede ver la persona en sí mismo. Este elemento es considerado el núcleo de la autoestima, es donde se formula la ley principal que gobierna su dinámica, a mayor carga afectiva, mayor potencia de autoestima.

El componente Connotativo o Intencional, significa, tensión, intención o decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente, es la autoafirmación de su propio yo. Para este autor la autoestima, condiciona el aprendizaje, ayuda a superar las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, posibilita una relación social saludable, garantiza la autonomía personal, y la proyección futura de la persona. Por lo que se constituye en el núcleo de la personalidad, ya que es la fuerza más profunda del hombre en su tendencia a llegar a ser él mismo.

Pero el concepto que se manejará en la presente investigación, sobre la autoestima conocido también como el auto concepto es: *“la composición de ideas, sentimientos y actitudes que las personas tienen de ellas misma.* Ligad, Atkinson (1979) citado por Vargas-Mercado (2006; pág. 13).

Entre las áreas que forman parte de la autoestima están: el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorespeto.

Autoconocimiento.- Es el conocer el Yo de manera integral, es decir, el aspecto biológico, psicológico y social. Es cuando uno reflexiona sobre sí mismo, las características personales y gustos propios.

Autoconcepto.- Es la creencia que presenta uno mismo, tiene mucho que ver con el juicio de las demás personas con el respecto a la conducta de uno mismo, aporta a construir la propia imagen y la seguridad o inseguridad en sí mismo.

Autoevaluación.- Es la autocrítica de cada persona hacia sí mismo. Estableciendo juicios de valor, sentimientos y actos buenos y malos.

Autoaceptación.- La persona reconoce e identifica sus propias potencialidades y debilidades. Es importante aceptarse de manera auténtica, sin cambiar la realidad para mejorar la seguridad de la persona y evitar dañarla.

Autorespeto.- Tiene mucho que ver con el amor a uno mismo, los sentimientos y emociones y el sentirse orgulloso. Es buscar metas realistas y adquirir nuevas actividades. (Ibíd., pág. 15).

3.3.2. AUTOESTIMA Y ANOREXIA

El adolescente transcurre por una etapa del ciclo vital caracterizada por múltiples cambios. El rápido cambio corporal no puede ser en ocasiones integrado a su imagen corporal. Esa es la imagen interna que se tiene del propio cuerpo. Además en ella se sustenta o expresa la autoestima. Es también fundamental para el intercambio y desarrollo social del individuo. La falta de estabilidad y de familiaridad consigo mismo se ven agravadas por la poca tolerancia que tienen los adolescentes frente a las desviaciones o diferencias que su esquema corporal pueda presentar en relación con los patrones culturalmente aceptables. Esta dificultad emocional se asocia a la de ejercer un rol sexual esperado.

En la consulta clínica es frecuente observar en la adolescencia temprana y media, preocupaciones por la adquisición de las formas femeninas asociadas con el deseo de persistir con el cuerpo infantil o de la pubertad temprana.

Si el adolescente no ha logrado en años anteriores una confianza básica en el reconocimiento que le brinda el medio que lo rodea; si sus conflictos emocionales previos no se han resuelto y no ha fortalecido su voluntad de ser el mismo; si no es capaz de anticipar a través de la imaginación y el razonamiento, sus posibilidades futuras; y no tiene la capacidad para aprender a ser aquello que espera, surgirán sentimientos de inutilidad y autocrítica, desconfianza hacia su entorno y temor de ser el proyecto de los demás, y no podrá encontrar soluciones adaptativas deseables.

Son pues, factores de riesgo personales la sensación de inutilidad, la desesperanza, el miedo de perder el control, la autoestima altamente dependiente de la opinión de los

demás y un estilo de pensamiento del todo o nada. Además para el desarrollo emocional positivo es esencial la contención familiar, la familia como fuente de cuidado y cariño, como elemento de pertenencia (Bonsignore y otros, 1996; pág. 75-76).

El objetivo de cualquier tratamiento es restaurar la salud del adolescente. En este sentido la OMS, define a la salud, no como la ausencia de enfermedad, sino como un adecuado funcionamiento biopsicosocial. El foco, pues, no puede estar solamente puesto en la comida y el peso. Normalizar estas variables es importante pero no suficiente. La ayuda debe estar dirigida también a que el adolescente logre la aceptación de su cuerpo, independencia, autonomía, mayor autoestima y la sensación de ser capaz. (Ibíd. pág. 88).

3.4. DEPRESIÓN

La definición académica sitúa esta enfermedad como el *síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a cinco series de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales*. Esta enfermedad deja sin energía, sin ganas de hacer nada.

En realidad es difícil dar una definición exacta y la anterior nos sitúa momentáneamente frente al tema al hablar de depresión no nos referimos a una enfermedad de bordes definidos, sino a un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta a lo más profundo del ser humano y cada uno guarda en su seno un estilo propio e irrepetible cuyas características se manifiestan tanto en su personalidad como en los trastornos que sufre. (Rojas, 2006; pág. 17).

En el lenguaje corriente depresión se refiere a una sensación de malestar relacionada con síntomas como tristeza y angustia, pero también contrariedad, mal humor, frustración, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. A menudo lo que se conoce coloquialmente como depresión no es tal cosa, al menos desde el punto de vista médico. La frustración, la contrariedad o la tristeza son sentimientos negativos

que surgen como reacción ante un hecho adverso, pero experimentar tales estados no supone ni mucho menos estar deprimido. La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio. (Ibíd., pág. 29).

La depresión suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Su difícil clasificación como proceso morboso, su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, que se manifiesta en sentimientos derrotistas y el enorme contraste entre la imagen que el propio paciente tiene de sí mismo y su realidad han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas. Por ejemplo, un hombre joven fuerte y saludable, teme carecer de los recursos financieros necesarios para alimentar a sus hijos. (Calderón, 1984; pág. 11).

La depresión puede ser de tipo reactivo (de afuera) o endógeno (de adentro). En el primer caso, constituye la respuesta hacia un estímulo externo que ocasiona duelo, la muerte de un ser querido o la pérdida de un trabajo; sin embargo cuando éste no logra superarse, se transforma en depresión y pierde relación con el estímulo inicial. En el segundo caso, se trata de procesos que nada tienen que ver con la realidad, la persona simplemente se deprime sin existir una causa real. Una tercera postura considera que en estado depresivo pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos. Realmente es difícil encontrar una alteración física que no afecte al estado de ánimo y viceversa. El estado de ánimo y el cuerpo solo se pueden desgajar teóricamente.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a varios miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y al mundo en forma pesimista y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Siendo que “el trastorno depresivo es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas”. Hallando que el síntoma más característico de la depresión es que el paciente se siente como hundido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez lo entorpece más y más para vivir en plenitud.

3.4.1 Síntomas de la depresión

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Llegando a ser una sensación muy profunda y arrasadora, tanto que el paciente se siente "en baja" tal como si hubiera perdido las ganas y el placer de vivir, considerándose incapaz de brindar amor y afecto lo cual incrementa sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia: El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le produce placer.

Ansiedad: Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio: Al individuo le cuesta conciliar el sueño y además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: La mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer: En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

3.4.2. DEPRESIÓN Y ANOREXIA

La depresión es una enfermedad psíquica caracterizada por un descenso del estado de ánimo, que se vive como tristeza, apatía, decaimiento, falta de ganas, melancolía y un acordeón de vivencias afectivas en esa misma línea. (Rojas, 2006; pág. 387)

La autoestima de las personas anoréxicas es muy baja; el concepto que tienen de sí mismas dependen mucho de la opinión de los demás aunque llega un momento en el desarrollo de la enfermedad en el que comienzan a aislarse socialmente, pues sienten vergüenza de sí mismas y de su cuerpo. A medida que la enfermedad avanza estas personas se tornan **depresivas**, irritables y muestran fluctuaciones drásticas en su estado de ánimo. (Consuegra, 2004; pág. 20).

3.5. ANSIEDAD

La ansiedad es la reacción del organismo a nivel psicofisiológico, de forma transitoria, que en fases más o menos rápidas, se producen como una defensa ante lo que se considera una amenaza de su equilibrio habitual, ya sea de forma positiva o negativa, (Nuñez, 2007; pág. 21).

La ansiedad es diferente del miedo. El miedo implica la presencia de un peligro conocido. La intensidad de miedo es más o menos proporcional al grado de peligro. En términos generales, el miedo es una emoción deseable porque conduce a algo útil como, por ejemplo evitar el peligro. La reacción emocional a una situación amenazadora depende de la interpretación que el individuo hace de la misma. El peligro puede ser dominado mediante ataque, la emoción será la cólera, también puede ser usar la huida. Los profesionales de la salud, distinguen el miedo de la ansiedad, en relación a la presencia real de peligro en el miedo y en la ansiedad que no exista factor reconocido o sigue a una evocación inconsciente. (Ibíd., pág. 21-22).

Todos las personas han sentido alguna vez un estado ansioso, producido por diversos aspectos, a la ansiedad se la define como: “ Un estado emocional particularizado en el individuo, experimentado como una excitación emocional, con participación psicofisiológica, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación,

expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida ”. (Castañón, 1991; pág. 37).

Rojas maneja dos conceptos: ansiedad de estado y ansiedad de rasgo con los cuales se puede trabajar y son muy parecidos, el primero expresa que “ la **ansiedad** es una manifestación esencialmente afectiva en la que el individuo se encuentra en un estado activamente neurofisiológico de hipervigilancia, es emocional”; pero el concepto que se manejará en este estudio apunta que “ consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada ”; como se puede ver es una noción que abarca amplios campos con los que se trabajaron. (Rojas, 1989; pág. 27,28).

Se puede describir como una trayectoria que desde la ansiedad desemboca en la depresión. La ansiedad es el punto de partida. Desde ella se inicia un atajo que va a conducir al aburrimiento. Las crisis de la ansiedad o de los ataques de pánico, así como la ansiedad generalizada, conduce a un cierto cansancio psicológico, que planea sobre un peculiar estado de ánimo, que es el aburrimiento: sentimiento de vacío y neutralidad frente a cuanto rodea a ese sujeto. Todo cobra un carácter monótono y pesado, plomizo, repleto de indiferencia, soporífero, centrado en el bostezo". (Ibíd., pág.65-67).

La ansiedad es una emoción que se experimenta como amenaza (física y psíquica) existiendo un centro cerebral de alarma responsable de estos fenómenos.

Se pueden distinguir cuatro lugares importantes desde donde pueden originarse distintos niveles de ansiedad:

1. **Lo endógeno.-** Depende de lo genético, la herencia y los cambios internos del organismo.
2. **Lo biológico.-** Muchas enfermedades físicas producen ansiedad, cáncer, enfermedades tiroideas, el consumo de drogas.

3. Lo psíquico.- Se refiere a la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se dan cuando se analiza o recorre la propia vida, como los traumas biográficos, factores predisponentes, factores desencadenantes.

4. Lo social.- Los aspectos más llamativos que la provocan son: la soledad, la incomunicación, el aislamiento, tipos de vida excesivamente monótonas y la desocupación son factores ansiógenos.

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo.

Manifestaciones de la ansiedad:

Síntomas Físicos.- Estos síntomas aparecen por ciertas estructuras cerebrales donde se encuentran las bases neurofisiológicas de las emociones. Se puede decir que la ansiedad se produce por descargas de adrenalina, las cuales logran un estado inquietante en el sujeto, más aún en un estado de depresión.

Los síntomas más frecuentes son:

Palpitaciones

Sudores

Sequedad de la boca

Sensaciones de falta de aire

Pellizcos gástricos

Nudo en la garganta

Temblores y rubores.

Síntomas Psicológicos.- Estos son muy importantes, pues sus manifestaciones somáticas se desarrollan en un nivel psicológico fundamental. La ansiedad aflora sobre sujetos con capacidad psicológica de introspección, de autoanálisis, de

capacidad para meterse en su afectividad, sentimientos y emociones. Estos síntomas se los descubre a través del lenguaje verbal.

Los síntomas que más aparecen son:

Inquietud.

Desasosiego

Vivencias de amenazas.

Temores difusos.

Disminución de la atención.

Temores de muerte, locura y suicidio.

Síntomas de Conducta.- Son todos aquellos que se pueden observar desde afuera en otra persona, y no es necesario que hablen para darse cuenta, pues lo que se registra es el comportamiento de la persona.

Los síntomas más frecuentes son:

Hipervigilancia.

Atención expectante.

Dificultad para la acción.

Bloqueo afectivo.

Inquietud motora.

Síntomas Intelectuales.- Se habla de las manifestaciones cognitivas, las cuales abarcan el conocimiento de los sujetos. Es claro mencionar que el conocimiento de la persona se produce por el cerebro, pues este mismo lo almacenará, y abarcarán varios conceptos como la sensación, percepción, memoria, pensamiento.

Entre los más habituales están:

Falsas interpretaciones de la realidad.

Pensamientos preocupantes y distorsionados.

Tendencia de duda

Problemas de memoria.

Síntomas Asertivos.- También son llamados trastornos en las habilidades sociales; que tiene mucho que ver con aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación, sin inhibiciones, ni agresiones inadecuadas. También tiene mucho que ver con expresar juicios y sentimientos positivos y negativos frente a cualquier persona, situación o cosa.

3.5.1.- Ansiedad Adaptativa

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia o experiencia interior que podamos calificar de emoción, con características apuntadas para la misma, a esto se añade un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia. La consecuencia va a ser un estado de hipervigilancia en la persona. La psicofisiología aquí seguida es similar a la del miedo y no es otra cosa que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. Al mismo tiempo esta ansiedad es adaptativa ya que ayuda a enfrentar situaciones de riesgo y peligrosidad (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias de la vida. (Rojas, 1989; pág. 29-30).

3.5.2. ANSIEDAD Y ANOREXIA

Las tensiones emocionales que produce la exigencia sobre el propio cuerpo, la idealización de un cuerpo que no responde al deseo en cuanto a formas proporciones y volumen, se instalan en la musculatura en forma de contracturas dolorosas, estructurándose en bloqueos musculares que obstruyen el fluir energético, debilitando las sensaciones y rigidizando el cuerpo. El bloqueo muscular es el modo en el que la persona se defiende del displacer y la angustia y es a través de la tensión corporal que sostiene esa defensa. Actúa debilitando e inhibiendo sensaciones, sentimientos, emociones, a modo de protección. Su correlato en el funcionamiento psicológico será la llamada “coraza caracterológica”. Las pacientes anoréxicas y bulímicas se acorazan

para evitar sentir placer, producen un corte energético a nivel de la garganta disociando la cabeza del resto de cuerpo, (Bonsignore y otros, 1996; pág. 105).

Por tanto tras lo expuesto podemos referir que la ansiedad y la anorexia están íntimamente relacionadas; cuando una persona con anorexia tiene preocupaciones sobre su cuerpo y por cómo adelgazar se tensiona fácilmente ante la frustración de no saber cómo resolver su “problema” y es en esos precisos momentos en los que la ansiedad se manifiesta a través de síntomas físicos, psicológicos, asertivos, de conducta e intelectuales.

3.6. LA PERSONALIDAD

3.6.1. Definición de Personalidad

Patrón global de rasgos comportamentales, temperamentales, emocionales, mentales y de carácter, que dan lugar a la manera única y relativamente consistente de una persona de sentir, pensar y comportarse. Es el conjunto de rasgos y tendencias especiales, formas específicas de ser y reaccionar que le otorgan una singularidad biopsicológica. En cierto sentido todos tenemos características comunes y, al mismo tiempo, no hay dos personas que sean exactamente iguales. Lo singular del ser humano es más auténtico y evidente, mientras mayor sea su madurez y su sanidad mayor es su salud mental. El concepto de personalidad es complejo y constituye el resultado de una serie de factores de orden genético, ambiental, social, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas de niño. (Consuegra, 2004; pág. 214).

Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos, (Allport, 1980; pág.47).

3.6.2. Rasgo.

Elemento característico de la personalidad relativamente estable. / Modos relativamente duraderos en que se diferencian entre si los individuos; características descriptivas de las personas, (Consuegra, 2004; pág. 229).

3.6.3. Rasgos de Personalidad

Garamendi (2008; pág.43) cita a Allport, Eysenck H. J., Eysenck M. W. y Catell. Quienes afirman que los rasgos de personalidad son:

Para Allport el rasgo es "un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y Localizado., dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes de comportamiento adaptativo y expresivo.

Eysenck H. J. y Eysenck M. W. (1996), considera que “los rasgos son esencialmente factores que determinan regular y persistentemente nuestra conducta en tipos de situaciones diferentes”.

Para Catell, es la que determina la conducta en una situación dada, él la define como "aquello que permite predecir lo que una persona hará en una determinada situación”. El componente básico de la personalidad son los rasgos, entendidos como "una tendencia a reaccionar relativamente permanente y amplia."

Catell también hace una distinción entre lo que denomina rasgo peculiar y *rasgo común*, el primero sería característico de un sólo individuo y el segundo de un patrón del que los sujetos diferirían más en grado que en forma.

Como se observa se puede desarrollar varios puntos en este concepto, pero el que se consideró para la presente investigación es el manual de los **16 factores de la personalidad** que son desarrollados por Raymond Catell. A continuación nombraremos brevemente cada uno de los 16 factores.

Factor A.- Reservado, alejado, crítico, frío-Abierto, afectuoso, sereno, participativo.

Factor B.- Capacidad mental general baja, poca habilidad para problemas-Capacidad mental general alta, comprensión y rapidez de aprendizaje.

Factor C.- Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente-Emocionalmente estable, maduro, tranquilo, se enfrenta a la realidad.

Factor E.- Sumiso, apacible, manejable dócil, acomodadizo, dependiente-Dominante, agresivo, independiente, terco, obstinado, competitivo.

Factor F.- Sobrio, reflexivo, serio, cauteloso, silencioso, obsesivo-Desinhibido, alegre, animoso, hablador, sociable, comunicativo.

Factor G.- Despreocupado, poca aceptación de normas convencionales, relajado-Escrupuloso, consciente, responsable, moralista, perseverante.

Factor H.- Tímido, cohibido, susceptible, retraído, cauteloso, aislado, cerrado-Emprendedor, cordial, no inhibido, atrevido, gregario.

Factor I.- Sensibilidad dura, realista, auto confiado, no afectado por sentimientos-Sensibilidad blanda, busca atención y ayuda, tierna e idealista.

Factor L.- Confiante, adaptable, comprensivo, permisivo, tolerante, respetuoso-Suspicious, dogmático, difícil de engañar, exigente, desconfiado.

Factor M.- Practicidad, realista, objetivo, interesado en resultados inmediatos-Imaginatividad, fantasioso, excéntrico, bohemio, seducible, absorto.

Factor N.- Sencillez, franco, natural, sencillo, auténtico, sin perspicacia, simple-Astuto, calculador, mundano, terco, agudo, desafiante, sociable.

Factor O.- Seguro de sí, apacible, plácido, tranquilo, satisfecho, sereno-Inseguro. Agobiado, inquieto, ansioso, preocupado, culpabilidad.

Factor Q1.- Conservador de ideas tradicionales arraigadas, moderado-Analítico, crítico, experimental, liberal, de ideas nuevas y libres.

Factor Q2.- Dependiente del grupo, falta de resolución, inseguro, enrolado-Autosuficiencia, independiente, lleno de recursos, decidido.

Factor Q3.- Auto conflictivo, descuidado de reglas sociales-Controlado, compulsivo, escrupuloso, llevado por su auto imagen.

Factor Q4.- Sereno, tranquilo, sosegado, satisfecho, no frustrado, estable-Tenso, sobre excitado, irritable, frustrado, impaciente, inestable.

La orientación de esta teoría es principalmente cuantitativa o empírica que introduce el análisis estadístico en el estudio de las características de personalidad; concentrándose en la medición de la personalidad en términos de característica psicológicas específicas del individuo denominadas rasgos. Aun en la actualidad podemos hablar como uno de los máximos exponentes sobre estas teorías a; R. B. Catell. Siendo, uno de los más empleados por su teoría de los 16 factores de la personalidad. (Gomara, 1992; pág. 5)

Para R. B. Cattell el rasgo es “como una tendencia a reaccionar de manera relativa, permanente y constante respecto del cual un individuo es diferente de otro; como una variable diferenciadora individual”. Ahora bien, la teoría que concebimos para la presente investigación debido a sus particularidades sobre la personalidad; “es una combinación de habilidades manuales y mentales, intereses, actitudes, temperamentos, diferencias individuales en pensamientos, sentimientos y conducta”. (Gomara, 1992; pág. 6)

3.6.4. RASGOS DE PERSONALIDAD Y ANOREXIA.

Las estadísticas muestran que: entre el 90 y 95 % de los casos de anorexia son mujeres, se presenta más en los adolescentes, aunque en los últimos años los casos en personas mayores han aumentado; realizar actividades donde el peso y la figura son importantes (por ejemplo, ballet, modelaje, algunos deportes) no necesariamente hace más vulnerable a una persona para desarrollar un trastorno alimenticio; son más propensas las personas con personalidades obsesivas, compulsivas y adictivas; la enfermedad se manifiesta más en personas con un historial de sobrepeso real o percibido; las personas que constantemente están haciendo dieta suelen aunque no siempre desencadenar trastornos de la conducta alimenticia; son más vulnerables para evolucionar en una anorexia las personas que están viviendo una etapa emocional fuerte en su vida. (Consuegra, 2004; pág. 21).

El factor de riesgo aumenta cuando hay perturbaciones de la personalidad que se reflejan en trastornos que aparecen como una continuación de dificultades surgidas de

la no resolución de situaciones de la niñez, y que se agravan en la adolescencia, (Bonsignore y otros, 1996; pág. 75).

La paciente con anorexia busca meterse para adentro: se retrae, se isla: sus relaciones sociales están interferidas; trata de anular su cuerpo. (Ibíd., pág. 158).

3.7. AFECTIVIDAD

Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive. (Consuegra, 2004; pág. 9)

3.7.1. AFECTO

Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos experimentados subjetivamente. Sensación que es registrada por la conciencia correspondiente a los aumentos o disminuciones en la unidad de tiempo de las cantidades de excitación libidinal provenientes desde dentro de la superficie corporal. Los aumentos, en términos generales, son registrados como displacer y las disminuciones como placer; en las variaciones cualitativas (producidas por la forma o el tiempo en que se producen estos mismos aumentos o disminuciones) existentes entre cada uno de estos dos extremos, se sitúan los otros los otros diferentes afectos placenteros o displacenteros. (Ibíd., pág. 9).

3.7.2. EMOCIONES

Estado afectivo; reacción subjetiva del ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endócrinos) de origen orgánico, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Suelen distinguirse tres componentes en cada emoción: un sentimiento característico o experiencia subjetiva, un esquema de expresión abierta. El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que se le pone a las emociones, como temor, ira, gozo, o tristeza. Las emociones cumplen un papel central, en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas. Estas situaciones se pueden diferenciar de la siguiente

forma: **1) preparación para la acción:** Las emociones actúan como un nexo entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo; las respuestas emocionales son automáticas y por tanto no requieren ningún tipo de raciocinio o de control consciente; **2) delimitación del comportamiento futuro:** Las emociones influyen en la asimilación de información que servirá para dar respuestas en el futuro a hechos similares. Dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo; y **3) regulación de la interacción social:** Las emociones son un espejo de los sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse una idea del estado de ánimo de la persona.

Emociones primarias: dentro de las emociones primarias se consideran: la ira, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, el disgusto, el teres y la tristeza.

Emociones secundarias: las emociones primarias son automáticas y cumplen una función adaptativa y saludable dentro del organismo al ayudarnos a reaccionar inmediatamente frente a un estímulo. Cuando estas emociones no son procesadas adecuadamente sufren una “mutación” y no son superadas, quedando convertidas en emociones secundarias. Es así como cada emoción primaria se asocia a una emoción secundaria: Ira-rencor, violencia y odios patológicos; miedo-ansiedad, fobia y pánico; amor-dependencia; alegría-manía; tristeza-depresión. Dichas mutaciones en las emociones generan otras dimensiones en su comprensión: en las ondas externas se encuentran los estados de ánimo, que son más apagados y duran mucho más tiempo que la emoción primaria. Más allá de los estados de ánimo se encuentra el temperamento que se entiende como la prontitud para evocar una emoción o estado de ánimo determinado que hace que la gente sea melancólica, tímida o alegre. (Consuegra, 2004; pág. 92)

3.7.3. SENTIMIENTOS

Sistema organizado de disposiciones emocionales que se centran alrededor de algún objeto. Según Jung, es una de las funciones o maneras de lidiar con el mundo. Es el acto de sentir, como el de pensar. Es cuestión de evaluación de la información en este caso está dirigida a la consideración de la respuesta emocional en general. Jung la

llamo racional; evidentemente no de la manera en la que estamos acostumbrados a usar el término. (Consuegra, 2004; pág. 241)

3.8. LA FAMILIA

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”. (Minuchin, Fishman, 1997; pág. 25).

3.8.1. Familia Funcional Se constituye como un sistema parcialmente abierto que permite la salida de sus miembros y la entrada de nuevos elementos. En términos de entropía, tiene altos niveles entrópicos y los regula fortaleciéndose; las personas que conforman la familia son aceptados sin condiciones, se respetan las diferencias y se permite el acercamiento, la distancia y la emancipación. Beavers sintetiza los atributos que caracterizan a la familia funcional de la siguiente manera:

- ✓ Un sistema de valores que pueden ser religiosos en el sentido tradicional, pero no necesariamente.
- ✓ Preocupación recíproca, inversión en el bienestar de cada miembro, ensalzamiento y no desvalorización mutua, pero sin privarse de la capacidad de trazar límites y afirmar la independencia individual.
- ✓ Una amplia gama de sentimientos, como por ejemplo, ternura, alegría, dolor, hostilidad, etc., que permite aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa, es decir, la clase de interacción que tiende a clarificar la atmosfera y generar soluciones.
- ✓ La voluntad de confiar, de creer que las personas dentro y fuera de la familia en general tienen buenas intenciones y no son hostiles y tendientes al rechazo.
- ✓ Las oportunidades de dialogar, que permiten que cada uno sintonice lo que el otro está sintiendo y, no obstante, mantenga y manifieste su propia posición: un diálogo en el que se procura la imparcialidad, la justicia y la reconciliación.

3.8.2. Familia Disfuncional se caracteriza por no aceptar la crisis, negar la autenticidad de sus componentes, evitar el conflicto y desarrollar triangulaciones a través de alianzas y coaliciones; tiende a la equifinalidad antes que a la recepción de la entropía externa y/o interna. Se organiza como un sistema parcialmente cerrado que impide la emancipación y el ingreso de nuevos elementos al sistema. La comunicación es patológica, las reglas son rígidas o inexistentes y los límites estrictos o ausentes. Se pueden definir como familias rígidas a las que siguen patrones relacionales estereotipados, y amalgamadas a las que impiden la individualización. (Pinto, 2005; pág. 52-53)

3.8.3. Teoría de la Desvinculación

Una de las teorías fundamentales del enfoque sistémico en la terapia familiar, es la teoría del ciclo vital familiar, el mismo que permite la individuación y el desarrollo de la identidad personal de los hijos a través de la evolución natural del sistema familiar, de modo tal que el objetivo central de la vida familiar es lograr la emancipación de los hijos. Este proceso, conocido también como **desvinculación**, acaece el final de la adolescencia, cuando los hijos, después de haber logrado su diferenciación a partir de una batalla de confrontaciones con el sistema - de manera que la adolescencia es la mejor oportunidad que tiene la familia para cambiar de configuración - logra apropiarse de su vida y marchar hacia el logro de sus objetivos personales, académicos, laborales, sociales y conyugales.

Es importante destacar la **diferencia entre emancipación y desvinculación**. La **emancipación** es el proceso de independencia económica por parte del adulto joven, quien se hace autónomo y responsable por su supervivencia, mientras que la **desvinculación** es el rompimiento de la dependencia afectiva hacia los padres, de tal forma que la persona es capaz de asumir responsabilidad por sus decisiones sin hacerlas depender de la gratificación o desagrado que produzcan en sus progenitores. De ahí que se puede estar desvinculado sin estar necesariamente emancipado. (Pinto, 2005; pág. 53)

Pinto, 2005; pág.54 cita a Cancrini y La Rosa (1996) quiénes desarrollan una teoría de la psicopatología desde consideraciones acerca de la forma como las personas resuelven sus procesos de desvinculación con la familia de origen. Este enfoque considera cinco formas de resolución de la emancipación.

- ✓ **Desvinculación posible.** Factible en las *familias funcionales* y en aquellas donde no existe gran perturbación. La persona puede desvincularse con dolor pero sin sentimientos de culpa, con la seguridad de haber resuelto la mayoría de las cosas pendientes con los miembros de su familia; se siente segura, se lleva el amor aprendido dentro de casa sabe que el hogar es un refugio y reconoce los esfuerzos de sus padres para hacer de él una persona de bien. Hay agradecimiento, afectos positivos y recuerdos gratos, además de aprendizajes positivos para el enfrentamiento con el mundo exterior.
- ✓ **La desvinculación imposible.** Se trata de *familias disfuncionales* muy frágiles, que impiden la emancipación de los hijos, ya sea porque los padres se muestran indefensos o se ha hecho que los hijos se perciban así mismos como incapaces para alejarse del seno familiar.
- ✓ **La desvinculación inaceptable.** La familia ha prohibido la desvinculación de manera explícita. No existen los recursos para aceptar el crecimiento de los hijos y se teme al nido vacío. Si los hijos se van vuelven por los sentimientos de culpa que les han sido inculcados.
- ✓ **La desvinculación aparente.** La familia aparenta la aceptación de la desvinculación, pero esta no puede llevarse a cabo del todo; los hijos salen pero vuelven pronto a casa. Son jóvenes inseguros y muy limitados en sus habilidades sociales y de adaptación.
- ✓ **La desvinculación condicionada.** La familia decide la emancipación de los hijos bajo criterios de los padres, abuelos o personas, quienes asumen la potestad sobre los jóvenes.

Pinto, (2005; pág.55) cita a Mara Selvini- Palazzoli (1993) quien identificó en las familias psicóticas y **ANORÉXICAS** la presencia de juegos interpersonales con fines dirigidos a la homeostasis del sistema *familiar disfuncional*. Uno de los elementos más notables de estos juegos, la triangulación. La triangulación se refiere a “la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir un tercero (hijo, terapeuta, etc.), lo cual da como resultado el “encubrimiento” o la “desactivación del conflicto”. Fogarty, Fay y Gilbert (2000) piensan que los triángulos solo son posibles en parejas inestables, y que la idea de la triangulación es más genética que edípica. Por lo general, el que se triangula es el hijo sintomático, a partir del establecimiento de alianzas.

La alianza implica un contrato entre por lo menos dos personas de niveles jerárquicos diferentes dentro un sistema, para protegerse, distanciarse o generar intimidad en desmedro de un tercero. Para que sea posible una alianza, es imprescindible la presencia de fronteras generacionales débiles, pues de esta manera los hijos pueden alinearse en el nivel jerárquico de los progenitores e inclusive superponerse a ellos.

Podemos identificar tres tipos de triangulaciones:

- ✓ **Triángulo perverso.** Se da cuando las partes en conflicto (por lo general la pareja) se encuentran ante un dilema: una de ellas debe ganar y la otra perder; para favorecer la relación, pueden distanciarse. En esa situación, una solución es la inclusión de un tercero, de manera que el perdedor pueda compensar su frustración estableciendo un lazo abierto o encubierto con este, restaurando así la homeostasis de la pareja; es mucho mejor aún si el tercero (por lo general el hijo) proporciona un síntoma. En este tipo de triángulo se presenta inicialmente la seducción del hijo(a) por parte de uno de los progenitores, para generar una coalición en contra del otro padre.- al llegar a la adolescencia, se produce la ruptura del idilio, quedando las esperanzas insatisfechas. La situación es muy dolorosa cuando el padre seductor desilusiona al hijo(a) después de haberse encaramado en un pedestal.

- ✓ **Triángulo rígido.** En esta estructura los padres tratan de ganarse la simpatía y el respaldo del hijo a costa de la relación de este con el otro conyugue por lo que el hijo desarrolla un conflicto de lealtades. El final es una relación rígida y exclusiva entre el padre y el hijo, quedando el otro progenitor alienado de la nueva diada establecida. La diferencia con el triángulo perverso radica en que la relación entre el padre o madre con el hijo(a) no es simétrica, no se trata de una “seducción”, sino de la conquista del hijo(a) como padre o madre adoptivo. Por lo tanto las relaciones se invierten; el progenitor se convierte en hijo y el hijo en padre. El término utilizado por Minuchin para designar a estos hijos es el de “hijo parental”.
- ✓ **Triángulo patológico.** Bowen (1978) identificó triángulos familiares dotados de configuraciones cambiantes entre alianzas, alienaciones y coaliciones, que por lo general ocasionan conflictos derivados de los dobles vínculos que surgen en los sistemas comunicacionales. En esta triangulación el hijo se confunde, perturbándose ante la incongruencia de las lealtades y percibiendo una seudomutualidad – ajuste de uno a otro miembro del triángulo a expensas de la discriminación del hijo. La seudomutualidad surge del mito familiar según el cual es peligroso apartarse de las expectativas fijadas. El temor a la ruptura y el miedo a la cercanía generan el conflicto permanente de la disonancia en este tipo de triangulación.

3.8.4. LA FAMILIA Y LA ANOREXIA

No se puede culpabilizar a la familia como causante de la anorexia nerviosa, ya que dicha enfermedad tiene una multietiología. Aunque dentro de dicha multietiología haya algunos factores que influyan en dicha enfermedad, como puedan ser las malas relaciones con los padres, poca motivación de los padres hacia los hijos, los abusos, Asimismo, hay que señalar que no sólo la persona que padece esta enfermedad va a tener problemas, también su entorno familiar sufrirá la enfermedad. La familia, sobre todo la figura materna, va a vivir una situación límite, en la que al igual que ocurre en situaciones de catástrofes, todos tratan de resolverla como sea, sin saber cómo

hacerlo, resultando que la forma de actuar es lo realmente peligroso. Las relaciones familiares que surgen en torno a esta enfermedad son muy duras y dolorosas para todos los miembros de la unidad familiar. Aunque es frecuente que los padres estén dispuestos a ayudar a su descendiente, si es cierto que a veces no es reconocido por alguno de los padres, y es entonces cuando la curación de su hijo puede ser más dificultosa. La paciente también vive muy traumáticamente la ayuda de sus familiares, cuando le animan y estimulan para que cambie sus hábitos y empiece a tener unos hábitos normales de ingesta. (Díez Hernández, 2005; pág. 145).

En algunos artículos y textos hablan de la anorexia nerviosa como el resultado de una familia psicósomática, descontrolada, Mara Selvini en su libro de crónicas de una investigación (1990) muestra como la paciente se encuentra atrapada en una situación insostenible, permanentemente se la induce a aliarse con el padre en contra de la madre y viceversa, el uno del otro alimenta de forma encubierta a la paciente a suplir las deficiencias de su pareja, los roles de esposa secreta y de marido secreto, también acota sobre la pareja parental que ambos moralistas compiten entre sí por la superioridad moral y asumiendo un papel de víctima.

La anorexia nerviosa es un padecimiento de la conducta alimentaria en el que se ha observado que la familia desempeña un papel relevante, ya que una grave disfunción familiar puede ser un factor de riesgo y mantener la sintomatología. La participación de la familia en el tratamiento incrementa la posibilidad de éxito. mencionan la gran frecuencia de dificultades en el vínculo establecido entre la madre y la hija, por lo que la familia parece desempeñar un papel importante, no como agente causal específico del trastorno, pero sí con un estilo educativo sobreprotector que actúa como mantenedor del síntoma. Algunas investigaciones, establecen descripciones de las madres y los padres de pacientes con trastorno de la alimentación, donde la madre está sobreinvolucrada y confundida en la relación con la hija, en tanto que el padre es descrito como frío y distante. La emergencia de un trastorno de la alimentación en una hija puede alterar, sin duda, toda la dinámica familiar. La primera iniciativa para incluir a la familia en el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa fue realizada

por Minuchin et al. Que se basaron en la descripción de familias “psicosomáticas” y describieron familias alexitímicas que evitan el conflicto y las tensiones emocionales. Según estos autores las dificultades para verbalizar experiencias emocionales son debidas a que éstas son bloqueadas para evitar conflictos y mantener el “mito de la armonía”. El síntoma somático sería el lenguaje de toda la familia. A su vez, mencionan abiertamente la influencia de la familia en la aparición del trastorno. En una revisión de los estudios controlados sobre las relaciones familiares en los trastornos de la alimentación, concluyen que las familias de pacientes con anorexia nerviosa son en general más hostiles, desligadas e impulsivas; los padres no eran empáticos y presentaban déficit en la crianza fallando en ayudar a sus hijos a conocer el mundo de las emociones. Desde el punto de vista de la terapia sistémica, la comunicación se da a través de la conducta alimentaria y puede ser la salida necesaria en familias en las que existe una dificultad para conectarse con el mundo emocional. (González-Macías, 2012; pág. 33-34)

El cambio estructural propuesto es corregir la alta proximidad que tiñe todas las interacciones familiares e impide la autonomía del adolescente y evitar la utilización del adolescente como desviador de la relación parental disfuncional. (Bonsignore, 1996; pág. 93).

Sabemos que el paciente forma parte de un sistema, que en este sistema (familia) pueden detectarse patrones de interacción que mantienen los síntomas, y que la transformación de aquellos resultara en el cambio de estos. Se trata entonces de modificar las conductas que perpetúan la situación problemática: en general los intentos fallidos de solución que el paciente y la familia siguen repitiendo, manteniendo de ese modo la situación inmodificada. El objetivo será tanto el cambio individual del paciente como el cambio en el sistema de las relaciones del sistema que lo rodean, de manera que la familia pueda satisfacer las necesidades de autonomía y de sostén de sus miembros. (Ibíd., pág. 119).

IV METODOLOGÍA

4.1 Área de investigación

“La psicología clínica es una área de la psicología, que implica los conocimientos de la misma, investiga la conducta, hace evaluaciones de sujetos individuales y da varios tipos de asistencia psicológica”. (Bernstein-Nietzel, 1987; pág.6).

La psicología clínica se propone definir las capacidades conductuales y las características de conducta de un individuo a través de métodos de medición, análisis y observación y, con base en una interacción de estos hallazgos con datos que se reciban en exámenes físicos o historias sociales, sugiere y proporciona recomendaciones para un ajuste adecuado del individuo, por tanto la presente investigación pertenece al **área clínica**, ya que pretende determinar los factores psicológicos y familiares asociados a la anorexia en jóvenes de 18 a 25 años de la ciudad de Tarija, a través de la entrevista en profundidad, test psicológicos y cuestionarios.

Los psicólogos clínicos conocen, aprecian y participan de este tipo de estudios, pero su interés primordial consiste en entender cómo esos principios y relaciones generales se plasman en la vida y en los problemas de los individuos; es decir se sitúan a nivel ideográfico, investigando las posibles aplicaciones de la investigación teórica en el tratamiento de los individuos. (Bernstein-Nietzel, 1987; pág.6).

4.2 Tipificación de la investigación

El estudio es de tipo **EXPLORATORIO**, ya que no hay investigaciones anteriores que se hayan plasmado respecto al tema. De acuerdo con los autores Hernández, Fernández y Baptista, (1998; pág. 115)”, nos indica que: *“Los estudios exploratorios se efectúan cuando el objetivo es examinar un tema o un problema de la investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas, ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio”*.

Es **DESCRIPTIVO** puesto que se analizan las características de los sujetos de estudio de modo que posteriormente se efectúa un diagnóstico para llegar a determinadas conclusiones ya que tiene como objetivo principal averiguar los factores tanto psicológicos como familiares que están asociados a la anorexia. Además que se parte de una problemática social, real, para luego en base a dicha información sugerir acciones correctivas a la problemática.

Es descriptivo además, porque consiste principalmente en describir un fenómeno o una situación, mediante el estudio del mismo en una circunstancia temporal-espacial determinada que permite formular una conclusión con el fin de conocer la problemática en nuestra sociedad. (Ander-Egg, 1982; pág. 66)

Finalmente esta investigación sigue el diseño de **ESTUDIO DE CASO**, que “es una herramienta de investigación fundamental en el área de las ciencias sociales, así como en la administración. Analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real. Es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría. Al utilizar este método, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos. (www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/.../estudiodeCaso.pdf)

Por lo que se tomó 6 casos que se siguieron en extensión y profundidad, a fin de conocer todas las conexiones posibles entre el fenómeno objeto de estudio y la vida de los sujetos.

EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS, de la presente investigación se realizó de manera CUALI – CUANTITATIVA

Es principalmente **CUALITATIVA**, porque “Es un procedimiento de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos

basados en principios teóricos tales como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan, se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos, como salas de clase, etc.”. (www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/.../estudiodeCaso.pdf)

La presente investigación busca explicar los factores psicológicos y familiares que están asociados a la anorexia, es decir indaga aspectos subjetivos de la historia individual y familiar utilizando una postura reflexiva a través de la entrevista en profundidad para explorar los diferentes aspectos del comportamiento anoréxico de la población.

CUANTITATIVA porque “La metodología cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística. (www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/.../estudiodeCaso.pdf)

Es decir que los factores psicológicos y familiares de la población se presentaron en diversos grados de intensidad y tuvieron un carácter numérico o cuantitativo, por lo que la información después de ser recopilada fue procesada en distintos cuadros referenciales y en diferentes gráficas.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población.

Se estableció como **POBLACIÓN** objeto de estudio a los jóvenes entre los 18 a 25 años de edad tanto del sexo femenino, como masculino que vivan en la Provincia Cercado departamento de Tarija que tienen anorexia.

Según investigaciones *realizadas* por la Universidad Católica San Pablo, publicado el 25 de abril del 2010 en el periódico “EL NACIONAL”, afirman que 6 de cada 1.000

jóvenes de sexo femenino, y 3 de cada 1.000 jóvenes de sexo masculino padecen el Trastorno de Conducta Alimenticia (TCA) en el departamento de Tarija.

4.3.2 Muestra

Por las características de la presente investigación, siendo la misma más de tipo cualitativo se tomó como muestra a 6 jóvenes, 1 hombre y 5 mujeres con anorexia, y para identificar que padecían de este trastorno, se les aplicó un cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR). La muestra se seleccionó en base a los criterios mencionados, siguiendo los procedimientos del muestreo *intencional*.

Intencional, porque para seleccionar la muestra se procedió de la siguiente manera:

- 1) Nos basamos en datos proporcionados por la nutricionista del hospital San Juan de Dios de la ciudad de Tarija sobre personas que fueron diagnosticadas con anorexia.
- 2) Se les aplicó el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR), para seleccionar a las personas que presentaban riesgo en sus conductas alimentarias, ya que el mismo evalúa la presencia de un excesivo miedo a engordar, la insatisfacción con el cuerpo y la tendencia a tener atracones incontrolables de comida.
- 3) Después de un mayor acercamiento con la muestra, verificamos que tuvieran un IMC (índice de masa corporal) menor al normal y/o esperado.
- 4) Finalmente para constatar que las personas pertenecían a la muestra, se tomó en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV los que consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.

4.4. Métodos, Técnicas e instrumentos

4.4.1 Métodos

En el desarrollo de la investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- Métodos teóricos: El análisis y la síntesis que se utilizaron principalmente en la construcción del marco teórico y en la interpretación de los datos, aunque están presentes en todos los momentos de la investigación.
- Métodos empíricos: La entrevista en profundidad y test psicológicos, que se emplearon en la recogida de datos y que permitieron la intervención, registro, medición, análisis, e interpretación en el proceso de investigación.
- Métodos estadísticos: Que fueron utilizados para realizar el análisis de los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación de los distintos instrumentos.

4.4.2 Técnicas

Así mismo para lograr resultados objetivos dentro de la investigación utilizamos distintas técnicas tales como los inventarios, test proyectivos y la entrevista en profundidad.

4.4.3 Instrumentos

Para la realización de la presente investigación se utilizó como instrumento primordial la entrevista en profundidad en la cual se indagaron aspectos de la historia personal y familiar de la población, aspectos sobre su autoestima, depresión, ansiedad, rasgos de personalidad y sobre su familia, con la finalidad de poder corroborar los datos obtenidos en los test proyectivos y en los inventarios, y al mismo tiempo poder hacer un análisis más profundo sobre los elementos que se consideraron objeto de estudio de la población

Además de la entrevista se utilizaron inventarios y test proyectivos, los mismos que se muestran a continuación:

1. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR).- Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994).

Consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0 nunca o casi nunca, 1 algunas veces, 2 con frecuencia dos veces a la semana, 3 muy frecuentemente más de dos veces en una semana).

La calificación e interpretación se la realiza mediante una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA.

2. Inventario de autoestima 35 B.- El cuestionario del 35 B es un instrumento del método MIA (Método para Incrementar la Autoestima), que está basado en aportaciones de Alcántara en el año 1990. Es un instrumento que mide el nivel de la autoestima de los sujetos y da como resultado un puntaje específico.

El cuestionario consta de 50 ítems a lo que los sujetos responden a cuatro alternativas con un rango de 0 a 3.

- **0 = Es falso**
- **1 = Es algo cierto**
- **2 = Creo que es cierto**
- **3 = Estoy convencido que es cierto**

Para obtener el indicador de la autoestima:

- **Óptimo (61-75)**
- **Excelente (46-60)**
- **Muy buena (31-45)**
- **Buena (16-30)**

- **Regular (0-15)**
- **Baja (-1...-15)**
- **Deficiente (-16...-30)**
- **Muy baja (-31...-45)**
- **Extrema (-46...-60)**
- **Nula (-61...-75)**

Se procedió a la sumatoria de los resultados obtenidos de manera individual de todos los ítems con números pares. De este total se resta la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números impares.

El resultado que se obtiene de esta operación representa la escala, pudiendo ser, por ejemplo de 61-75, que representa un nivel de autoestima óptimo, y así sucesivamente.

El inventario se ajusta a la definición de autoestima como actitud, ya que mide actitudes hacia uno mismo. Las respuestas se dan en función a cuán verdadero o falso es un criterio para la persona, si se siente en acuerdo o en desacuerdo.

Esta forma de medición se considera más beneficiosa y válida que aquella puramente verbal, porque el factor social de temor a la crítica y al auto descubrimiento recaen con mayor evidencia que en el caso de las respuestas privadas y escritas.

3. Inventario de Ansiedad de Enrique Rojas.- Esta prueba psicológica se utilizó con la finalidad de establecer el nivel de **ansiedad** de los jóvenes con anorexia tomando en cuenta sus síntomas psicológicos, de conducta, físicos, intelectuales y asertivos. Constando de 100 interrogantes las cuales se subdividen en 20 preguntas y con las mismas se puede saber a qué tipo de síntoma pertenecen, otra de las características es que se puede valorar la intensidad (del 1 al 4 en caso de que la respuesta sea sí) con la que se puntúa la respuesta. Sobre las categorías hay una escala de puntuación que es la siguiente:

- **Banda Normal (0-20)**

- **Ansiedad Ligera (21-30)**
- **Ansiedad Moderada (31-40)**
- **Ansiedad Grave (41-50)**
- **Ansiedad Muy Grave (50 o más)**

4. Inventario de depresión de Beck.- El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y Cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida. En 1979 Beck y Cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991).

En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, Beck Depresión Inventory–II o BDI-II. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Es un instrumento que nos servirá para determinar el grado de depresión. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad y severidad son los siguientes:

- 0-10 No existe
- 11-20 Ligera
- 21-30 Moderada
- 31-40 Muy alta
- Más de 41 Extrema

5. Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber.- Este inventario consta de 187 ítems, en los cuales se examinan los 16 factores bipolares que tienen que ver con la personalidad.

Los 16 factores que forman parte del inventario son los siguientes:

- **Factor A** (Sizotimia-Afectotimia); 10 preguntas
- **Factor B** (Inteligencia baja-Inteligencia alta); 13 preguntas
- **Factor C** (Poco fuerza del Yo-Mucha fuerza del yo); 13 preguntas
- **Factor E** (Sumisión-Dominancia); 13 preguntas
- **Factor F** (Desurgencia-Surgencia); 13 preguntas
- **Factor G** (Poca fuerza del súper yo-Mucha fuerza del súper yo); 10 preguntas
- **Factor H** (Timidez-Audacia); 13 preguntas
- **Factor I** (Dureza-Ternura); 10 preguntas
- **Factor L** (Confiable-Suspica; 10 preguntas
- **Factor M** (Practicidad-Imaginatividad); 13 preguntas
- **Factor N** (Sencillez-Astucia); 10 preguntas
- **Factor O** (Seguridad-Inseguridad); 13 preguntas
- **Factor Q1** (Conservadurismo-Radicalismo); 10 preguntas
- **Factor Q2** (Adhesión al grupo-Autosuficiencia); 10 preguntas
- **Factor Q3** (Baja integración-Mucho control); 10 preguntas
- **Factor Q4** (Poca tensión-Mucha tensión); 13 preguntas

6.- Entrevista en profundidad. (Guía de entrevista)

Para entrevistar a los jóvenes con anorexia se tomaron en cuenta los siguientes tópicos de indagación.

- Datos personales
- Características físicas (peso y talla).
- Funcionalidad de la familia (relacionamiento entre los padres, comunicación, manifestaciones de afecto, roles, normas, etc.)
- Historia del síntoma o enfermedad (inicio, manifestación, aspectos psicológicos, familiares y sociales que incidieron, etc.)
- La familia y el síntoma.

7.- Test de la figura humana de Karen Machover.- Es un test gráfico que consiste en la realización de un dibujo de la figura humana, este dibujo permite analizar especialmente aspectos de la personalidad en relación a su auto concepto, a su imagen corporal y su estado emocional actual.

Cada vez que un sujeto grafica a una persona esta haciendo una proyección de su propio yo, en el que confluyen:

- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas.
- Imágenes de estereotipo social y cultural que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.
- Aceptación o no de su etapa vital.
- Identificación y asunción del propio sexo.
- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.

8.- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.

Es una prueba proyectiva, ya que el sujeto se manifiesta en su acción. De este modo impregna el dibujo con su propio estilo, forma de percibir su esquema corporal, en síntesis deja la huella de su vida interior.

En la interpretación del dibujo buscamos obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador.

Resulta muy útil su comparación con el dibujo de la persona (Machover), en el mismo individuo, ya que en éste falta dicho elemento estresante; esto nos permite comparar sus defensas frente a situaciones relajadas o de tensión.

9.- Cuestionario de Funcionalidad Familiar de Dolores De La Cuesta Freijomil.

Instrumento constituido por el master en psicología de la salud, *Dolores De La Cuesta Freijomil en el año 1994*, nos permitió evaluar cuantitativamente la funcionalidad familiar, basado en elementos objetivos y evidentes entre las relaciones de sus miembros, cuyas variables de medición son: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consta de 14 preguntas, su respectiva valoración corresponde a una escala de categorías que se ordenan de la siguiente manera: familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional.

4.5 Procedimiento

En el presente trabajo de investigación se ejecutaron los siguientes pasos:

1.- Revisión bibliográfica. En esta etapa se procedió a buscar información teórica, tanto de libros como de páginas web que puedan sustentar la investigación.

2.- Elección y preparación de los instrumentos. Donde se recabó la información necesaria e imprescindible sobre los diferentes instrumentos que se utilizaron en el transcurso de la investigación.

3.- Prueba piloto. En la que se realizó la aplicación de los instrumentos. Mediante la prueba piloto, se evaluó si los instrumentos respondían a los objetivos planteados, es decir se pretendió verificar que dichos instrumentos estén relacionados y acordes al tema que se abordó para obtener datos confiables que ayuden a la investigación.

4.- Selección de la muestra. Para la realización de la investigación, la muestra fue elegida por datos obtenidos de la nutricionista del hospital San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, seguidamente se les aplicó el cuestionario de conductas alimenticias de riesgo (CAR) y finalmente se siguieron los criterios diagnósticos del DSM-IV, a través de los procedimientos del muestreo *intencional*.

5.- Recojo y sistematización de los datos. En ésta fase se aplicaron los instrumentos, con el objetivo de recoger todos los resultados sobre la muestra elegida para la presente investigación. Luego se procedió a la elaboración sistemática de cuadros y gráficas para el procesamiento de datos.

6.- Análisis e interpretación de los datos. En esta fase se procedió a realizar el análisis e interpretación correspondiente de los datos obtenidos en el transcurso de la investigación, en los cuales se realizaron la confrontación de datos entre sí, procurando encontrar información significativa que diera validez al presente trabajo.

6.- Elaboración del informe final.- En este apartado se efectuó la elaboración de toda la información que se recopiló en el proceso de investigación, la cual es transmitido a través de la elaboración del presente documento, donde se plasmaron todos los pasos realizados.

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis y la interpretación de los resultados, es una de las etapas más importantes de todo un proceso de investigación cuando se abordan exhaustivamente determinadas temáticas.

Por tanto en este capítulo se fundamentan los estudios de casos realizados a cinco mujeres y un varón que presentan anorexia, y los factores psicológicos y familiares asociados al mismo; los resultados se encuentran estructurados de acuerdo a los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación.

Primero se realiza el análisis e interpretación de los resultados de manera individual de cada uno de los sujetos de la muestra, en función a los objetivos planteados.

Seguidamente se muestra un análisis e interpretación grupal de los seis casos con sus respectivos cuadros y gráficas en función a los cinco objetivos planteados.

Y finalmente se procede a realizar un análisis de las hipótesis, dando respuesta a las mismas, fundamentando su rechazo o aceptación.

5.1. RESULTADOS

CASO N° 1

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: H.R.

SEXO: Masculino

EDAD: 21 años

FECHA DE NACIMIENTO: 27 de julio de 1990

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Universitario

II. DESCRIPCIÓN GENERAL

H.R. Es un joven de 21 años de nacionalidad Argentina, actualmente vive solo en la ciudad de Tarija cursando sus estudios superiores en una universidad privada.

Desde que era muy pequeño sus padres le dejaban al cuidado de sus abuelos y/o tíos debido a razones laborales. H.R. refiere que en los momentos en que convivía con sus padres, el clima familiar era muy tenso y conflictivo, debido a que su padre adoptaba una conducta agresiva, maltratando física y verbalmente a la madre y a H.R.

Las relaciones afectivas solo las podía mantener con la madre quien a pesar de tener una postura más pasiva era la única con quien podía mantener cierta comunicación.

Sus relaciones sociales fueron escasas, la mayor parte del tiempo prefería estar solo, y generalmente sus amistades eran del sexo femenino.

Desde los 13 años de edad presentó problemas de alimentación, a un inicio aumentó considerablemente de peso (100 kilos), ingresando a un cuadro bulímico durante aproximadamente 6 meses y finalmente ser diagnosticado con anorexia de tipo purgativa, actualmente se encuentra en proceso de recuperación, sin embargo aun persisten en él síntomas de anorexia; afirma que cuando ingresa en cuadros depresivos o estados ansiosos, deja de comer durante una semana o dos, y/o caso contrario tiene atracones que no puede controlar.

Síntomas actuales que presenta H.R. según las etapas de la anorexia

✓ 1º Etapa: Aceptación acrítica del sobrepeso

- H.R. da por hecho que esta gordo y que debe bajar de peso con urgencia.
- Dos días a la semana se abstiene de ingerir alimentos en su totalidad y únicamente bebe bastante agua.
- Se estableció un peso máximo del cual no se permite exceder.
- Tres días a la semana realiza ejercicios rigurosos.
- Conoce las calorías de cada alimento y lleva un registro de todo lo que come.
- Diariamente toma laxantes para adelgazar y también opta por el vómito cada vez que tiene atracones, el joven refiere que esto se da en momentos en los que se siente ansioso donde come todo lo que puede.

✓ 2º Etapa: Pensamiento obsesivo compulsivo

- H.R. no puede alejar de su mente ideas insanas sobre su alimentación, calorías y peso, es decir se preocupa demasiado por la comida que ingiere cada día, si bien ya está consciente sobre su trastorno y sabe que no debe bajar demasiado de peso, tampoco se permite subir ni un kilo más de su peso mínimo permitido según su estatura; afirma que intenta estudiar para no pensar en su peso y en el temor que siente si es que llegaría a engordar, a veces le funciona pero la mayor parte del día no puede evitarlo.
- Si bien le gusta la comida, sobre todo la comida rápida, cree también que es mala y argumenta que le hace daño y que es la responsable de su mala salud.
- A pesar de estar delgado se percibe gordo
- Cuando va a la universidad o cuando asiste a reuniones sociales y algún amigo no le habla “bien” cree que es porque están notando que está

subiendo de peso o si observa a las personas conversando da por hecho que le están criticando por estar gordo, por tanto inicia con su ayuno semanal.

- Respecto a la comida, tiene un ritual especial para antes de comer: separa todos los alimentos y primero come solo el pan, después solo la ensalada, y finalmente la carne, para esto corta los alimentos en trozos pequeños y mastica varias veces.
- En los momentos en los que no puede controlar sus pensamientos respecto a la comida se siente muy irritado y se aísla de su entorno, en ocasiones no asiste a la universidad.
- Sufre de constantes insomnios, tiene palpitaciones, náuseas, pesadillas y durante temporadas come excesivamente rápido y sin apetito.

3º Etapa: disformismo perceptual

Esta última etapa es la más crítica y peligrosa, tiene que ver con el deterioro físico a causa de la mala nutrición; H.R. fue diagnosticado con anorexia hace aproximadamente seis años precisamente porque presentaba los síntomas que se encuentran dentro de esta etapa, recibió tratamiento en Argentina siendo intervenido por un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras y si bien actualmente ya no presenta un deterioro físico agudo aún persisten en él conductas anoréxicas las mismas que se encuentran entre la primera y segunda etapa.

III. TÉCNICA E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Inventario de autoestima 35 B
- Inventario de ansiedad de Enrique Rojas
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber
- Test de la figura humana de Karen Machover

- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.
- Cuestionario de funcionalidad familiar de Dolores De La Cuesta Freijomil
- Entrevista en profundidad.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1 AUTOESTIMA

H.R. obtuvo una evaluación de autoestima de tipo regular (13 puntos), es decir que la autocrítica de juicios de valor que hace de sí mismo no se encuentra bien consolidada, debido a que en sus sentimientos de autosatisfacción y auto evaluación, no existe una relación fluida entre lo que aspira como ideal y lo que es en realidad, por lo que, va generando cierto rechazo de sí mismo, debido a la insatisfacción que atraviesa, por lo que asevera que: *“Mm cuando comencé a engordar y quede obeso, todo se fue por la basura, mis amigos se alejaron, por otro lado no me sentía bien conmigo mismo, me miraba en el espejo y me decía „, quien te quiere así?.. Nadie, eres un asco...”*

Pese a que diferentes psicólogos trabajaron con el joven con respecto a su autoestima, los diferentes cambios corporales que tuvo, en ocasiones no pudieron ser integrados a su imagen corporal, la imagen corporal interna que se tiene del propio cuerpo; ya que en ella se sustenta o expresa la autoestima.

Así mismo el hecho de tener una autoestima de tipo regular indica una falta de estabilidad consigo mismo, esta falta de estabilidad se observa a través de la poca tolerancia que tiene frente a las diferencias o desviaciones que su esquema corporal pueda presentar en relación con los patrones culturalmente aceptables. Esta dificultad emocional se asocia a la de ejercer un rol sexual esperado. Todo esto se puede corroborar con el test de la figura humana cuando en diferentes ítems el joven puntúa problemas con su virilidad, conflictos onanísticos y afeminamiento.

4.2 ANSIEDAD

Presenta un nivel de ansiedad normal (14 puntos), se dice que este nivel de ansiedad no tiene gran significación, ya que es lo aceptable, sin embargo la ansiedad normal se caracteriza por ser una sensación de aprehensión difusa, indiferenciada y generalizada

ante una determinada demanda vaga u originada por algún conflicto, en este caso específico la anorexia; por lo cual la ansiedad puede mostrarse como proceso adaptativo, debido a que la consecuencia va a ser un estado de hipervigilancia en la persona, que le ayudaría a enfrentar situaciones de riesgo y peligrosidad.

H.R. en este nivel de ansiedad, si bien se encuentra en niveles normales, aun así suele sentirse inquieto y presentar síntomas corporales como taquicardia, náuseas y vómitos, pesadillas, momentos en los que come excesivamente rápido e incluso sin apetito, se muerde las uñas, entre otros; pero la ansiedad normal tiene desventajas ya que su sensación difusa puede convertirse en periodos de tensión.

Sin embargo podemos afirmar que la ansiedad es un síntoma fluctuante, donde puede existir momentos en los que la persona pasa de tener episodios ansiosos a estar más tranquilo, por lo que H.R. al estar en un proceso de recuperación puede llegar a sentir cierta seguridad y serenidad, sin embargo como aun padece de anorexia pasa nuevamente a tener un auto concepto negativo sintiéndose gordo y opta por iniciar con sus distintos métodos para bajar de peso y es precisamente en esos momentos en los que sus síntomas ansiosos se acentúan; esto se puede evidenciar cuando después de dos semanas de haberle aplicado el cuestionario de rojas se le aplicó el test de la persona bajo la lluvia el cual nos arroja datos en los que presentaba una mayor ansiedad, como en el ítem de **repaso de líneas** que indica *un alto monto de ansiedad* lo que puede estar relacionado al hecho de sentirse presionado por tener que bajar de peso, observándose en el ítem de **nubes** el mismo que significa *presión*.

4.3 DEPRESIÓN

H.R. se ubica en un estado depresivo ligero (13 puntos), que se caracteriza por presentar estados de tristeza, que con el transcurso del tiempo pueden convertirse en un estado de ánimo normal como la alegría, sin embargo afirma haber atravesado momentos mas difíciles en los que manifiesta que: *“Obviamente como siempre el silencio era lo que me acompañaba no hablaba con nadie ni permitía que nadie entrara a ese tema... Estaba tan desanimado que lo único que quería era meterme en*

mi habitación no comer y ya, esta mi vida se abarcaba a estar solo en mi habitación...

Comienza a interpretar la realidad de forma negativa, asociando sus actividades cotidianas con el hecho de “estar gordo”. Comienzan a surgir ideas derrotistas como por ejemplo “nunca voy a adelgazar”, “no sirvo para nada”, generando sentimientos de culpa, comportamientos obsesivos, el pensamiento sigue un curso lento y monacorde, la memoria se debilita y la distracción se va tornando frecuente dificultándole la facilidad de focalizar su pensamiento en determinados aspectos, por lo que afirma: *Para ser sincero no me encuentro bien ahora pero no se lo puedo decir a mi madre no puedo, necesita verme bien y no quiero decepcionarla jaja no sé ahh es muy duro...*”

4.4 RASGOS DE PERSONALIDAD

A través de los datos obtenidos con la aplicación del inventario del 16PF, se puede establecer que H.R. presenta los siguientes rasgos de personalidad.

NIVELES BAJOS

SIZOTIMIA (factor A)

Lo que revela que H.R. posee rasgos de personalidad como reservado, crítico, alejado y frío; es decir la ausencia de emoción viva, suele atravesar diversas etapas desde la perplejidad, el escepticismo y miedo, lo que se puede constatar en la entrevista cuando manifiesta: *“Pensé que esto no me iba a afectar nunca porque era una enfermedad de chicas, pero me pasó... Llegué a comer poco...haciendo mucho ejercicio caminando mucho, no yendo al cole y bueno ahora a veces a la universidad para no enfrentarme a las personas...”*.

Tiene una ligera recuperación, donde vuelve a comer con “normalidad”, seguido del temor de estar subiendo nuevamente de peso; si los esfuerzos por adelgazar fracasan, aparece la irritabilidad, y se va tornando frío por lo que va realizando sus actividades de manera solitaria.

BAJA INTEGRACIÓN (factor Q3)

H.R. se encuentra en una fase autoconflictiva y/o en un estado defensivo paranoico debido a la ansiedad, inseguridad, alta tensión, ocasionando que en determinado momento el joven sólo vaya enfocándose en sus propias necesidades, y a las diferentes acciones a las que recurre para cubrir sus hábitos alimenticios, lo que se puede evidenciar cuando afirma: *“Hay temporadas más o menos una vez al mes o incluso una vez por semana en que todo el día es una preocupación por que voy a comer como voy a comer cuanto voy a comer donde voy a vomitar...”*

H.R. carece de la capacidad de autocontrol, es explosivo y poco cuidadoso con las reglas sociales. Tiene un carácter disparejo existen momentos en los que aparentemente parece ser estable emocionalmente, sale con sus amigos, asiste a reuniones sociales, pero repentinamente siente preocupación por su alimentación y se torna irritable y tensionado, porque cree que las personas critican su peso y notan que esta gordo, y es en ese preciso momento en el que decide aislarse nuevamente de su entorno. Estas características pueden ser corroboradas con el test de la persona bajo la lluvia en el ítem ***ojos muy marcados*** que significa precisamente *rasgos paranoides*, lo que se puede confirmar con el test de la figura humana donde puntúa en ítems como: ***ojos grandes*** que indica *sospecha paranoica* y ***ojos sombreados*** que significa *personalidad paranoide*. Es decir el hecho de que crea constantemente que las personas están al pendiente de él y de su imagen y que por ende eso le produzca irritabilidad y tensión ocasionando repentinos cambios de humor, esta conducta se puede confirmar con el test de la persona bajo la lluvia cuando en el ítem ***cuello corto*** puntúa *terquedad y mal humor*.

NIVELES ALTOS

TERNURA (factor I)

Este factor revela que H.R. presenta rasgos de personalidad blanda, busca atención y ayuda, se angustia demasiado, es idealista, es decir que es vulnerable ante cualquier tipo de acontecimiento dejándose influenciar fácilmente por sus sentimientos,

mostrando fragilidad ante todo tipo de problemas presentando síntomas depresivos como: llanto, tristeza, pánico, auto culpabilidad y sentimientos de inferioridad, demandando la atención y ayuda de los demás miembros de su familia. Esto se confirma cuando H.R. afirma: *“Yo recuerdo que cuando comencé a subir de peso y llegué a ser obeso, en el colegio todos se burlaban de mi y todos mis amigos se alejaron o no sé tal vez yo me alejé, pero el tema es que me rechazaban y a mi eso me dolía mucho...el saber que no me querían me dolía era muy difícil...”*.

El hecho de que tenga un rasgo de personalidad blanda hace que por ende sea vulnerable ante cualquier tipo de problemas y que esto le afecte emocionalmente, como por ejemplo las constantes peleas entre sus padres y la falta de afecto por parte de su padre, esto se puede observar en la entrevista cuando expresa: *“para qué iba a estar con él si la trataba re mal además ella nunca lo necesitó como te dije siempre salió adelante sola ella era y es bien trabajadora, aunque no sé quizás también me hubiera dado pena que no estén, aunque tal vez no se hubiera notado porque de todos modos nunca paraban mucho tiempo juntos, era él por su lado con sus cosas trabajando y no sé qué más y ella también trabajando mucho por su lado los dos casi todo el tiempo separados así que por ahí daba lo mismo que estén o no aunque por un lado si se hubieran separado mi padre ya no le hubiese pegado tanto a mi madre”*.

Por tanto los problemas familiares por los que atravesó le afectaron de tal manera que el joven quiso compensar ese sufrimiento con su dieta alimentaria, es decir que el hecho de no comer para adelgazar de alguna manera era un modo de tapar sus problemas, un modo de evitar enfrentarse a sus verdaderos conflictos.

Ana Bonsignore y otros (1996; pág.70) sostuvo que “Por alguna razón los sucesos familiares y sociales siempre están acompañados por una comida. La persona que va a ser alimentada no solo tiene receptores de sustancias neurotransmisoras. Tiene receptores de sentidos, de intenciones y de historias suyas y ajenas, secretos que impiden o posibilitan recibir alimentos”.

INSEGURIDAD (factor O)

Puntuar en este factor indica a una persona agobiada, inquieta, ansiosa, preocupada e insegura, por tanto H.R. presenta síntomas depresivos, cuando se encuentra en estas situaciones tiende a evitar a la gente y generalmente vive preocupado de los cambios de su estado de ánimo y sobre todo de dejar de comer durante días; así mismo esto le provoca cierta ansiedad y gran culpabilidad de no tener el suficiente autocontrol sobre su propio cuerpo y sus hábitos alimenticios, esto se puede corroborar mediante la entrevista donde dice: *“Me asusta todo lo que esta sucediendo no puedo controlar mis pensamientos sé muy bien lo que tengo que hacer pero es muy difícil tengo cambios de humor puedo estar muy deprimido y minutos después todo bien como si nada...tengo miedo no quiero recaer de nuevo pero sé que estoy en eso de nuevo...”*

H.R. es un joven que durante mucho tiempo ha centrado sus esfuerzos en bajar de peso para “verse bien” y de esta manera ser aceptado en su medio, ha centralizado sus inseguridades su baja autoestima y sus miedos en su cuerpo, adoptando conductas alimentarias que lo dañaron lentamente.

El umbral de su enfermedad está en su mente, existe una insatisfacción y una preocupación exagerada respecto a su cuerpo, H.R. cree que si sube de peso, será rechazado nuevamente, la percepción y evaluación que hace sobre sí mismo muestra una clara distorsión sobre su imagen corporal.

MUCHA TENSION (factor Q4)

Este factor revela rasgos de personalidad como sobre excitación, irritabilidad, frustración, impaciencia e inestabilidad, por tanto. Estar delgado, es significativo para que H.R. logre una adecuada interrelación con su entorno proporcionándole un estatus, pero el pasar la mayor parte del tiempo en lograr esa imagen deseada que no es satisfecha le provoca una gran frustración y un gran foco de tensión actuando en ocasiones de manera sobre excitada e irritable, lo que se confirma cuando expresa que: *“Ya no quería estar con nadie ni con mis primos y mucho menos con mi papá o mi mamá, sentía que me asfixiaban, estaba siempre de mal humor con ellos, les*

contestaba, peleábamos, si antes no nos llevábamos bien, pues peor después.... Y aun todavía hay ocasiones en las que no soporto a nadie, ni a mi mismo me agunto, no sé porque...”

El hecho de que el joven no logre satisfacer su deseo de adelgazar hace que se encuentre ante un estado de vacío o de anhelo insaciado y que por ende utilice estrategias de afrontamiento fallidas o malsanas acompañadas de gran irritabilidad, lo que conlleva a que tenga enfrentamientos con las personas que lo rodean, como su familia y amigos.

4.5. INDICADORES AFECTIVO EMOCIONALES

Según los test proyectivos que se le aplicaron al joven podemos afirmar que atraviesa por estados afectivo-emocionales tales como: **ansiedad**, la misma que se evidencia en el ítem *de repaso de líneas*, lo que puede deberse al hecho de sentir gran **presión** por tener que bajar de peso para ser aceptado por sus amigos; presión que se exterioriza en los ítems *de nubes y lluvia torrencial*. Por tanto al sentirse frustrado por no lograr su principal objetivo que es adelgazar para sentirse seguro y aceptado, adopta una conducta agresiva hacia las personas que lo rodean, los cambios drásticos de su estado emocional provocan que sienta **mal humor** (ítem *de cuello corto*) y se irrite fácilmente con sus compañeros de la universidad, dicha **agresión** se observa en los ítems *de cejas muy marcadas y obscurecimiento de rasgos faciales*. Lo expuesto se puede corroborar con la entrevista cuando afirma: “No sé si me entiendas pero es que como ya te dije ni yo me entiendo no sé qué me pasa pero hay momentos en los que no agunto a nadie ni a mí mismo, mis compañeros me desesperan son tan... tontos que me hierva la sangre no me puedo controlar quisiera perderlos de uno a veces me agunto la furia y me callo pero a veces no puedo por eso también prefiero no salir con ellos...cuando estoy solo estoy mejor mm... no se más tranquilo creo...”

4.6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Según el cuestionario de funcionalidad familiar que se le aplicó al joven, podemos afirmar que proviene de una familia severamente disfuncional (23 puntos), esta

puntuación se puede constatar porque H.R. desde muy niño la mayor parte del tiempo estaba solo, no recibió el afecto y cariño del padre, mas por el contrario sufrió serias agresiones por parte de él, las reglas y normas dentro de su familia no estaban bien establecidas, y la jerarquía en relación padre – madre era vertical, lo que no favorecía a un adecuado funcionamiento de la familia.

Por esta razón el joven describía la relación que tenía con su padre de esta manera: *“Siempre he sentido tristeza por no ser lo que mi padre me decía que fuera, para el ser gordo era motivo de vergüenza...”*

El padre además de ser violento con H.R. era bastante agresivo con su esposa, la golpeaba constantemente, y en algunas ocasiones las peleas que se suscitaban entre la pareja, el hijo las presenciaba, por lo que durante la entrevista comentó: *“yo veía como peleaban desde que tengo uso de razón sabes siempre le pegaba y como yo era bien chico no podía hacer nada o cuando llegaba de la calle o del colegio mi mamá estaba llorando todo golpeada con el ojo verde o que sé yo, pero eso fue hasta que yo crecí no se cuantos años tenía pero ya estaba de buen tamaño estaba entrando o ya entre no sé... a la adolescencia y pasaba clases de karate entonces sabía pelear, y bueno un día llegue a mi casa y justo ese rato mi papá a le estaba pegando a mi madre y yo dentro mio dije “no más” comencé a sentir que mi cuerpo me ardía me dio mucha rabia sabes... me quedé un rato paralizado pero tome fuerzas y fui donde estaba mi papá y le di un buen puñete que lo volteeé al piso, en serio le pegué jajaja...”*

Todos estos aspectos dentro de la relación familiar que H.R. tuvo con sus padres estuvieron muy ligados a su trastorno alimenticio, lo que puede ser corroborado por Marcelo Bregua coordinador general del centro ALUBA (2005) quien afirma que: *“El tema central del sujeto con el trastorno alimenticio es ese vacío interior que intenta llenar con una figura que nunca alcanza para darse cuenta que no es un vacío de objetos, si no que es un vacío de afecto. La comida y el cuerpo es el eje central de su discurso pero que sucede en el seno familiar detrás de todo esto hay una familia disfuncional...”*

Durante la entrevista H.R. afirma: *“Cuando estaba en tratamiento he aprendido que la distorsión es llenarte o engordarte de todos los problemas, prefieres ver un cuerpo gordo o preocuparte porque estas muy gordo y quieres bajar de peso que preocuparte por problemas que realmente te duelen entonces en ese momento te empiezas a fijar mucho en tu cuerpo y obviamente el resultado es que te vas a ver mal para concentrarte en el problema de tu cuerpo y no ver otras cosas que duelen...”*.

V. CONCLUSIONES

Después de haber recabado toda la información pertinente sobre H.R. podemos concluir que su nivel de autoestima es regular, presenta una ansiedad de tipo normal, y atraviesa por estados depresivos ligeros que no le permiten desempeñar sus actividades cotidianas de manera adecuada. Sin embargo como el estado de ansiedad es fluctuante, pudimos verificar a través de las técnicas proyectivas que se le aplicaron en otro momento, que exteriorizaba estados afectivo-emocionales ansiosos, como también presión y agresividad.

De la misma manera posee rasgos de personalidad, como sizotimia, donde opta por aislarse de su entorno social y refugiarse en su propia soledad, baja integración, ternura, inseguridad, y mucha tensión.

Todos estos aspectos tienen que ver con la insatisfacción que tiene de su propio cuerpo y el rechazo que tiene sobre si, lo que se halla íntimamente relacionado con los problemas familiares por los que atravesó a lo largo de su vida y sobre todo por la falta de cariño por parte de su padre, es decir que la inadecuada cohesión y comunicación, la falta de armonía y afectividad, los roles y reglas no delimitadas (familia severamente disfuncional), se relacionan con su problema alimenticio.

CASO N° 2

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: C.M.

SEXO: femenino

EDAD: 18 años

FECHA DE NACIMIENTO: 19 de junio de 1994

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Universitaria

II. DESCRIPCION GENERAL

C.M. es una joven de 18 años, vive en la ciudad de Tarija y estudia en la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho.

Cuando C.M. tenía 9 años sus padres se separaron, desde entonces vive con su madre y con sus dos hermanos, sin embargo durante los fines de semana el padre se integra nuevamente a la familia con un hijo que tuvo fuera del matrimonio.

Las relaciones familiares no están bien consolidadas, no mantienen una buena comunicación, su madre adopta una conducta sobreprotectora y rígida en sus normas, mientras que el padre si bien suele mostrar un mayor afecto hacia ella, con sus hermanos suele ser protervo.

Sus relaciones sociales fueron escasas, no pudieron consolidarse porque prefería pasar el tiempo sola, afirma que en varias ocasiones tuvo que recurrir a psicólogos, por presentar estados depresivos frecuentes, en los que en dos ocasiones intentó suicidarse.

La joven afirma que desde niña se preocupaba por no comer mucho ni engordar, esto porque el padre constantemente le transmitía mensajes negativos del sobrepeso. Cuando ingresó a la etapa de la adolescencia esta preocupación se incrementó considerablemente, a tal punto de tener una percepción distorsionada de su imagen corporal, es decir ella cree que esta gorda, por esta razón realiza dietas rigurosas.

Síntomas actuales que presenta C.M. según las etapas de la anorexia

✓ 1º Etapa: Aceptación acrítica del sobrepeso

- C.M. da por hecho que esta gorda y que debe bajar de peso.
- Por las mañanas bebe sólo agua, en el almuerzo sólo come un poco de sopa y en las tardes come fruta y bebe agua.
- Se fija metas sobre su peso y se propone cumplirlas.
- Los alimentos que tienen calorías y grasas los dejó de ingerir en su gran mayoría.
- Va al gimnasio tres veces por día, además de que todos los días camina bastante, va a la universidad a pie y retorna a su casa de igual manera.
- Bebe al día mínimamente tres litros de agua.
- Lee varios libros sobre trastornos alimenticios y está suscrita en una página web llamada Ana y Mía con la finalidad de conocer más “tips” para adelgazar.
- Conoce las calorías de cada alimento y lleva un registro de todo lo que come.
- Toma diuréticos y en ocasiones cuando no puede “despistar” a su mamá y le presiona para comer doble ración opta por vomitar.

✓ 2º Etapa: Pensamiento obsesivo compulsivo

- La percepción y la autoevaluación que C.M. hace respecto a su imagen corporal, muestra una clara distorsión, la joven cree tener sobrepeso, lo que le produce gran preocupación y no le permite desempeñar sus actividades cotidianas de manera adecuada.
- Cree que la comida es mala porque engorda y sobretodo porque daña su organismo y argumenta que es la principal responsable de las enfermedades en las personas.

- Cuando su mamá o sus amigas le dicen que esta delgada ella argumenta que es delgada de constitución por parte de su padre, pero que aún así heredó algo de su madre porque tiene las caderas muy anchas y los” horribles rollitos”.
- Prefiere quedarse la mayor parte del tiempo en su casa porque si sale a lugares donde hay personas tiene la creencia de que le criticaran al ver sus anchas caderas y sus “rollitos”.
- Corta la comida en trozos pequeños para después masticar por periodos prolongados.
- Afirma que ya no frecuenta a sus amigos(as) porque se reúnen para comer o para tomar y como las bebidas alcohólicas también engordan prefiere estar sola.
- Cuando se mira en el espejo se percibe gorda y eso la irrita bastante.
- Durante el almuerzo cuando su mamá le ofrece doble ración ella acepta o se ofrece a servirse sola y espera a que su mamá no la vea para devolver la comida a la olla.
- Cuando no puede evadir a su mamá con respecto a la comida y ella le obliga a comer, refiere que siente gran culpabilidad y que se auto desprecia creyendo que engordará y que ningún muchacho querrá estar con ella.
- Tiene mareos y durante el día tiene bastante sueño
- Cuando se siente obligada por su mamá a comer se provoca el vómito
- Tiene insomnios.

✓ **3° Etapa: disformismo perceptual**

- A pesar de estar delgada ella se percibe gorda y se desprecia a sí misma.
- Tiene anemia.

- Su cabello se le cae y sus uñas son quebradizas.
- Tiene problemas digestivos, sin embargo ella argumenta que es algo hereditario y que es preciso que coma mucha fruta y verduras, además evitar comidas grasas para ayudarse con su problema.
- Perdió el interés en sus relaciones sociales, prefiere pasar el tiempo sola en su cuarto durmiendo para no pensar que está gorda.
- Intento suicidarse dos veces
- Se corta diferentes partes de su cuerpo y se pica con agujas, al respecto refiere: “mm no sé es una sensación rara es como una especie de dolor mezclado de placer... no sé cómo explicarte o sea te duele pero al mismo tiempo se siente deli”.

III. TÉCNICA E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Inventario de autoestima 35 B
- Inventario de ansiedad de Enrique Rojas
- El Inventario de depresión de Beck
- Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.
- Cuestionario de funcionalidad familiar de Dolores de La Cuesta Freijomil
- Entrevista en profundidad.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1 AUTOESTIMA

C.M. obtuvo una evaluación de autoestima de nivel bajo (-9 puntos), lo que significa que no posee una adecuada auto valoración de sí misma, presenta una imagen

negativa de sí misma, generando un auto rechazo, no reconoce ni identifica sus propias potencialidades y debilidades, lo que se puede corroborar cuando menciona que: *“mmm... mírame estoy gorda, mira como me salen los rollitos y mis caderas ni hablar ves...y dime si los hombres no se fijan en una silueta perfecta para estar con una mujer, y yo no creo que de la talla...”*

La joven considera que una mujer para obtener ciertos logros debe tener un físico atractivo el que implica ser delgada, es decir que se juzga a si misma de acuerdo a los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su auto concepto, por lo que se puede inferir que intenta cumplir con el mandato del padre cuando le decía constantemente que para ser respetada y querida por un hombre debía cuidar su figura, por lo que ella pudo haber asociado este hecho con que su madre estaba gordita y que por esa razón su padre la había dejado para estar con mujeres más jóvenes y con una “buena figura”.

Por tanto este es un factor que se halla asociado al hecho de que su autoestima no esté bien consolidada siendo insegura de sí misma, juzgándose de manera negativa, lo que le impide que pueda identificar sus características y gustos propios, de tal manera que le faciliten desarrollar sus potencialidades para lograr su auto respeto.

4.2 ANSIEDAD

Presenta un nivel de ansiedad ligera (23 puntos), se puede percibir que de acuerdo a los resultados se da este nivel porque la joven presenta tensión con las primeras manifestaciones de síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, debido a la inestabilidad emocional, por la preocupación que tiene respecto a la comida, mostrándose como una persona insegura y preocupada que le genera temor hacia el sobrepeso.

C.M. suele sentirse intranquila y presenta vértigos, sensación de falta de aire, nudos en la garganta, le cuesta dormir por las noches, y sobre todo tiene momentos en los que come excesivamente rápido e incluso sin apetito, entre otros. En el momento de la entrevista afirma: *“ahh... a veces me siento muy inquieta no sé porque ves... de*

repente estoy muy inquieta y tengo que hacer algo y no sé qué... entonces a veces, no siempre, voy a la tienda y compro muchas cosas y como rápido hasta que no doy mas y luego pa no engordar vomito...”

4.3 DEPRESIÓN

C.M. se ubica en un estado depresivo ligero (12 puntos), lo que significa que presenta estados de tristeza y pesimismo, con expectativas de castigo, y episodios de llanto, y retiro social, sin embargo la joven afirma que estos estados tienden a agudizarse y tiene ideas suicidas, lo que se puede evidenciar cuando afirma que: *“ ehh... la verdad es que si en realidad dos veces he intentado quitarme la vida una o sea la mas jodida ha sido cuando tomé pastillas jaja... es que me sentía mal en serio ya no quería vivir...”*

Interpreta su realidad de manera negativa, se percibe a sí misma y al mundo de forma pesimista y se abruma fácilmente por los problemas que ocurren a su alrededor y opta por refugiarse en su soledad. Este abatimiento de mal humor está asociado a sus hábitos alimenticios y los recurrentes insomnios por los que atraviesa.

4.4 RASGOS DE PERSONALIDAD

A través de los datos obtenidos con la aplicación del inventario del 16PF, se puede establecer que C.M. presenta los siguientes rasgos de personalidad.

NIVELES BAJOS

SIZOTIMIA (factor A)

Lo que revela que C.M. posee rasgos de personalidad que la hace ser reservada, crítica, alejada y fría; es decir con ausencia de emoción viva. Es esta frialdad y distanciamiento lo que mas distingue a la persona sizotimica, lo que se puede constatar con la entrevista cuando manifiesta: *“la verdad prefiero estar sola...las amigas no son buenas siempre hablan mal de mi y duele, siempre terminan defraudándome así que no, ves prefiero estar sola..ahh prefiero ir al gimnasio, hacer mis cosas sola, es mejor estar sola, la paso mejor sola...”*

POCA FUERZA DEL YO (factor C)

Este factor indica que C.M. es emocionalmente inmadura e impulsiva, débil para tolerar las frustraciones es una joven voluble e inconsecuente, lo que genera la evasión de sus responsabilidades y obligaciones, esto se puede evidenciar cuando la joven afirma: *“una vez he discutido con mi mamá no me acuerdo de qué pero si me acuerdo que tenia mucha rabia y no dejaba de llorar entonces de repente se me prendió el foquito jaja y dije... me voy de aquí o sea me quito la vida mmm no se quería que mis papás escarmienten...”*. La inmadurez emocional por la que atraviesa la joven conlleva a que sus conductas sean incongruentes y no mida las consecuencias de las mismas, provoca que no pueda afrontar las dificultades que se le presentan de manera objetiva, por lo que opta llamar la atención de manera constante.

POCA FUERZA DEL SUPER YO (factor G)

Puntuar en este rasgo indica que C.M. presenta una personalidad con poca aceptación de normas convencionales por lo que tiene una tendencia a realizar acciones casuales que de acuerdo al tiempo transcurrido conllevan a la falta de atención de compromisos grupales, tornándose solitaria y aislada por temor al fracaso y a las críticas, esto se puede corroborar con la entrevista cuando manifiesta: *“noo... como te decía prefiero estar sola, no me gusta a veces dicen vamos a comer...o vamos a tomar y noo ves o sea no quiero prefiero estar sola...”*

TIMIDEZ (factor H)

C.M. es una persona cautelosa y susceptible, tratando de permanecer al margen de algunas actividades sociales, prefiere uno o dos amigos íntimos que estén atravesando por condiciones similares, de tal forma que se pueda sentir comprendida; generalmente las personas tímidas tienen sentimientos de inferioridad, lo que se relaciona con la forma en que la joven se ve a sí misma y en cómo cree ser vista por los demás, por lo que prefiere evitar las ocupaciones y contactos grupales debido a la posición en la que se encuentra; es por esto que manifiesta: *“antes quizá si me gustaba salir pero ahora ya no me da ganas, me siento incomoda, además para que?”*

*sales con amigas y es para que te estén criticando no más...tenía mi media naranja
jaja mi amiga ella tiene bulimia y la verdad me gusta estar con ella porque no sé...
es como que pensamos igual ves... por ej. Ella una vez me dijo: probá con esto y era
un nuevo método como para sentirte mejor ves entonces me enseñó a cortarme..."*

BAJA INTEGRACIÓN (factor Q3)

C.M. se encuentra en una fase autoconflictiva y/o en un estado defensivo paranoico debido a la ansiedad e inseguridad, ocasionado que en determinado momento la joven sólo vaya enfocándose en sus propias necesidades, y a las diferentes acciones a las que recurre para cubrir sus hábitos alimenticios, lo que se puede evidenciar cuando afirma: *"es que no puedo subir de peso yo ya tengo esa tendencia a engordar sobre todo en mis caderas ves... y si como más de lo que debo entonces súper engordo ves entonces tengo que ver bien qué como cuánto como y hacer ejercicios para quemar calorías nooo que horror el solo pensar en eso..."*

C.M. tiene inseguridad, y siente una gran preocupación respecto a su cuerpo, centra sus esfuerzos en controlar lo que come, el tiempo que ocupa en el gimnasio, centrando su propia vida en intentar controlar su peso, relegando actividades como el estudio, el trabajo, y la socialización en un segundo plano; esto se encuentra muy relacionado con los mensajes negativos que el padre repetidamente le transmite acerca del sobrepeso, lo que se confirma con la entrevista cuando comenta que: *"si mi papá me ve comer ya me dice: mm como que tenemos hambre no... o estas engordando deja de comer...ves entonces cada que puede me está diciendo cosas así o le critica a mi mamá porque dice que las mujeres se casan y se descuidan de su cuerpo y engordan y después se andan quejando que el marido las deja y blablablá y obvio eso lo dice por mi mamá..."*

NIVELES ALTOS

TERNURA (factor I)

Este factor revela que C.M. presenta rasgos de personalidad blanda, busca atención y ayuda, se angustia demasiado, es idealista, es decir que es vulnerable ante cualquier

tipo de acontecimiento dejándose influenciar fácilmente por sus sentimientos, mostrando fragilidad ante todo tipo de problemas presentando síntomas depresivos como: llanto, tristeza, pánico, auto culpabilidad y sentimientos de inferioridad, demandando la atención y ayuda de los demás miembros de su familia.

Esto se confirma cuando C.M. afirma: *“no sé por qué pero algo tengo ves, de eso de que si alguien esta mal soy como una esponja que absorbe todos los problemas de los demás y los adopto como míos y me siento súper mal y lloro y me aflijo y me deprimoy me jodido...”*.

IMAGINATIVIDAD (factor M)

Puntuar en este factor indica que C.M. tiende a no importarle la demás gente y ser poco convencional, fantasiosa, excéntrica, bohemia, por lo que en determinadas situaciones puede llegar a tener conductas irresponsables, dejándose guiar por sus emociones y por su imaginación, lo que se puede evidenciar cuando asevera: *“ por ej. Cuando quería irme de este mundo pensaba en que si me iba el mundo tenía que saber por qué me estaba yendo y pensaba en dejar una carta explicando todo y pensaba que cosas iba a escribir y para quienes mmm como te dije quería que con eso mis papás se sientan mal y sea un escarmiento...”*.

4.5. INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES

Después de obtener los datos de los test proyectivos que se le aplicaron a la joven, podemos constatar que sus estados afectivo-emocionales con mayor predominancia son: altos montos de **ansiedad**, que se comprueban en los ítems de *sombreado* y *repaso de líneas*; **depresión** en el ítem de *M. inferior*; **presión** en ítems de *nubes* y *rayos*; **agresividad** que se observa en el ítem de *dedos tipo garras*. Por tanto podemos afirmar que la joven tras sentirse presionada por tener que adelgazar para ser aprobada y “dar la talla” para ser respetada como mujer, manifiesta diferentes síntomas ansiosos que le dificultan desempeñar sus actividades de la manera esperada, esto a su vez le provoca frustración haciendo que exteriorice rasgos

agresivos hacia su entorno, como con ella misma, por lo que opta por cortarse los antebrazos y pincharse su cuerpo con agujas, para luego entrar a un estado depresivo.

4.6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La joven proviene de una familia disfuncional (32 puntos) lo que se puede deber al hecho de que desde muy pequeña presencié continuamente las peleas de sus padres y el mal trato que su padre les daba a sus hermanos y a su madre, no existió una adecuada comunicación entre los miembros de la familia, las reglas y normas eran demasiado rígidas, ya que cuando el padre se ausentaba por razones laborales la madre adoptaba una postura sobreprotectora y controladora.

Las relaciones afectivas son escasas, el padre es muy duro y no les proporciona el cariño necesario, más por el contrario frecuentemente está de mal humor y emplea un lenguaje agresivo y discriminatorio con sus hijos varones, lo que genera un ambiente tenso para toda la familia.

La madre continuamente le hace saber a la joven que los maltratos verbales y las infidelidades que recibió repetidas veces por parte del padre, las permitía por el bienestar de sus hijos, y les pide conductas “apropiadas” a cambio de los malos momentos que ella tuvo que vivenciar.

Todos estos aspectos dentro de la dinámica familiar que C.M. tuvo con sus padres (la madre sobreprotectora y rígida, y un padre que le dice que engordar es malo) estuvieron muy ligados a que se desencadene en la joven el trastorno alimenticio, lo que puede ser corroborado por Monserrat Sánchez. Directora del instituto de TCA (2005) quien afirma que: *“Hay un factor desencadenante normal que es el inicio de una dieta que es el que conlleva a un tac pero el factor de riesgo que hace que se inicie una dieta que enganche una persona un tac tiene que ver con una vulnerabilidad personal ligada a aspectos de insatisfacción corporal de baja autoestima de una auto exigencia exagerada de no gustarse así mismo, ligado también muchas veces a temas familiares...”*.

V. CONCLUSIONES

Después de haber obtenido toda la información necesaria sobre C.M. podemos concluir que su autoestima se encuentra en los niveles bajos, presenta una ansiedad ligera, y atraviesa por estados depresivos ligeros. Sin embargo el estado ansioso que presenta la joven es confirmado en un mayor nivel a través de las técnicas proyectivas gráficas, las que además indican estados de presión y agresividad; los mismos que le dificultan mantener sus relaciones interpersonales de forma adecuada, no pudiendo desempeñar sus diferentes actividades cotidianas de acuerdo a lo esperado con su edad.

De igual manera posee rasgos de personalidad, como sizotimia, poca fuerza del YO, poca fuerza del SUPER YO, es tímida y tiene una baja integración; también presenta rasgos de imaginatividad y de ternura.

Estos rasgos se encuentran asociados al hecho de tener una percepción distorsionada de su cuerpo, lo que se relaciona al hecho de estar en un ambiente tenso con frecuentes conflictos familiares, es decir en una familia disfuncional.

CASO N° 3

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: X.M.

SEXO: Femenino

EDAD: 24 años

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de julio de 1988

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Universitaria

II. DESCRIPCIÓN GENERAL

X.M. es una joven de 24 años de edad, vive en la ciudad de Tarija y estudia en una Universidad privada.

Desde los dos años de edad X.M. vivió con la familia “Y”, quien la acogió como un miembro más de la familia, donde su madre desempeñaba funciones como trabajadora del hogar, la joven refiere que su madre optó por esa decisión porque no contaba con los medios necesarios para mantenerla, mientras que la familia “Y” (compuesta por madre e hija) si contaban con todos los recursos para hacerse cargo de su manutención. Por tanto, creció con su “abuela” y con su “mama lolita”, mientras que su madre biológica la visitaba de vez en cuando.

Desde ese entonces la joven vivió bajo las reglas y normas de la familia “Y”, las cuales afirma que eran muy rígidas y radicales, X.M. tenía horarios para cada una de las actividades que realizaba, desde muy pequeña le proporcionaron un celular al que le llamaban cada media hora para saber el lugar exacto en el que se encontraba y las personas con las que estaba.

En cuanto a la parte afectiva, la joven mostraba un afecto sincero únicamente por su madre, pese a que no la veía diariamente la consideraba su mejor amiga, mientras que por la familia “Y” sentía cierto rencor y antipatía, sin embargo les demostraba un afecto falso porque le daban todas las cosas materiales que ella requería, además de

que se valía de todos los medios necesarios para conseguir dinero para dárselo a su madre.

Hasta los 15 años tenía una amiga de colegio, la mayor parte del tiempo estaba sola, refiere haber sido muy tímida e introvertida; sin embargo a partir de esa edad comenzó a relacionarse más con sus compañeras de colegio, pero al mismo tiempo también comenzó a compararse físicamente con ellas, se creía la más fea de todas y es ahí donde empezó a considerarse con sobrepeso, les decía a sus amigas: “mira esa vaca...esa soy yo”, “soy gorda y fea no te da asco verme.. A mí sí...vos eres bonita yo quiero ser como vos”

A partir de los 16 años aproximadamente X.M. inició con sus primeras dietas porque su “mama lolita” le decía que debía cuidarse de las comidas y que si adelgazaba se vería mucho mejor, le compraba revistas de moda, le enseñaba cómo vestir y le dio sus primeros “tips” para bajar de peso; por tanto para el año siguiente sus dietas se hicieron mucho más estrictas, además de dejar de comer hacia mucho ejercicio, tomaba diuréticos y pastillas.

Actualmente pesa 43 kilos, está muy delgada y sin embargo se angustia porque cree que esta “gorda”, va al gimnasio todos los días, después de comer hace ejercicios, durante clases realiza sumas y restas de las calorías de cuánto se permite comer al día y la cantidad que debe eliminar de su cuerpo, toma bastante agua y sólo come fruta y yogurt y/o alguna verdura, sin embargo refiere que dependiendo de su estado anímico aproximadamente una vez por mes tiene episodios ansiosos en los cuales come mucho y muy rápido, posteriormente vomita y hace ejercicios, por otro lado cuando siente bastante rabia y furia opta por cortarse las muñecas y los antebrazos, refiere que es una manera para descargar su enojo. Posterior a esto siente gran tristeza y frustración, por tanto se aísla de su entorno, razón por la cual durante el proceso de este estado anímico intentó suicidarse en tres ocasiones.

Síntomas actuales que presenta X.M. según las etapas de la anorexia

✓ 1º Etapa: Aceptación acrítica del sobrepeso

- X.M. da por hecho que está gorda y que debe bajar de peso con urgencia.
- No se permite ingerir los alimentos que contienen grasas y calorías.
- Se fija metas a corto plazo para bajar de peso (cada dos kilos)
- Durante el día únicamente come galletas con yogurt y/o ensalada y frutas.
- Realiza ejercicios todos los días; para tal actividad se convirtió en instructora de un gimnasio.
- Toma bastante agua y diuréticos.
- Está inscrita en una página web PRO ANA Y MÍA, a las que les escribe constantemente acerca de su estado anímico y sobre sus “tips” para adelgazar y las venera como a diosas (tiene rituales específicos para venerar a Ana y Mía).
- Tiene un cuaderno exclusivo para registrar diariamente las calorías y grasas que contiene cada alimento, de cuánto se permite comer al día y la cantidad que debe eliminar de su cuerpo.
- Además de restringir su alimentación, realiza bastante ejercicio, toma pastillas y diuréticos para adelgazar.

✓ 2º Etapa: Pensamiento obsesivo compulsivo

- La joven refiere que durante todo el día siente gran preocupación respecto a la comida, sobre el hecho que esta gorda y los mecanismos que debe utilizar para bajar de peso.
- Expresa repulsión hacia la comida; cree que si come algo le hará daño.
- Cuando sus compañeras de la universidad le dicen que esta delgada, se molesta con ellas, por lo que afirma: *“son unas hipócritas o es que están ciegas...no pues creen que soy tonta, ellas me dicen eso nada mas con la*

intención de que yo me descuide de mi peso, ellas quieren que yo engorde para que me vea fea y ya no sea un peligro para ellas, nada más porque me tienen envidia y la única forma para que me venzan es si yo engordo...además son unas mentirosas porque ya estoy gorda...míreme mire mis rollos ayy noo que horror tengo que hacer más ejercicios...”.

- Cuando está en la calle o en la universidad cree que la gente la observa por su “exceso de peso” y que por ello recibe críticas constantes.
- Antes de comer toma un litro de agua con la intención de no sentir hambre y después ingiere en pequeñas cantidades los alimentos y mastica muchas veces.
- Le disgusta considerablemente asistir a eventos sociales, en los que tenga que verse obligada a comer.
- Tiene cambios drásticos de su estado anímico; la mayor parte del tiempo se siente mal humorada y se torna irritable.
- En su casa evade el horario del almuerzo con el objetivo de que su abuela y su mamá lolita no perciban su abstinencia de alimentos, al mismo tiempo los alimentos que le dan, los esconde en su cartera y cuando sale a la calle los regala a los niños o amigas que encuentra ocasionalmente.
- Desde que su mamá lolita empezó a sospechar sobre su abstinencia alimentaria una vez por mes le controla el peso, por tanto la joven previo a esto toma bastante agua y se coloca piedras pequeñas en diferentes partes de su ropa para evitar que “la descubran”
- Tiene constantes mareos, pero a esto argumenta que es por amor a Ana y Mía y que su recompensa será que la nombren su princesa.
- Cuando no puede evitar ingerir alimentos se desprecia a sí misma, se torna irritable, para luego autocastigarse.
- Sufre de insomnio y tiene constantes pesadillas.

- Por temporadas pierde el control, se siente ansiosa y acude a una tienda, pide una bolsa y compra todos los chocolates, galletas y comidas que contienen bastante grasa y calorías; come mucho y muy rápido, posterior a esto vomita y hace muchos ejercicios.
- Afirma que su menstruación no es regular, en ocasiones se le presenta cada tres o cuatro meses.

✓ **3º Etapa: disformismo perceptual**

- X.M. pesa 43 kilos, está muy delgada, sin embargo afirma que se ve y se siente gorda y que debe bajar de peso con urgencia.
- En dos ocasiones su mamá lolita la llevó al médico por desmayos; le diagnosticaron anemia.
- Afirma que anteriormente tenía más cabello, pero que últimamente se le cae por el shampoo que usa y que no puede tener uñas largas porque son muy quebradizas.
- A simple vista se la percibe pálida, además que afirma, sufrir de constantes calambres.
- Afirma que si no come mucho es porque aunque coma muy poco sufre de malestares estomacales.
- Perdió contacto con sus amigas; afirma que las únicas amigas que valen la pena y que le interesa tener son Ana y Mía.
- La mayor parte del tiempo se siente irritable y frustrada, por esta razón opta por cortarse los antebrazos y las muñecas.

III. TÉCNICA E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Inventario de autoestima 35 B
- Inventario de ansiedad de Enrique Rojas
- El Inventario de depresión de Beck

- Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.
- Cuestionario de funcionalidad familiar de Dolores De La Cuesta Freijomil
- Entrevista en profundidad.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1 AUTOESTIMA

X.M. obtuvo una evaluación de autoestima de nivel bajo (- 15 puntos), lo que evidencia que es insegura de sí misma, que los juicios de valor que hace sobre su persona son negativos, no tiene la capacidad necesaria para identificar y reconocer sus características personales, a diario se siente frustrada por no lograr ser lo que desea, debido a que no ha logrado consolidar su auto aceptación, lo que se puede constatar a través de la entrevista cuando afirma: *“jaja... alguna vez viste una vaca?...ahora me puedes mirar?...ves que soy como una vaca, gordaaa...”*

Sin embargo pese que la joven puntuó una baja autoestima, podemos observar que manifiesta actitudes de vanidad y extravagancia; hace constantes críticas al resto de las mujeres respecto a su contextura y vestimenta; afirma que es superior a todas sus compañeras y amigas excepto mejor que Ana y Mía, de manera constante intenta resaltar su imagen en relación a la de las demás mujeres. Por tanto después de haber trabajado exhaustivamente con la joven podemos deducir que estas actitudes pueden atribuirse a la existencia de algunos mecanismos de defensa que emplea *“para adaptarse a la realidad, modificarla y hacerla más tolerable”* (consuegra, 2004, pág. 180), porque a pesar de mostrarse bastante vanidosa, pudimos establecer que es muy insegura, que no se acepta así misma y que no está satisfecha con su imagen corporal, razón por la cual restringe su alimentación y manifiesta las conductas anoréxicas las mismas que se mencionaron en la descripción general por etapas.

4.2 ANSIEDAD

Presenta un nivel de ansiedad ligera (22 puntos), podemos observar que de acuerdo a los resultados obtenidos la joven se encuentra en este nivel de ansiedad porque manifiesta los primeros síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos en las diferentes actividades que realiza, debido a los cambios drásticos en su estado anímico, por la preocupación excesiva que tiene respecto a su cuerpo y a la comida, la que a su vez le genera temor hacia el hecho de engordar.

La joven refiere que por temporadas se siente muy inquieta y no puede controlarse, razón por la cual tiene atracones incontrolables, al respecto refiere lo siguiente: “*creo que tengo una buena conducta, puedo controlarme a la perfección, pero a veces...no siempre...no sé qué me pasa no puedo controlarme es una sensación extraña la que siento, es como una aprehensión en el pecho, como si tuviera un mal presentimiento de que algo malo va a pasar y luego no puedo dejar de pensar en la comida se me viene a la cabeza de todo lo más rico...la peor comida la más dañina. Y uyyy que me da rabia!! me pongo muy débil sabes...me odio por eso soy una estúpida así nunca seré la princesa de Ana y Mía...pero bueno en fin me pongo así hasta que no doy y voy a la tienda las más cercana que encuentro y me compro de todo, chocolates, galletas, caramelos, helado, masas uf de todo y me lo como todo pero todo y después de eso es raro porque ya no tengo esa aprehensión en el pecho de alguna manera me siento más tranquila, pero inmediatamente después siento un profundo odio...un odio por este maldito mundo y un odio por mí misma soy un asco de débil por eso voy al baño y lo vomito todo y hago mucho ejercicio pero ya no lo puedo arreglar lo hecho hecho está...ya pequé, ya engordé, ya hice mal y sobre todo ya decepcioné a Ana y Mía...*”

Debido a la gran inseguridad que presenta y al auto concepto negativo que tiene de sí misma percibiéndose “gorda” opta por utilizar sus diferentes métodos para bajar de peso, se siente muy presionada al respecto y es en esos precisos momentos en los que sus síntomas ansiosos se acentúan y tiene atracones, dificultad para respirar, sufre de insomnio, está más inquieta, etc., lo que puede ser corroborado con el test de la

persona bajo la lluvia donde manifiesta una mayor ansiedad en los ítems: **sombreados y repaso de líneas**, los mismos que revelan un alto monto de ansiedad, lo que puede estar asociado al hecho de sentirse presionada por tener que bajar de peso, lo que se puede observar en el ítem **nubes**, que indica presión.

4.3 DEPRESIÓN

X.M. se ubica en un estado depresivo alto (31 puntos), lo que significa que interpreta con pesimismo la realidad y tiende a centrarse en el lado negativo de las cosas, es decir acepta el pensamiento de no lograr bajar de peso viéndose inútil y sin valor, lo que se puede observar mediante la entrevista cuando afirma: *“Mírame me odio..(Mientras llora) estoy gorda...pero ya no doy más estoy cansada...todo es inútil nada de lo que hago es suficiente...”*

La joven en este estado de depresión atraviesa sentimientos de inferioridad donde se percibe inútil y carente de valor, se critica a sí misma, y al no tener una autovaloración positiva especula que no es posible que las demás personas la valoren, por lo que cree que sus penas y dificultades no terminarán nunca y como toma por cierto que no logrará obtener su “peso ideal” espera lo peor del futuro; esto se puede evidenciar con la entrevista cuando dice: *“ mm aquí en mi billetera tengo un poema de Ana lo bajé del internet me gusta mucho porque describe a la perfección como me siento a veces mmm... pero sólo a veces eh jaja dice: Mi desgracia continua ya no hay manera de librarme de la verdad, de todas formas quién me escucha, nadie, mi vida ya no vale nada despedirme de un lugar tan hostil no debe ser tan duro como creer en el cada día y la verdad es que mi alma ya se ha marchado de aquí. Acabaré por caer, permaneceré en coma por unos momentos hasta que mi pálida luna se ponga, todas las estrellas se caen rápidamente del cielo enrojecido, duermen entre las islas de hojas caídas con las aguas templadas...”*

La frustración que tiene por no lograr bajar de peso la lleva a sentir una profunda tristeza y hundimiento; cree que todos sus esfuerzos han sido agotados, por lo que no le encuentra sentido a su vida. Este estado depresivo por el que atraviesa la condujo a que en tres ocasiones intentara quitarse la vida.

4.4 RASGOS DE PERSONALIDAD

A través de los datos obtenidos con la aplicación del inventario del 16PF, se puede establecer que X.M. presenta los siguientes rasgos de personalidad.

NIVELES BAJOS

SIZOTIMIA (factor A)

Este factor indica que X.M. tiene rasgos de personalidad como crítica, alejada y fría, es decir que prefiere realizar sus diferentes actividades de manera solitaria y aislarse de su entorno social debido a la inseguridad por la que atraviesa, con la finalidad de evitar las opiniones comprometidas que pueda recibir de sus pares respecto a su imagen corporal, además de evitar estar en eventos sociales donde se la obligue a comer. Esto puede ser corroborado con la entrevista donde menciona que: *“Mira yo no entiendo a la gente, no sé porque existen mujeres que comen como vacas y les vale su imagen?...son tan tontas...me molesta estar con ellas porque salimos de clases y lo primero que dicen es: vamos a la cafetería? O vamos a comer algoito...hagamos una parrillada...todo el tiempo es pensar en comida y nada más pues que se frieguen solas por eso prefiero en vez de estar con ellas ir al gimnasio que es mucho mas productivo...”*

BAJA INTEGRACION (factor Q3)

El hecho de que X.M. haya puntuado en este factor indica que tiene rasgos de personalidad como autoconflictiva y descuidada de reglas sociales, es decir que no tiene la capacidad de autocontrol y tiene un carácter disparejo. Debido a los episodios ansiosos por los que atraviesa; se conflictúa de manera constante por tener que adelgazar y por los métodos que debe emplear para conseguirlo, y como cree que sus esfuerzos son en vano porque no logra obtener su “peso ideal” su estado anímico fluctúa y se torna irritable y explosiva, por lo que en la entrevista asevera que: *“Es que no tienes idea cuánto me preocupa, nadie me entiende, mírame estoy gorda el solo verme en el espejo me da asco...no aguanto a nadie ya no sé qué más hacer para bajar de peso...todos viven su vida como si nada y no se dan cuenta de cómo yo*

me siento...mi Abu y mi mamá Lolita son una viejas locas que lo único que saben hacer bien es fastidiarme las odio no las aguanto...”

NIVELES ALTOS

IMAGINATIVIDAD (factor M)

Lo que revela que X.M. posee rasgos de personalidad como poco convencional, fantasiosa, excéntrica, bohemia, razón por la cual de manera constante intenta llamar la atención y sobresalir del resto, sin tener en cuenta las consecuencias de sus actos, teniendo así conductas irresponsables, dejándose guiar por su imaginación, lo que se puede corroborar con la entrevista cuando afirma que: *“Bueno que te puedo decir...yo no soy como el resto...yo conozco todos los tips de moda y de todas obvio soy la que mejor se viste mírame y ya viste como estaban mis amiguitas no?...vez...”* y también refiere: *“umm...no sé...el verme hermosa lo vale todo son los riesgos que tenemos que correr...además hablando con Ana y Mía pues soy una princesa, su princesa... y cuando viste una princesa gorda...?”*

INSEGURIDAD (factor O)

Puntuar en este factor indica que X.M. se encuentra agobiada, inquieta, ansiosa, preocupada e insegura, lo que se asocia al hecho de encontrarse en un alto estado depresivo; así también el tener una baja autoestima conlleva a que no se encuentre satisfecha con lo que es y con lo que cree que las demás personas esperan que sea, lo que genera que la joven se angustie en demasía y se aísle de su entorno social. Por otro lado en los momentos en los que carece de autocontrol sus síntomas ansiosos se acentúan y es en esos precisos momentos en los que tiene atracones de comida, estos aspectos pueden ser corroborados con la entrevista cuando refiere: *“Sé que soy bonita pero creo que no es suficiente, no me puedo conformar todavía me falta mucho, tengo que ser la mejor si no no tiene sentido estar aquí...sería un suicidio social...y así para qué?”.*

MUCHA TENSION (factor Q4)

El principal objetivo de X.M. es bajar de peso, pero como cree que no obtiene resultados satisfactorios de los diferentes métodos que utiliza, se tensiona, por lo que puntuar en este factor implica que esté sobre excitada, irritada, frustrada e inestable. Por tanto lograr su “peso ideal” para la joven es de vital importancia para que logre una adecuada interrelación con su entorno y sienta seguridad en el mismo, pero como esa imagen que tanto anhela no es satisfecha se frustra ocasionando que se irrite. Lo mencionado puede ser corroborado con la entrevista cuando la joven expresa que: *“mm...haber que te puedo decir...es otra de las sensaciones raras que me pasan de repente me siento todo sulfúrica y tengo mucha rabia y luego me doy cuenta que es por todo el lio de la comida y de que tengo que bajar de peso y pienso en todo el proceso que tengo que pasar para hacerlo y las veces que lo hice y nada me sigo viendo igual y tengo ganas de desquitarme con alguien y quiero hacerlo con mi Abu pero no puedo y bah algo así...”*

4.5 INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES

Después de haber obtenido los datos de los test proyectivos, podemos aseverar que los estados afectivo-emocionales predominantes por los que atraviesa la joven son tensión que se exterioriza en el ítem de *línea tirante*, ansiedad en los ítems de *sombreados* y *repaso de líneas*, temor en el ítem de *rigidez*, presión en el ítem de *nubes*, angustia en el ítem de *gotas como lágrimas*, depresión en el ítem de *cuello angosto* y agresividad en los ítems de *dedos tipo garras*, *boca representada por una sola línea*, *cejas muy acentuadas* y *dedos en forma de garras*. Lo que significa que X.M. siente gran **temor** a engordar y se **angustia** por no lograr el peso deseado, ´por tanto se siente **presionada** por tener que bajar de peso recurriendo a sus diferentes métodos para adelgazar, lo que a su vez la **tensiona** provocando que sus síntomas **ansiosos** reaparezcan y se torne irritable manifestando **agresividad** con las personas de su entorno y con ella misma, para luego sentirse frustrada lo que se asocia a que la joven este en un alto estado **depresivo**.

4.6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Según el cuestionario de funcionalidad familiar que se le aplicó a X.M. podemos afirmar que proviene de una familia disfuncional (28 puntos), esta puntuación se puede constatar porque cuando era niña tuvo una confusión por el rol de madre contradictorio en relación a reglas y normas que adoptaban su abuela, su madre Lolita y su madre biológica, situación que si bien fue aclarada cuando llegó a la adolescencia, le causó gran dolor y molestia, así también al llegar a esta etapa le interiorizó pensamientos enfocados en la buena apariencia y comentarios asociados a lo negativo de la gordura. Las reglas y normas a las que debía someterse impuestas por su abuela y madre adoptiva eran bastante rígidas y no podían ser consensuadas, la joven refiere que eran muy sobreprotectoras con ella y que no podía tomar decisiones propias respecto a su vida personal, la cohesión y afectividad en el seno familiar eran deficientes. Por otro lado la ausencia paterna fue un punto esencial en su desarrollo, ya que se sentía “culpable” de que su padre no se hiciera responsable de su paternidad y de que haya abandonado a su madre biológica, esto porque la misma de manera permanente le enviaba ese mensaje, razón por la cual la joven se valía de todos los medios posibles para darle dinero, y de esta manera la madre encubría todos sus síntomas anoréxicos.

Por tanto podemos afirmar que todos estos aspectos en relación a la dinámica familiar de la joven (discursos contradictorios, confusión de roles, excesivo control y sobreprotección, afecto carente, mala comunicación, malos comentarios del sobrepeso y la ausencia de la figura paterna responsabilizada en ella) están muy asociados a que haya desencadenado en una anorexia. Lo que puede ser corroborado por Bonsignore y otros (1996, pág. 94) quienes afirman: *“Es frecuente el desacuerdo parental en áreas sanas del adolescente y saludable la pelea normal del joven por conseguir privilegios adecuados a su edad. El apoyo de algún progenitor para negociar con el otro la motiva a considerar los beneficios de pertenecer a la familia y por lo tanto a aceptar algunas reglas y a negociar otras. Este proceso tiene como consecuencia el desarrollo de una mayor sensación de ser competente y aceptado en*

su familia y se traslada a otros contextos sociales. Por lo tanto es difícil que el adolescente que pertenece a un sistema tan entremezclado pueda mantener una vida saludable y que logre algún cambio si no se modifica su contexto”.

A esto la joven durante la entrevista refiere lo siguiente: “Yo no sé porque la bruja (su mamá lolita) se empeña tanto en fastidiarme la vida...claro como es una vieja solterona que no pudo tener sus propios hijos tiene que arruinarme a mí la vida...y mi Abu es otra como le da todo, todo el tiempo me molestan pa que coma porque estoy flaca y luego me dicen arréglate tienes que verte bien que van a decir mis primas si te ven así...o que donde vas a ir a qué hora vas a llegar no no señorita yo te llevo y te voy a recoger...pero claro no se conforman con eso que tiene que llamarme cada 15 minutos para saber si estoy bien, y no sé por qué finge si sé muy bien que no le intereso...”.

V. CONCLUSIONES

Después de haber recabado todos los datos pertinentes de X.M. podemos concluir que tiene una baja autoestima, presenta ligeros niveles de ansiedad y se encuentra en un alto estado depresivo. Estos factores psicológicos se encuentran muy asociados a la anorexia que tiene y que no le permite interrelacionarse con su medio de la manera esperada en relación a su edad, además que presenta estados afectivos tales como temor, angustia, presión, tensión, agresividad.

Así también posee rasgos de personalidad como sizotimia, baja integración, imaginatividad, inseguridad y mucha tensión.

Todos estos aspectos se relacionan con la insatisfacción de su imagen corporal, lo que al mismo tiempo se asocia a las malas relaciones familiares que mantuvo todo este tiempo caracterizado por una sobreprotección excesiva y por el constante doble mensaje que recibía de la misma. Por tanto la familia se caracteriza por presentar disfuncionalidad en la comunicación, permeabilidad, cohesión, afectividad, en la armonía y en los roles

CASO N° 4

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: A.A

SEXO: femenino

EDAD: 20 años

FECHA DE NACIMIENTO: 18 de diciembre 1992

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Universitaria

II. DESCRIPCION GENERAL

A.A. es una joven de 20 años nacida en Montero - Santa Cruz, actualmente vive en la ciudad de Tarija sola cursando sus estudios universitarios en una universidad estatal.

La joven refiere que desde pequeña sus padres fueron sobre protectores, su madre no la dejaba salir a la calle, ni que jugara con otras niñas de su edad, y le controlaba el tipo de personas con las que debía relacionarse. Cuando tenía 14 años su madre falleció; desde ese entonces su padre se volvió frío y dejó de manifestar afecto hacia ella, por lo que desde ese entonces no tuvieron una buena relación, sin embargo le controlaba las relaciones sociales que mantenía, es decir; únicamente podía tener amigas que fueran de contextura delgada y por ende A.A. también tenía que mantenerse delgada.

Tiempo después su padre se volvió a casar y tuvo dos hijas. Esta situación afectó emocionalmente a la joven porque tenía una mala relación con sus hermanas y sobre todo con su madrastra, quien ejercía un fuerte control sobre ella, y más aún porque le agredía verbalmente.

Las relaciones sociales que tenía con su grupo de pares las mantenía ocultas de su padre y de su madrastra, sin embargo en ocasiones a fin de evitar conflictos familiares optaba por asumir sus reglas y aislarse de sus amigos, esto a la vez le provocaba conflictos internos, razón por la cual en dos situaciones intentó suicidarse.

A.A. afirma que a causa de los mensajes negativos que su madre y su padre le transmitían del sobrepeso, ella también adoptó una postura discriminatoria hacia las personas que tenían exceso de peso, por lo que siempre evitaba comer demasiado para no engordar.

Desde los 15 años aproximadamente empezó a sentir mayor preocupación por su imagen corporal y se percibía gorda, por tanto sus dietas se incrementaron considerablemente. Actualmente continua con una percepción distorsionada de su imagen corporal, pesa 41 kilos y sufre de amenorrea.

Síntomas actuales que presenta A.A. según las etapas de la anorexia.

✓ 1º Etapa: Aceptación acrítica del sobrepeso.

- A.A. cree que esta gorda y que por tanto debe bajar de peso.
- Durante todo el día toma 3 litros de mates diuréticos, en el almuerzo únicamente come ensalada con pollo, alternando con atún o arroz.
- Se estableció como meta bajar dos kilos por semana.
- En cuanto a bebidas solo se permite tomar agua y diuréticos.
- Está inscrita en una página web PRO ANA Y MÍA
- Va al gimnasio todos los días y camina lo más que puede.
- Además de restringir su alimentación, también opta por tomar diuréticos, pastillas y cuando tiene atracones vomita.

✓ 2º Etapa: Pensamiento obsesivo compulsivo.

- La joven refiere que durante todo el día piensa en la comida, está pendiente de las calorías y grasas que contiene cada alimento y que por mucho apetito que tiene no se permite comer, mas al contrario busca más opciones de cómo bajar de peso.
- Cuando habla sobre comida, tiene expresiones de odio hacia ella y refiere que es su mayor enemiga, porque además de engordarle, le hace daño.

- Cuando las personas le dicen que esta delgada siente rabia hacia ellas, cree que no la quieren y están tramando hacerle daño y por tanto establece una barrera con ellas, no permitiéndose establecer un mayor relacionamiento, por lo que solo les refuta con frases como: *“Estaba más delgada, más bien ahora ya estoy engordando, pues estaba algo delicada...”* o *“desde chiquita siempre tuve contextura delgada, pero mírame bien que tengo llantitas más bien debería cuidarme un poco...”*.
- Cuando ve gente murmurando, piensa que le están criticando porque se ve gorda, esto le aflige demasiado, por tanto restringe aún más su alimentación.
- Corta la comida en trozos pequeños y mastica varias veces, mientras toma un litro de diuréticos, con el fin de sentirse con menos apetito.
- Afirma que si bien refiere estar sola en casa es con la finalidad de estar en lugares donde se vea obligada a comer.
- Tiene cambios drásticos en su estado anímico, se irrita con mucha facilidad.
- Cuando esta con sus compañeras de la universidad compra alimentos para disimular, expresa que en su cuarto mientras estudia tiene mucha hambre y que tiene que alimentarse.
- Tiene frecuentes dolores de cabeza y en repetidas ocasiones se desmayó.
- Cuando no puede evitar la comida se siente muy culpable y se desprecia a sí misma.
- Tiene frecuentes pesadillas respecto a la comida y sufre de insomnio.
- Otro de los métodos que utiliza para bajar de peso es vomitar después de ingerir algún alimento.
- Desde hace tres meses que se le suspendió la menstruación.

✓ **Disformismo perceptual.**

- La joven pesa 41 kilos, está muy delgada y sin embargo se percibe gorda.
- Tras los constantes desmayos, tuvo revisiones médicas, en las que le diagnosticaron una fuerte anemia.
- Tiene signos visibles de debilidad, se le cae el cabello y tiene uñas quebradizas.
- Está muy pálida y tiene ojeras que intenta cubrir con maquillaje.
- Tiene problemas digestivos.
- Tiene cambios hormonales, manifestado en la suspensión de su ciclo menstrual.
- Cuando hace ejercicios se cansa mucho más rápido y tiene fuertes palpitaciones.
- Frecuentemente se le baja la presión.
- Estuvo internada en el hospital por los problemas físicos que estuvo manifestando y porque en dos ocasiones intentó suicidarse.
- Reprobó en varias materias de la universidad por no asistir a clases y perdió el interés en sus relaciones sociales.
- Se irrita constantemente, se torna agresiva y opta por lastimarse a sí misma, se corta en distintas partes de su cuerpo, se golpea, etc.

III. TÉCNICA E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Inventario de autoestima 35 B
- Inventario de ansiedad de Enrique Rojas
- El Inventario de depresión de Beck
- Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber

- Test de la figura humana de Karen Machover
- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.
- Entrevista en profundidad.
- Cuestionario de funcionalidad familiar de Dolores De La Cuesta

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. AUTOESTIMA

Después de obtenidos los resultados podemos afirmar que A.A. posee una autoestima de nivel bajo (-15 puntos), la misma que se expresa cuando pone en riesgo su salud a través de los distintos métodos que utiliza para bajar de peso, con la finalidad de verse delgada y así ser aceptada por su padre y su grupo de pares, se puede observar que no se valora a sí misma, pues no tiene la capacidad para reconocer sus potencialidades ni aceptar sus debilidades, mas al contrario conserva una imagen negativa de ella misma, generando un auto rechazo, lo que puede ser confirmado con la entrevista cuando expresa que: *“si es cierto me desmayé pero no estoy muerta no...además que voy a hacer es el sacrificio que tengo que hacer si quiero verme delgada, además vos sabes cómo es la gente súper exagerada si estaría tan mal como dicen pues estaría flaca pero no pues estoy gorda y no está bien ser gorda odio ser gorda...”*.

El hecho de que su padre le transmitiera constantes mensajes de lo malo que es ser gorda, de que no podía relacionarse con personas gordas, y que por ende ella debía ser flaca para tener mayores oportunidades en la vida, hicieron que la joven centre sus esfuerzos en adelgazar y que no considere importantes otras áreas de su personalidad, lo que le imposibilitó reconocer sus capacidades y aptitudes para enfrentarse a su medio, por tanto su imagen corporal se volvió el foco de su atención, una imagen constituida como negativa, la misma que fue expresada en una baja autoestima.

4.2 ANSIEDAD

Presenta un nivel de ansiedad moderada (31puntos), lo que evidencia que a medida que transcurre el tiempo sus síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos se van intensificando, los mismos que interfieren en un mayor grado en las diferentes actividades que realiza, lo que puede estar asociado a la inestabilidad emocional por la que viene atravesando por la inseguridad que siente a causa de su baja autoestima. La joven siente una excesiva preocupación por su cuerpo y por la comida, lo que le imposibilita realizar juicios de valor objetivos sobre su imagen corporal lo que a su vez le produce tensión. Lo expuesto puede ser confirmado con la entrevista cuando afirma que: *“ bueno tengo que aceptar que últimamente estaba con esas sensaciones raras mucho más seguido mm... como te explico...me sueño muy feo con mi mami que me dice que no coma pero a la vez me ofrece cosas muy ricas para comer y luego me veo muy gorda... y cuando despierto no puedo dormir más, no sé siento que mi corazón me late muy fuerte y camino de un lado para otro y tengo una sensación muy rara en el pecho como si algo muy feo va a pasar...y bueno quizá sea que voy a ser más gorda de lo que soy y ya todos me tendrán asco”*

La joven durante estos episodios ansiosos suele sentirse bastante intranquila, tensionada y temerosa lo que le conduce a tener pensamientos angustiosos respecto a la comida; se conflictua y lucha contra el hambre, por lo que al perder el control tiene atracones de comida, provocando así sentimientos de culpabilidad.

4.3. DEPRESIÓN

A.A. se ubica en un estado depresivo muy alto (33 puntos), lo que indica que al tener una baja autoestima y al sentirse ansiosa por tener que bajar de peso y así mismo creer que no lo logrará, ocasiona que la joven sienta gran frustración y tristeza, por lo que se aísla de su entorno creyendo que no será aceptada y que por tanto su vida no tendrá sentido; su depresión es tal que tiene frecuentes ideaciones suicidas, lo que puede ser corroborado con la entrevista cuando afirma: *“Nunca voy a estar bien siempre me pasa algo, salgo de una para entrar en otra ya estoy cansada de sentirme*

mal y no estar conforme conmigo misma, soy tan estúpida, tan tonta que ni irme de este horrible mundo puedo, ni siquiera eso que es tan simple me sale bien...”

La joven no tiene la capacidad para autovalorarse, por tanto especula que no es posible que las personas de su entorno la valoren, y que por ende sus penas y dificultades no terminaran nunca, por lo que en dos ocasiones intentó suicidarse.

4.4. RASGOS DE PERSONALIDAD

A través de los datos obtenidos con la aplicación del inventario del 16PF, se puede establecer que A.A. presenta los siguientes rasgos de personalidad.

NIVELES BAJOS

SIZOTIMIA (factor A)

Lo que revela que A.A. Posee rasgos de personalidad como reservada, crítica, alejada y fría; estos rasgos indican que la joven prefiere realizar sus actividades de manera solitaria para no sentir presión respecto a la comida y su peso, por lo que durante la entrevista refiere lo siguiente: *“Me molesta cuando mis compañeras me dicen que estoy flaca, por eso prefiero estar sola sin que nadie se fije si como o no...”*

La joven suele atravesar diversas etapas, desde la incertidumbre, preocupación, desconfianza y temor por tener que enfrentar a las personas que le hablan sobre su contextura, y a la vez por la insatisfacción corporal que tiene sobre si, y de los mecanismos de los que se vale para adelgazar, razón por la cual opta por aislarse. Este dato puede ser corroborado con la entrevista donde afirma que: *“No me gusta estar mucho tiempo con personas, siento que me van a ver como bicho raro y esto me afecta aunque yo trate de que no sea así pero es inevitable que me sienta mal, por eso prefiero estar en mi cuarto sola y no me preocupa la comida... estoy bien...”*

POCA FUERZA DEL YO (factor C)

Puntuar en este factor indica que A.A. es poco estable emocionalmente; es inmadura lo que le dificulta tener la capacidad para tolerar frustraciones y a la vez dicha

inmadurez ocasiona que no pueda tomar decisiones de manera objetiva, mas al contrario es impulsiva e influenciada a situaciones del momento. Este dato se confirma con la entrevista cuando manifiesta que: *“Vos crees que cuando se meten conmigo yo me quedo tranquila?...pues ni loca...me enfurece que me miren y me critiquen como si supieran algo de mi vida, así que si lo hacen busco la manera de vengarme y eso hace que me sienta bien...bueno pero la verdad por dentro me siento terrible odio que se ocupen de mí y no de sus vidas, no sé qué hacer eso también me angustia mucho, por eso también prefiero estar sola así ya evito todo problema así creo que es mejor...”*

Podemos inferir que al tener una baja autoestima y por tanto ser depresiva es también emocionalmente inmadura, se propone adoptar dietas estrictas pero no es persistente en ellas, debido a los estados ansiosos por los que atraviesa tiene atracones de comida, para luego culpabilizarse, sentirse frustrada y creer que la única salida a su problema es la muerte.

BAJA INTEGRACION (factor Q3)

Este factor indica que A.A. es autoconflictiva y descuidada de reglas sociales, es decir que carece de autocontrol debido a la inestabilidad emocional por la que viene atravesando como ya se mencionó anteriormente en el rasgo de poca fuerza del yo, por lo que no suele ser respetuosa con las personas de su entorno cuando se siente amenazada creyendo que le critican por su “exceso de peso”, mostrándose explosiva y autoconflictiva sumergida en un estado defensivo paranoico debido a la inseguridad e insatisfacción personal. A esto la joven durante la entrevista refiere que: *“Es que nadie entiende que debo bajar de peso me cueste lo que me cueste, no quiero estar así pero no puedo hacer nada ante eso, solo voy a parar cuando adelgace tal y como mi querido papito lo quiere junto a su esposa...y si alguien se interpone a eso pues me van a conocer quién soy...”*.

NIVELES ALTOS

TERNURA (factor I)

Este factor evidencia que la joven es vulnerable ante cualquier tipo de acontecimiento dejándose influenciar fácilmente por sus sentimientos, mostrando fragilidad ante situaciones conflictivas debido al sentimiento de inferioridad por el que viene atravesando a causa de su baja autoestima, lo que conlleva a que ingrese en estados de tristeza, miedo y culpabilidad; demandando la atención y ayuda de sus familiares. Este dato se confirma durante la entrevista donde manifiesta que: *“cuando estoy sola, recuerdo todo lo que me pasó cuando falleció mi mamá y las cosas que me hicieron... me pone mal y de rabia me pongo a llorar...sabes siento que ya no tengo fuerzas, quisiera que mi mami esté a mi lado bueno creo que está, la siento y sé que ella me apoya en todo esto porque es lo que ella quería... que me vea bien para que me respeten y me valoren...”*

INSEGURIDAD (factor O)

Podemos reafirmar a través de este factor que A.A. tiene una baja autoestima y por tanto un estado depresivo muy alto, lo que evidencia que la joven siente gran preocupación por su imagen corporal, asocia la delgadez con mayor aceptación; considera que las personas muestran un mayor afecto y respeto hacia las personas “flacas” y cree que por ende si adelgaza sentirá mayor seguridad y satisfacción. Esta inseguridad le imposibilita desarrollar sus relaciones sociales con sus pares de la manera esperada porque no se siente aceptada por ellos. Lo que puede ser corroborado con la entrevista donde afirma que: *“ La gente es hipócrita cuando dicen que la imagen no importa que es superficial, si sería cierto no criticarían mi obesidad, vos crees que si estoy gorda me van a considerar su amiga? ni mi propio padre me quiere por gorda, pues peor otra gente no...”*

MUCHA TENSION (factor Q4)

Puntuar en este factor indica que la joven presenta rasgos como: irritabilidad, frustración, inestabilidad y tensión, por lo tanto inferimos que debido a la excesiva

preocupación que siente respecto a su imagen corporal, sus síntomas ansiosos se acentúan conllevando a que se torne irritable e impaciente por lograr el “peso deseado”, lo que a su vez conlleva a que exteriorice rasgos agresivos por no lograr su principal objetivo que es percibirse delgada, para así ser aceptada por su padre y al mismo tiempo sentir mayor seguridad y satisfacción personal. Este dato puede ser confirmado con la entrevista cuando la joven refiere que: *“De repente siento rabia me entra la desesperación por no saber qué hacer, quisiera destruir todo, no me puedo controlar, pero lo que me ayuda como te dije es cortarme, es un dolor mezclado de placer eso hace que me centre más en el dolor físico que en la angustia que siento dentro...”*

4.5. INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES

Después de recabada la información necesaria de los test proyectivos, podemos afirmar que la joven atraviesa por estados afectivo-emocionales de **ansiedad** la misma que se observa en los ítems de *sombreado y repaso de líneas*; **agresividad** en los ítems de *cabeza agrandada, boca con dientes a la vista y orificios de la nariz*; y **presión** exteriorizada en el ítem de *nubes*. Por lo que podemos inferir que presenta ansiedad por su cuerpo al no lograr la imagen deseada, ocasionando que se tense y manifieste los síntomas ansiosos que fueron analizados anteriormente, por tanto ante la presión que tiene de adelgazar para ser aceptada por su padre y cumplir con el deseo de la madre se frustra creyendo que no lograra cumplir su objetivo, lo que desencadena que se irrite y adopte estados agresivos con las personas de su entorno y con ella misma.

4.6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Según el cuestionario aplicado podemos afirmar que A.A. proviene de una familia disfuncional (28 puntos), esta puntuación puede deberse a diversas situaciones que se suscitaron a lo largo de la historia familiar de la joven; como primer indicador tenemos las constantes peleas de los padres que presenciaba desde niña, además de que los mismos adoptaban una postura sobreprotectora con ella por ser hija única, tenían establecidas reglas y normas que no podían ser negociadas. El fallecimiento de

la madre en la etapa de la adolescencia fue un gran detonante para que su estructura familiar se desintegrara por completo y le causara grandes conflictos emocionales, porque desde ese entonces el padre mostró rechazo hacia su hija y cortó todo tipo de relacionamiento con ella, sin embargo le transmitía mensajes negativos del sobrepeso y le exigía mantenerse delgada y frecuentar con personas que mantuvieran una “buena apariencia”. Al poco tiempo el padre se volvió a casar, de tal unión tuvo dos hijas; este hecho acentuó los conflictos emocionales de la joven, porque desde un inicio la madrastra la maltrataba física y psicológicamente, razón por la cual tuvo que marcharse de su casa para ser acogida por su tío (hermano del padre). Por lo tanto después de todo lo expuesto, podemos afirmar que la familia de la joven no mantuvo la cohesión y permeabilidad necesaria para su buen funcionamiento, las reglas y normas no podían ser consensuados, porque no existía una comunicación clara y directa, lo mismo que imposibilitaba cualquier expresión de afecto. Todos estos aspectos estuvieron relacionados para que la joven desencadenara en una anorexia. Por lo que durante la entrevista refiere lo siguiente: *“Mmm... no sé es complicado...mi mami siempre me decía que no comiera mucho, que debía cuidarme y no me dejaba tener cualquier amiga, ellas tenían que estar bien vestidas, ser bonitas y delgadas, después de que mi mami murió mi papa que sé que está mal pero no lo quiero y no merece llamarse padre le valía lo que me pasaba me miraba como con odio y si me hablaba era sólo para decirme que estaba comiendo mucho y también vigilaba las amigas que tenía, me decía que era una sonsa y otras cosas más que me dolían...”*

V. CONCLUSIONES

Después de haber recabado toda la información necesaria de A.A. podemos concluir que tiene una baja autoestima, presenta un nivel de ansiedad moderada y se encuentra en un alto estado depresivo; en cuanto a los estados afectivo-emocionales de la joven, podemos mencionar nuevamente a la ansiedad, presión y estados agresivos, los mismos que dificultan un desarrollo adecuado en las diferentes áreas de la vida de la joven.

De igual manera posee rasgos de sizotimia, poca fuerza del yo, baja integración, ternura, inseguridad y mucha tensión, lo que revela los conflictos psicológicos por los que viene atravesando.

Estos rasgos se encuentran relacionados a los conflictos familiares por los que atravesó a lo largo de su vida, es decir a la familia disfuncional de la que es parte, con una comunicación difusa, inadecuada cohesión, la falta de armonía, afecto y los roles y reglas no delimitados, lo que a su vez se relaciona con su problema alimenticio.

CASO N° 5

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: X.G.

SEXO: Femenino

EDAD: 20 años

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de julio de 1988

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Universitaria

II. DESCRIPCIÓN GENERAL

XG es una joven de 20 años que nació en el departamento de Santa Cruz y actualmente reside con su madre en la ciudad de Tarija y estudia en una universidad estatal.

Desde que era muy pequeña presenciaba las constantes peleas entre sus padres, por lo que a la edad de los 13 años sus padres se divorciaron y durante este proceso vivió con la abuela materna

En cuanto a las relaciones afectivas, sólo las mantenía con el padre mientras que reprochaba a la madre por los conflictos que tenía con él. Tiempo después el relacionamiento se tornó favorable para la madre, tras el padre ausentarse para vivir en el extranjero, donde construyó un nuevo hogar en el que tiene dos hijos.

En lo referente a sus relaciones sociales afirma que las mantenía preferentemente con sus primas, pero que a la vez sentía celos hacia ellas porque eran de contextura delgada, mientras que ella desde su infancia tenía sobrepeso.

Desde los 14 años aproximadamente inició con dietas rigurosas al grado de pesar 40 kilos, por tal motivo tras su primer desmayo a causa de una anemia severa, ingresó al hospital San Juan de Dios donde fue diagnosticada con anorexia de tipo purgativa. Además de los síntomas físicos, también presentó serios conflictos psicológicos, en los que en dos ocasiones intentó suicidarse.

Síntomas actuales que presenta XG según las etapas de la anorexia

✓ 1º Etapa: aceptación acrítica del sobrepeso

- XG asume que esta pasada de peso y que por lo tanto debe adelgazar.
- Comienza con rigurosas dietas en las que durante días no ingiere alimentos
- se establece como meta reducir un kilo por semana.
- Comienza a excluir diferentes alimentos, como la carne, el pollo, pan. Dando suma prioridad a los alimentos light.
- Asiste al gimnasio diariamente.
- Bebe dos litros de agua diariamente, y dos litros de té diuréticos.
- Esta suscrita en una página de internet llamada PRO ANA Y MIA
- Ingiere comprimidos “FORMA T”, para poder adelgazar.

✓ 2º Etapa: pensamiento obsesivo compulsivo

- XG manifiesta rasgos obsesivos respecto a la comida, tiene una excesiva preocupación por adelgazar porque continua percibiéndose con sobrepeso.
- Evita reuniones sociales porque asume que sus amistades comentan sobre su peso y contextura.
- Fracciona la comida en trozos pequeños, con la finalidad de prolongar su almuerzo y así sobrar la mayor cantidad que pueda.
- XG siente que se ha convertido en una persona muy nerviosa y que reacciona de manera impulsiva ante situaciones que la molestan.
- Finge ante su familia que se llena, incurriendo en ocultar la comida para luego echarla a la basura.
- Tiene constantes dolores de cabeza que le dificultan tener un buen aprovechamiento académico.

- Cuando ingiere algún alimento siente culpabilidad extrema, se provoca el vómito y se autocastiga.
- Sufre de insomnio.
- Desde los 15 años su menstruación es irregular.

✓ **3º Etapa: disformismo perceptual**

- A pesar de sus insistentes dietas y de su contextura delgada XG asume que sigue gorda y que todavía le falta bajar de peso.
- En sus últimas pruebas de laboratorio indican que esta con anemia.
- Presenta caída de pelo.
- Se fracturó en dos ocasiones su brazo y pierna.
- Sufre de gastritis.
- Perdió interés en las relaciones sociales.
- Cuando se siente irritada opta por automutilarse.
- Niega tener problemas alimenticios.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Inventario de autoestima 35 B
- Inventario de ansiedad de Enrique Rojas
- El Inventario de depresión de Beck
- Inventario de los 16 factores de la personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.
- Entrevista en profundidad.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1 AUTOESTIMA

X.G. obtuvo una puntuación de (-13 puntos), lo que evidencia una autoestima baja, por lo que no posee una adecuada autovaloración de sí misma, donde existe una tendencia a conservar una imagen negativa de ella, generando un auto rechazo de sí misma y de los componentes que conforman la autoestima. Por lo que en la entrevista afirma que: *“me cansé de ser gorda, siempre quise ser como mis primas delgada, entonces empecé a hacer dietas de todo tipo, pero nunca es suficiente”*.

La joven desde pequeña observaba que los padres de sus primas no tenían problemas, por lo que asoció la delgadez con aprobación y cariño de los padres y la armonía en la relación de pareja; tiene la creencia de que ser delgada es un signo valorado como positivo, por lo que desea ser como sus primas, e intenta métodos cada vez más agresivos para lograr su peso deseado.

4.2 ANSIEDAD

La joven obtuvo una evaluación de ansiedad moderada (32 puntos), lo que evidencia que los síntomas ansiosos se presentan con mayor frecuencia interfiriendo en sus actividades cotidianas debido a la inestabilidad emocional por la que viene atravesando mostrándose como una persona insegura, preocupada y con un intenso temor a engordar. X.G. refiere que la indiferencia de su madre ante su estado anímico le producía ansiedad, por lo que durante la entrevista afirma que: *“obviamente sin que mi mama lo sepa, adelgace unos kilos y los engordaba también, creo que las discusiones y ese ambiente frio de mi casa me producían mucha hambre...”*. Es interesante notar en el caso de la joven, esta ingesta de comida que parece suplir o canalizar la ansiedad frente a la situación familiar, que no puede ser regulada, a esto afirma que: *“era inevitable no comer, así que después me daban cargos de conciencia y no comía en días...”*. Aspecto que se registra en el DSM IV, como un desorden en la conducta alimenticia que oscila entre comer grandes cantidades y luego suspender la ingesta de comida por culpa o remordimiento

4.3 DEPRESIÓN

X.G. se encuentra en un estado depresivo alto (32 puntos), por lo que podemos inferir que al tener una baja autoestima se autocritica y se culpabiliza porque piensa que carece de la capacidad necesaria para sentirse feliz y llevar adelante la vida que le gustaría, lo que conlleva a que sienta una profunda tristeza y soledad, lo expuesto puede ser corroborado con la entrevista cuando afirma que: *“hay en ocasiones que me veo muy sola y entonces me da ganas de matarme, no sé por qué a mí me tocó estar así de gorda, ya no me aguanto, no puedo ponerme nada, no me da ganas de salir a la calle, no quiero nada”*. Estos pensamientos conllevaron a un cambio en su comportamiento, quien se tornó menos comunicativa, más hermética e inestable, manifestando un aislamiento social, razón por la cual al interpretar su realidad de forma negativa y creer que nada tendrá solución, en dos ocasiones intentó suicidarse.

4.4 RASGOS DE PERSONALIDAD

De acuerdo a los datos obtenidos con la aplicación del inventario del 16 PF, se puede establecer que X.G. presenta los siguientes rasgos de personalidad:

NIVELES BAJOS

SIZOTIMIA (factor A)

Lo que revela que XG posee rasgos de personalidad como fría, reservada y sobre todo desconfiada, manifestando un desinterés por sus relaciones sociales y específicamente una molestia por realizar actividades comunes con sus primas, este dato es confirmado mediante la entrevista cuando la joven refiere que: *“mi madre todo el tiempo quería que salgamos a comer afuera con mis primas y mi abuela, y eso me molestaba mucho y no me quedaba más que comer lo mínimo y si era posible sólo sopa”* para luego ingresar a ciclos de temor asociados a un estado de irritabilidad. A esto refiere también: *“En ocasiones ya no aguantaba más trataba de esforzarme más por recuperarme y sentía que mis primas hablaban mal de mí, lo que me hacía enojar más y prefería ya no hablar más, incluso deje de visitar a mi abuela, me acuerdo que*

mi mamá me decía “hija vamos a almorzar a la casa de la abuela” y yo sabía encerrarme o me molestaba bastante, pero prefería no ir”.

POCA FUERZA DEL YO (factor C)

Este factor nos indica que XG tiende a una inestabilidad emocional, esto debido a la insatisfacción que atraviesa respecto a la percepción distorsionada de su cuerpo, convirtiéndose gradualmente en una joven voluble e inconsecuente, generando la evasión de sus necesidades, responsabilidades y obligaciones con su familia de acuerdo a su contexto social o medio, lo que se confirma con la entrevista cuando afirma que: *“me acuerdo que hasta el año pasado, mi mamá me lo pagaba todo para que vaya a la U. pero no tenía ganas y como ella no paraba en mi casa prefería no ir y quedarme en mi cuarto, me daba flojera”.*

POCA FUERZA DEL SUPER YO (factor G)

Lo que revela que la joven tiene una personalidad con rasgos de poca aceptación de normas convencionales por lo que tiende a realizar acciones espontáneas e improvisadas que de acuerdo al tiempo transcurrido conllevan a la falta de interés a los compromisos grupales, tornándose en una persona aislada y solitaria. *“ahora la mayoría del tiempo no me da ganas de salir de mi casa, ni siquiera de ir a la U, prefiero estar sola en mi casa...a veces ni a la tienda voy y lo que me diga mi mamá o mi abuela me vale”*

TIMIDEZ (factor H)

En el presente rasgo de personalidad, da referencia que XG es una persona extremadamente cautelosa y susceptible de todo lo que ocurre en su entorno, por lo que prefiere evadir todo tipo de acontecimientos. Generando así una distorsionada percepción de ella misma, formando una serie de sentimientos de inferioridad, evitando de esa manera actividades sociales y reduciendo su entorno a su familia. *“yo sé cómo son las amigas de saca cueros, para eso prefiero estar así sola y tranquila y sin que tener que preocuparme si ha dicho o no, además no me da ganas de salir y prefiero estar en mi casa con mi mamá o con mi abuelita”.*

NIVELES ALTOS

INSEGURIDAD (factor O)

Este factor revela que X.G. va generando cierto temor consigo misma al no encontrarse satisfecha con su cuerpo, temor que va incrementándose de forma paulatina y que se va reflejando a partir de la incapacidad de la joven para realizar tareas por miedo a equivocarse, evadiendo responsabilidades, contacto con las personas y sobre todo genera sentimientos de inferioridad, considerando que todo lo que hace está mal, en los días que trata de comer con normalidad, se muestra como una persona preocupada, deleznable y agobiada por la situación que atraviesa con sentimientos de culpabilidad por el hecho de considerarse una persona gorda y centro de atención de las demás personas. *“En las ocasiones que yo intentaba bajar de peso y me pesaba... Y al ver que no había bajado de peso me encerraba en mi casa no me daba ganas de nada, me quería matar después de todo el esfuerzo que yo hacía. Como voy a ir así a la U...nooooo, prefería perder el semestre”.*

MUCHA TENSION (factor Q4)

En el factor Q4 encontramos que XG al atravesar un estado de insatisfacción, presenta un enorme foco de tensión actuando en ocasiones de manera sobre excitada e irritable. La distorsionada percepción de encontrarse gorda genera frustración e inestabilidad en ella además de ingresar en un estado de hipervigilancia al asumir que las demás personas se centran en la apariencia que XG tiene. Este dato puede ser corroborado con la entrevista donde afirma: *“sé que a veces está mal pero me pongo de mal humor y me desquito con mi mamá pues...es que también ella me está controlando todo el tiempo para que coma y eso a mí me pone mucho peor, ella no me ayuda, más bien lo empeora todo”*

4.5 INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES

De acuerdo a los datos obtenidos en los test proyectivos podemos encontrar la presencia de **temor**, como la incapacidad para realizar actividades cotidianas las cuales se pudieron evidenciar en el ítem de *rigidez y en el de paraguas hacia la*

derecha. Lo cual de acuerdo a lo vertido por XG “había en ocasiones que me daba miedo salir y mi mamá no se daba cuenta si iba o no a la U. pero eso era porque sentía que mis compañeros me veían pasar y hablaban mal de mí y eso me daba rabia, me daba ganas de gritarles o si no también de mis primas y peor que ellas eran delgadas y yo una gorda y para evitar eso era mejor quedarme en mi casita y evitarme todos esos disgustos”. A esto también corroboramos la presencia de **agresividad** en línea recta pero tosca, zapato en punta con taco y en boca representada con una sola línea. Por tanto al sentirse frustrada por no lograr su principal objetivo que es adelgazar para sentirse segura y aceptada, va adoptando una serie de conductas agresivas, reflejadas primeramente en su entorno familiar a través de los gritos.

De igual forma podemos evidenciar la presencia de **depresión** en los ítems de *persona inconclusa* y *en cuello angosto*. Presentando un estado de tristeza y angustia, interpretando la realidad de forma negativa y centrándose en el lado malo de las cosas acompañada de sentimientos de inferioridad y de ideas suicidas “estoy gorda y parece que nunca voy a cambiar...ya no me aguento así, a veces quiero escaparme o matarme”. Por ultimo observamos la presencia de **ansiedad** la misma que se evidencia en el ítem *de repaso de líneas*, caracterizando por presentar síntomas físicos, psicológicos, de conducta o intelectuales tales como; dolores estomacales, de cabeza, sequedad bucal, nudos en la garganta, falta de aire. Ingresando en estados de hipervigilancia y susceptibilidad a todos los acontecimientos que ocurren a su alrededor acompañados con sentimientos de huida.

4.6 FUNCIONABILIDAD FAMILIAR

La familia de XG se ubica con 26 puntos, lo que nos indica que es una familia severamente disfuncional, por lo que existe una incapacidad para reconocer y satisfacer necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros.

En este sentido podemos afirmar que la joven pertenece a una familia monoparental, donde madre e hija viven juntas en una relación disfuncional; se puede evidenciar que la joven ha conformado una coalición con la madre frente al padre a partir del

divorcio y la emigración del padre, por lo que la madre desplaza al padre de su lugar, adoptando ella el doble rol de madre y padre, cuestionando al padre por su ausencia e incumplimiento de sus responsabilidades. Este dato se confirma cuando la joven en la entrevista refiere que: *“desde que mi papá se fue mi mami dice que ella es mi madre y padre, que él es un irresponsable porque hace más de un año que ni para mis estudios me manda dinero...”*

De la misma manera podemos observar que la madre adopta el papel de víctima e involucra a la hija en la falta de atención hacia su persona como pareja. Esto se refleja en la entrevista cuando afirma: *“mi mamá me dice que si hablo con mi papá le tengo que pedir plata para la U, pero que tenga mucho cuidado con lo que me dice, que no le de mucha importancia...pero últimamente que mi papá ya no llama me dice que es porque yo no le hablo bien o que me metía mucho en su relación...”*

Así también es preciso resaltar que para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, y en esta familia este aspecto tiene una gran falencia, lo que se corrobora cuando la joven en la entrevista afirma que: *“con mi mamá las cosas andan mal, la tipa está loca, siempre quiere saber qué es lo que hago, adonde voy...histérica total, llama a mis amigas para contarles mi supuesto problema...gracias a eso ellas piensan que estoy loca...”*

Es importante mencionar cómo la joven es quien queda afectada por estos problemas de límites difusos, que llevan a que ninguno de los miembros tome la responsabilidad que atañe a su relación con los demás, participan entremezclando sus roles y funciones, mas nadie se responsabiliza por sus actos y decisiones.

4.7 CONCLUSIONES

A través de los datos percibidos podemos concluir que XG presenta una baja autoestima al no poseer una adecuada valoración de sí misma. Presenta una ansiedad moderada y un estado depresivo alto el cual se manifiesta a través de las tentativas suicidas como su mayor síntoma, manifiesta además estados afectivo-emocionales como temor, presión y agresividad.

Dentro de los rasgos de personalidad podemos afirmar que posee rasgos tales como; sizotimia, poca fuerza del yo, poca fuerza del súper yo, timidez, inseguridad y mucha tensión lo que nos indica que es inestable emocionalmente e insatisfecha consigo misma.

Todos estos aspectos están estrechamente ligados a la familia severamente disfuncional de la que es parte, lo que a su vez se relaciona con que la joven desencadene en una anorexia.

CASO N° 6

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: D.A.

SEXO: Femenino

EDAD: 22 años

FECHA DE NACIMIENTO: 06 de septiembre de 1990

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Universitaria

II. DESCRIPCIÓN GENERAL

D.A. es una joven de 22 años nacida en la ciudad de Tarija y estudia en la universidad Autónoma Juan Misael Saracho.

La estructura familiar de la joven, se encuentra conformada por sus padres, su abuela materna, y los tres hijos: el mayor de 25 años, D.A. de 22 y el menor de 12 años. En cuanto a sus padres, estos se encuentran actualmente casados por 25 años y desde ese entonces no había una buena concordancia entre ambos progenitores

En cuanto a las relaciones afectivas podemos mencionar un notorio resentimiento con el padre, mientras que con la madre si bien anteriormente mantenía una coalición actualmente también la rechaza porque se siente traicionada. Por lo tanto únicamente mantiene una buena afectividad con la abuela, porque refiere que se siente comprendida por ella.

Referente a sus relaciones sociales podemos afirmar que previo a su anorexia su grupo de pares le llamaban “redondeta”, por lo que se sentía excluida del grupo, mientras que desde que empezó a adelgazar, se interesó más por la moda y así paulatinamente formó parte de un grupo social, sin embargo actualmente sus relaciones sociales tuvieron un retroceso debido a que por su trastorno alimenticio prefirió excluirse de su medio.

Desde hace aproximadamente dos años atrás fue diagnosticada con anorexia luego de ser internada en el hospital San Juan de Dios por presentar úlceras estomacales y una severa anemia. Razón por la cual sus padres la llevaron al departamento de Santa Cruz para que fuera internada en un centro de salud mental y recibiera el tratamiento especializado, donde permaneció once meses e hizo su egreso antes de lo estipulado por los médicos.

Actualmente la joven mide 1.65 y pesa 43 kilos, aun se puede percibir un deterioro físico considerable, se encuentra en un alto estado depresivo con ideaciones suicidas.

Síntomas actuales que presenta D.A. según las etapas de la anorexia

✓ 1° Etapa: aceptación acrítica del sobrepeso

- Da por hecho que esta gorda y que debe bajar de peso con urgencia.
- Restringe su alimentación al mínimo, pese al control que ejerce su madre.
- Si bien pesa 43 kilos, desea bajar un kilo por semana.
- Solo se permite comer sopa, ensalada o fruta.
- Realiza ejercicios tres horas diarias.
- Toma bastante agua y diuréticos.
- Está inscrita en una página web: PRO ANA Y MIA.
- Conoce a la perfección las calorías y grasas que contiene cada alimento.

✓ 2° Etapa: pensamiento obsesivo compulsivo

- Siente una excesiva preocupación por su peso y por la comida, además de sentir un intenso miedo a engordar.
- Afirma que se rehúsa a comer, porque los alimentos le dañan su aparato digestivo.
- Asume que las personas están pendientes de su peso y que la critican por ello.

- Cuando su madre le obliga a comer, mastica los alimentos por periodos prolongados.
 - Optó por aislarse de su entorno social.
 - Tiene drásticos cambios emocionales, se siente irritable y pelea con frecuencia con su madre.
 - Le miente respecto a la comida, cuando no la observan oculta la comida y simula comer todo.
 - Tiene constantes mareos y dolores de cabeza.
 - Cuando su madre le obliga a comer la desprecia, se torna agresiva con ella y a la vez le genera sentimientos de culpa.
 - Cuando no puede evitar la comida vomita.
- ✓ **3° Etapa: disformismo perceptual**
- Está muy delgada, y sin embargo ella se percibe gorda.
 - Sufre de anemia.
 - Presenta ulceras estomacales.
 - Se la percibe pálida y con ojeras.
 - Tiene arritmias y la presión baja.
 - Se pellizca, se pincha con agujas y se corta las piernas y antebrazos.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- Inventario de autoestima 35 B.
- Inventario de ansiedad de Enrique Rojas.
- Inventario de depresión de Beck.
- Inventario de los 16 factores de personalidad (16 PF) de Raymond B. Catell y Eber.

- Test de la figura humana de Karen Machover.
- Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y Maria I. Chaves Paz.
- Entrevista en profundidad.
- Cuestionario de funcionalidad familiar de Dolores De La Cuesta

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

4.1 AUTOESTIMA

De acuerdo a los datos obtenidos en el inventario, se establece que D.A. posee una baja autoestima (-13puntos), caracterizándose por no poseer una adecuada autovaloración a sí misma, con una imagen negativa de si, generando un auto rechazo. Esto concordado con lo que argumenta *“En ocasiones me veía pasadita de peso, aunque mis amigos y mis papás me decían que estaba flaca y es que yo con el tiempo me quería ver así flaca y no me entendían y más aún, me molestaba bastante hasta enojarme, cuando me agarraban de mis rollos, me hacían pensar que yo estaba gorda y me acuerdo que me molesto más cuando conocí a la novia de un ex que tuve, la veía súper delgada y bonita”*. Estos aspectos dieron lugar a una insatisfacción personal por la que atraviesa generando una inconformidad corporal por un deseo ideal de adelgazar no logrado.

4.2 ANSIEDAD

D.A. presenta un nivel de ansiedad moderada (33 puntos), en este nivel los síntomas ansiosos reaparecen con mayor frecuencia interfiriendo en el desempeño de las diferentes actividades que la joven realiza en lo cotidiano. Lo que se puede corroborar con la entrevista cuando afirma que: *“Mmm...mira odio la comida, me da asco...pero cuando mi papá me hace renegar no sé porque no puedo dejar de comer, como hartísimo...luego me siento de mal que no tienes idea, por eso lo vomito todo y de alguna manera me siento mejor, pero el odio por mi papá continua y luego me deprimó creo...”*

La joven exterioriza diversos síntomas, además de los atracones, tiene sequedad en la boca, palpitaciones, insomnio, pesadillas, etc., de igual forma se perciben problemas con síntomas psíquicos como inquietud interior, inseguridad, provocando una reacción asténica de sobresalto y de incitación a la huida. Por ultimo caracterizamos los síntomas intelectuales tales como, dificultad para concentrarse, con la imposibilidad de poder realizar sus estudios de manera normal, pensamientos preocupantes y negativos ésto como una actitud pesimista permanente y pensamientos ilógicos, estos síntomas se producen por fallos en la valoración de los diferentes hechos suscitados.

4.3 DEPRESIÓN

La joven se encuentran en un estado depresivo alto (32 puntos), que se evidencia por estar atravesando sentimientos de inferioridad, donde se siente inútil y carente de valor, se critica a sí misma y se culpabiliza por no lograr su peso deseado, por lo que tiende a centrarse en el lado negativo de las cosas.

Generando una visión negativa de su futuro, pensado que sus dificultades no terminarán, proponiéndose escapar de su situación que lo observa insoportable e irresoluble; incluso perdiendo interés por la sexualidad, el hecho de no querer frecuentar con nadie más, entrando en un estado de insomnio; la apatía y la falta de energía provienen de la creencia de que va a fracasar en todo cuanto se proponga y, por tanto, generando un aislamiento mayor. Este dato se corrobora con la entrevista cuando afirma que: *“En varias ocasiones ya no comía nada, pero nada, no tenía ganas ni de estudiar y cuando quería hacerlo no podía ni concentrarme, no me daba ganas de nada ni siquiera de salir o ver a mis amigas, no sé, me daba ganas de escaparme de todo y quedarme sola”.*

4.4 RASGOS DE PERSONALIDAD

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del inventario de personalidad 16 PF. Se establece que D.A. presenta los siguientes rasgos de personalidad.

NIVELES BAJOS

SIZOTIMIA (factor A)

Lo que nos indica que la joven tiene rasgos de personalidad como reservada, desconfiada, alejada y escéptica evitando las opiniones comprometidas, realizando sus actividades solitariamente y tomando un aprecio mayor a los objetos que a las personas. Lo cual puede ser confirmado a través de la entrevista cuando la joven refiere lo siguiente: *“la verdad es que pienso que todo mundo se fija y nota que estoy gorda, pienso que hablan mal de mí, es que creo eso porque noto que me miran feo...y eso hace que me de rabia y que no quiera salir a la calle para que no me vean”*

POCA FUERZA DEL YO (factor C)

Lo que revela que nos indica que D.A. es poco estable emocionalmente, esto es debido a las condiciones que no son satisfactorias en su entorno, convirtiéndose en una persona voluble e inconsecuente, generando la evasión de necesidades y obligaciones con su familia y con su grupo de pares, esto de acuerdo a su contexto social a raíz de una percepción distorsionada de su imagen corporal, lo que puede ser confirmado con la entrevista cuando la joven refiere: *“bueno sea como sea es mi padre...pero no sabes es un idiota lo único que hace todo el tiempo es fastidiarme, odio que la dirija a mi madre...quisiera que desaparezca estamos todos mejor sin él...aunque a veces me da pena...”*

TIMIDEZ (factor H)

Este factor indica que la joven es una persona cautelosa y susceptible, trata de permanecer al margen de algunas actividades sociales a causa de sus sentimientos de inferioridad, por lo que evita contactos grupales, no reconoce sus potencialidades, ni acepta sus debilidades, esto desencadena que no se acepte a si misma esto se evidencia en la entrevista cuando manifiesta que: *“como todo el tiempo me decían redondeta, hacía que yo me sienta menospreciada por eso tampoco me gustaba ir a*

clases porque me sentía sola y no me animaba a hablar a nadie, además que como ya te dije me miraban raro...”

NIVELES ALTOS

INSEGURIDAD (factor O)

Lo que nos indica que D.A. se muestra como una persona preocupada, insegura, agobiada y con sentimientos de inferioridad por el hecho de considerarse una persona gorda, incapaz de poder conseguir sus metas y objetivos, el hecho de tener una baja autoestima, no le permite realizar juicios de valor objetivos que le permitan reconocer áreas de su persona que las demás perciben como positivas *“Me acuerdo en una ocasión me medí un pantalón y no me entraba, me veía gorda y por nada mas no fui a un compromiso que teníamos con mi familia”*

MUCHA TENSION (factor Q4)

Este factor revela que la joven presenta rasgos de personalidad como: tensa, sobre excitada, irritable, frustrada, inestable e hipervigilante; estos resultados muestran y confirman claramente todo lo referido a la inestabilidad emocional por el que atraviesa como sus síntomas ansiosos relacionados a su baja autoestima, que a la vez la conlleva a sentirse depresiva por no lograr su principal objetivo que es verse delgada, por tanto se irrita al grado de tornarse agresiva con su familia y amigos estos datos pueden ser confirmados con la entrevista cuando refiere que: *“ mi mamá simula que le intereso pero es un hipócrita no la aguanto...no sé qué me ocurre pero en realidad no aguanto a nadie, quisiera vivir sola para que de una vez me dejen en paz...”*

4.5 INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES

Después de haber recabado la información pertinente de los test proyectivos podemos afirmar que la joven atraviesa estados afectivo-emocionales tales como: **ansiedad** exteriorizada en el ítem de *repaso de líneas*; **depresión** revelada en los ítems de *cabeza pequeña y cejas muy próximas a los ojos*; y **agresividad** en el ítem de *boca representada por una sola línea*. Por tanto podemos afirmar que por la ansiedad

moderada que presenta y por el estado depresivo alto en el que se encuentra por no lograr satisfacer su principal objetivo que es verse delgada, siente gran irritabilidad y frustración, por lo que se torna agresiva con su familia y con ella misma cuando se automutila, lo que le dificulta llevar un relacionamiento adecuado con su grupo de pares.

4.6 FUNCIONABILIDAD FAMILIAR

Después de recabar la información del cuestionario de funcionalidad familiar, podemos afirmar que la joven proviene de una familia disfuncional (28 puntos), lo que puede deberse a que forma parte de una familia de tres generaciones, porque si bien la abuela no interfiere directamente en la relación de los padres de la joven, si interviene en la relación de ella con su padre, quien forma una especie de alianza con la abuela al decir que la “entiende”, pues considera que con el padre no puede mantener una comunicación clara y directa, por lo que en la entrevista refiere que: *“la abue ahí anda, medio de apenas la pobre, siempre fue callada la pobre, pero nunca se llevó con mi papá, al menos no le gustaba el carácter que él tiene, y la verdad que le entiendo, con él no se puede hablar y lamentablemente es mi padre...”*

Podemos afirmar que la joven ha establecido una coalición con la madre en contra del padre a partir de la influencia que la madre ejerce sobre su hija, añadiendo las quejas que esta demanda ante la actitud de su padre, lo que se puede evidenciar con la entrevista cuando manifiesta: *“mi madre siempre fue dominadísima por mi padre, para ella es ley lo que él dice y luego se queja conmigo de lo mal que el la trata tantas veces...”*. Esto evidencia un conflicto reproducido por la triangulación en la que la joven queda sujeta a la madre en calidad de aliada, defensora y protectora, de una madre que sujeta a su esposo, aprueba este tipo de relación, pero a la vez contrariamente se queja con la hija haciéndola depositaria de su malestar y sufrimiento, generando en la hija una solidaridad por su madre y rechazo por el padre. A esto la joven refiere en la entrevista lo siguiente: *“me da pena mi madre, sé que sufre mucho, y me indigna que siga sufriendo por un marido que no la respeta y que*

no la quiere por eso lo odio...”. La madre justifica su continuidad en esa relación conyugal desde una dependencia económica.

Los límites entre la familia no se encuentran bien establecidos, lo que también genera conflictos en el relacionamiento, esto se confirma cuando la joven en la entrevista afirma que: *“cuando le cuento algo, bueno cuando le contaba algo, increíble pero al ratito le chismeaba a mi padre, y ahí se acaba la historia, no hay confianza, no puedo confiar más en ella, es sumamente dirigida por mi padre...”*. La joven ha perdido la confianza en la madre porque aparentemente la ha traicionado, afirmando así una línea de límites difusos.

En cuanto a la anorexia que desarrolla la joven, podemos afirmar que en el subsistema conyugal desde hace 25 años, es decir desde antes que la joven nazca, no había una concordancia entre ambos progenitores. La joven desarrolla enfermedades desde muy pequeña en las cuales sus padres se tenían que unir para encontrar una solución, en la entrevista la joven refiere que: *“lamentablemente siempre tuve problemas respiratorios, tenía asma, y solo cuando ellos veían que yo me moría se juntaban y hablaban para tomar una decisión, al menos eso es lo que me acuerdo...”*

Es interesante como la joven asocia la muerte con la intervención de sus padres, por lo que se puede concluir que la joven se somete a circunstancias en las que está al borde de la muerte para lograr que sus padres se unan.

4.7 CONCLUSIONES

Al concluir con la evaluación de las características de D.A. Se puede afirmar que su autoestima se rige en niveles bajos, presentando niveles moderados de ansiedad, de igual forma atraviesa por estados depresivos altos, presenta también recurrentes períodos de presión social imaginados (rasgos paranoides) y signos agresivos.

Así mismo al analizar los rasgos de la personalidad de la joven, podemos constatar que presenta rasgos de Sizotimia con poca fuerza del yo, timidez, baja integración, inseguridad y mucha tensión.

Todos estos datos están ligados a la posibilidad de revelar que proviene de una familia disfuncional lo que se relaciona con que la joven desencadene una Anorexia.

5.2. ANÁLISIS GRUPAL DE LOS CASOS

En el presente capítulo se muestran los resultados que se obtuvieron a través de la entrevista a profundidad y aplicación de test psicométricos y proyectivos; a jóvenes entre 18 y 25 años de edad que presentan anorexia.

Primero, se realiza la interpretación de los resultados correspondiente al nivel de autoestima que presentan los jóvenes; respondiendo así al primer objetivo específico de la investigación.

Seguidamente, se muestra el nivel de ansiedad que predomina en los seis casos; respondiendo de esta manera al segundo objetivo específico de la investigación.

Para responder al tercer objetivo específico, se presenta el estado de depresión de los jóvenes.

Para responder al cuarto objetivo de la investigación se muestra los rasgos de personalidad que presentan los jóvenes.

Posteriormente se presenta el análisis sobre la funcionalidad familiar de los jóvenes de 18 a 25 años de edad con anorexia. Cumpliendo así, el quinto objetivo específico de la investigación.

Finalmente, se concluye este capítulo haciendo una descripción y análisis de las hipótesis dando respuesta a las mismas especificando si se rechazan o se aceptan.

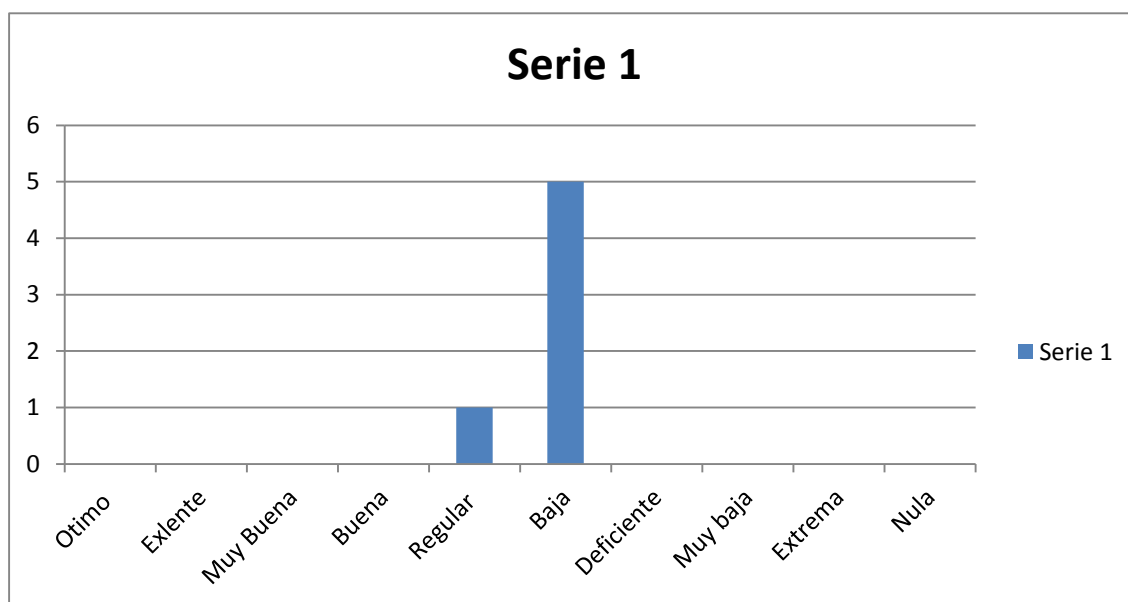
5.2.1. Objetivo N° 1.- Determinar el nivel de autoestima en jóvenes con anorexia.

El siguiente cuadro determina el nivel de autoestima en jóvenes con anorexia, dando respuesta al primer objetivo específico.

CUADRO N° 1
NIVEL DE AUTOESTIMA EN JOVENES CON ANOREXIA (35 B)

NIVEL DE AUTOESTIMA		FRECUENCIA	%
61-75	Óptimo	0	0%
46-60	Excelente	0	0%
31-45	Muy buena	0	0%
16-30	Buena	0	0%
0-15	Regular	1	17%
-1...-15	Baja	5	83%
-16...-30	Deficiente	0	0%
-31...-45	Muy baja	0	0%
-46...-60	Extrema	0	0%
-61...-75	Nula	0	0%
TOTAL		6	100%

GRÁFICA N° 1
NIVEL DE AUTOESTIMA EN JOVENES CON ANOREXIA (35 B)



La autoestima, hace referencia a la composición de ideas, sentimientos y actitudes que las personas tienen de ellas mismas. De allí que las personas con una buena autoestima tienen una sensación fundamental de eficiencia y un sentido fundamental de mérito a la idoneidad y a la dignidad.

Si bien la autoestima se va desarrollando de acuerdo a la historia de cada una de las personas, es necesario comprender que la observación de uno mismo, asimilación e interiorización de la imagen y la imagen de los demás influyen para tener una buena, mala o regular autoestima.

Dentro de este marco y partiendo de un análisis de las variables de la autoestima en jóvenes con anorexia a partir de la entrevista en profundidad, y la aplicación del inventario de Autoestima 35 B, se evidencia que 5 de 6 jóvenes, que equivalen al **83%** de la muestra presentan una **baja autoestima**. Estos datos permiten afirmar que estos jóvenes tienen un auto concepto, y una autoevaluación, negativa que les dificulta desarrollar sus potencialidades al máximo.

Por tanto podemos afirmar que el hecho de que una persona tenga anorexia se encuentra muy asociado a que tengan una baja autoestima, es decir que si la persona es insegura de sí misma y no reconoce sus potencialidades y debilidades, corre el riesgo de dejarse influenciar por su entorno; por tanto su autoestima se configurara en función a la aprobación de los demás, y como la autoestima es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada una de las personas, y de las relaciones interpersonales y de comunicación que existe entre los miembros de una familia, esta se verá afectada y no logrará configurarse si esas familias de las que provienen son disfuncionales e imposibilitan la configuración de un auto respeto que tiene que ver con el amor a uno mismo y con los sentimientos y emociones de sentirse orgullosos de sí mismos.

Por tanto si los jóvenes tienen una baja autoestima y no aceptan su cuerpo y rechazan su imagen corporal, éste será un factor de riesgo para que padezcan anorexia.

De esta manera lo expuesto puede ser corroborado por Bonsignore y otros (1996, pag.88) cuando afirman: “El foco, pues, no puede estar solamente puesto en la comida y el peso. Normalizar estas variables es importante pero no suficiente. La ayuda debe estar dirigida también a que el adolescente logre la aceptación de su cuerpo, independencia, autonomía, mayor autoestima y la sensación de ser capaz”

Así también refiere que, “si el adolescente no ha logrado en años anteriores una confianza básica en el reconocimiento que le brinda el medio que lo rodea; si sus conflictos emocionales previos no se han resuelto y no ha fortalecido su voluntad de ser el mismo; si no es capaz de anticipar, a través de la imaginación y el razonamiento, sus posibilidades futuras; y no tiene la capacidad para aprender a ser aquello que espera, surgirán sentimientos de inutilidad y autocrítica, desconfianza hacia su entorno y temor de ser el proyecto de los demás y no podrá encontrar soluciones adaptativas deseables. Son pues factores de riesgo personales la sensación de inutilidad, la desesperanza, el miedo a perder el control, la autoestima altamente dependiente de la opinión de los demás y un estilo de pensamiento del todo o nada. Además para el desarrollo emocional positivo es esencial la contención familiar, la familia como fuente de cuidado y cariño, como elemento de pertenencia”.

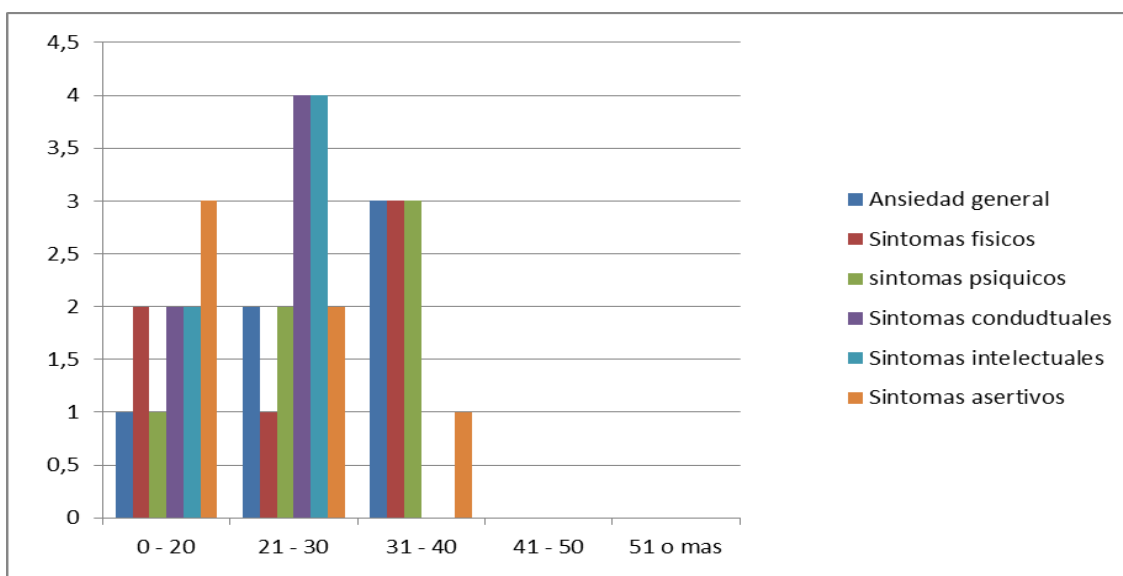
5.2.2. Objetivo N° 2.- Determinar el nivel de ansiedad que presentan las (os) jóvenes con anorexia.

El siguiente cuadro establece el nivel de ansiedad que presentan las (os) jóvenes con anorexia.

CUADRO N° 2
NIVEL DE ANSIEDAD EN JOVENES CON ANOREXIA

Escala	Nivel	Inventario de Rojas											
		Ansiedad general		Por síntomas									
				Físicos		Psíquicos		Conductuales		Intelectuales		Asertivos	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
0 – 20	Normal	1	17 %	2	33 %	1	17 %	2	33 %	2	33 %	3	50 %
21 – 30	Ligera	2	33 %	1	17 %	2	33 %	4	67 %	4	67 %	2	33 %
31 – 40	Moderada	3	50 %	3	50 %	3	50 %	0	0 %	0	0 %	1	17 %
41 – 50	Alta	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
51 o mas	Grave	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Total		6	100%	6	100%	6	100%	6	100%	6	100%	6	100%

GRÁFICA N° 2
NIVEL DE ANSIEDAD EN JOVENES CON ANOREXIA



La ansiedad, hace referencia a la respuesta vivencial, fisiológica, conductual y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de actividad generalizada. De allí que las personas que presentan anorexia generalmente se encuentran en un estado de excitación emocional, preocupación y una sensación de impotencia, inquietud interior, aprehensión, preocupación en la vida cotidiana.

Si bien, todas las personas alguna vez han pasado por un estado ansioso, es necesario comprender que en la anorexia las manifestaciones son más frecuentes y conflictivas.

Bajo este marco de referencia y partiendo de un análisis del nivel de ansiedad de los jóvenes, producto de la entrevista a profundidad y el inventario de Ansiedad de Enrique Rojas, se evidencia que 2 de 6 jóvenes presentan un nivel de **ansiedad ligera (33%)**, es decir que en este nivel, ya se presentan las primeras manifestaciones de síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, los mismos que interfieren de manera negativa en sus diferentes actividades cotidianas, y 3 de 6 jóvenes, que equivalen al **50%** presentan un nivel de **ansiedad moderada**, donde los síntomas ansiosos se intensifican provocando una mayor excitación emocional experimentada por sensaciones de impotencia, inquietud interior, aprehensión y preocupación, las mismas que imposibilitan un desenvolvimiento adecuado en sus relaciones sociales. Éste dato puede ser corroborado con el test de la persona bajo la lluvia y el test de la figura humana; ya que los jóvenes se muestran inseguros, preocupados y temerosos hacia lo desconocido, situación que genera la ansiedad.

Las personas con anorexia centran su vida en torno a la comida; son personas que viven ofuscadas por su alimentación, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y su físico; estos pensamientos y preocupaciones hacen que se sientan frustradas por no lograr su peso mínimo deseado, lo que les dificulta llevar una vida cotidiana esperable sintiéndose ansiosos; así mismo es preciso destacar que este estado emocional es variable, lo que implica que estos jóvenes cuando tienen un aparente control de sus hábitos alimenticios y creen que tienen controlada su ingesta diaria se sienten más tranquilos y los síntomas ansiosos desaparecen, sin embargo existen

momentos en los que estos síntomas reaparecen porque nuevamente se sienten amenazados ante la posibilidad de subir de peso, lo que les causa gran preocupación y temor por tanto este estado al ser un estado emocional, fluctúa en el tiempo.

Por tanto para una mayor comprensión de los datos obtenidos a continuación exponemos el análisis e interpretación de los resultados según los síntomas ansiosos predominantes que puntuaron los jóvenes con anorexia.

El 50% de la muestra, es decir 3 de 6 jóvenes presentan un nivel de ansiedad moderada en relación a sus **síntomas físicos**, estos síntomas aparecen por descargas de adrenalina poniendo al sujeto en un estado inquietante, lo que a la vez puede conllevar a un estado de depresión. De esta manera se pudo observar que los síntomas físicos más frecuentes que presentan son; atracones de comida donde comen excesivamente rápido e incluso sin apetito, para luego vomitar por el sentimiento de culpa que les genera, así también sufren de taquicardia, sequedad en la boca, opresión en la zona del pecho, náuseas, orinan con mucha frecuencia, sufren de insomnio, tienen pesadillas, etc. Todos estos síntomas pueden deberse a las tensiones emocionales producidas por la autoexigencia de mantener un cuerpo delgado, de esta manera estos síntomas exteriorizan sensaciones y sentimientos de displacer y angustia generados por la percepción distorsionada de su imagen corporal.

De la misma manera 3 de 6 jóvenes que corresponden al 50% de la muestra presentan un nivel de ansiedad moderada con relación a sus **síntomas psíquicos**, lo que evidencia que estas personas pasan mucho tiempo pensando en la comida, lo que a la vez les provoca dificultad para respirar, tienen la sensación de vacío interior, están bastante inquietas y con una mayor predisposición al suicidio por la inseguridad que sienten respecto a su imagen corporal.

Mientras que 4 de 6 jóvenes, es decir el 67% de la muestra se ubican en un nivel ligero de ansiedad en relación a sus **síntomas conductuales**, este dato se puede evidenciar porque estos jóvenes se tornan irritables, por la frustración que sienten al

no poder lograr su “peso ideal”, lo que les dificulta poder desarrollar sus actividades habituales de la manera adecuada, así también muestran expresiones faciales que reflejan el miedo a engordar, el asco hacia la comida, la preocupación por su imagen corporal y la tristeza profunda en la que se sumergen por no lograr su principal objetivo que es percibirse delgadas.

Así también el 67% de la muestra, es decir 4 de 6 jóvenes presentan un nivel ligero de ansiedad en relación a sus ***síntomas intelectuales***, lo que hace referencia a las primeras manifestaciones cognitivas, lo que se evidencia cuando la persona realiza falsas interpretaciones de la realidad personal creyendo que esta gorda y que por lo tanto debe bajar de peso con urgencia, de igual manera tiene pensamientos preocupantes cargados de temor respecto a la comida y por tanto pensamientos radicales de que sus esfuerzos por adelgazar no son suficientes.

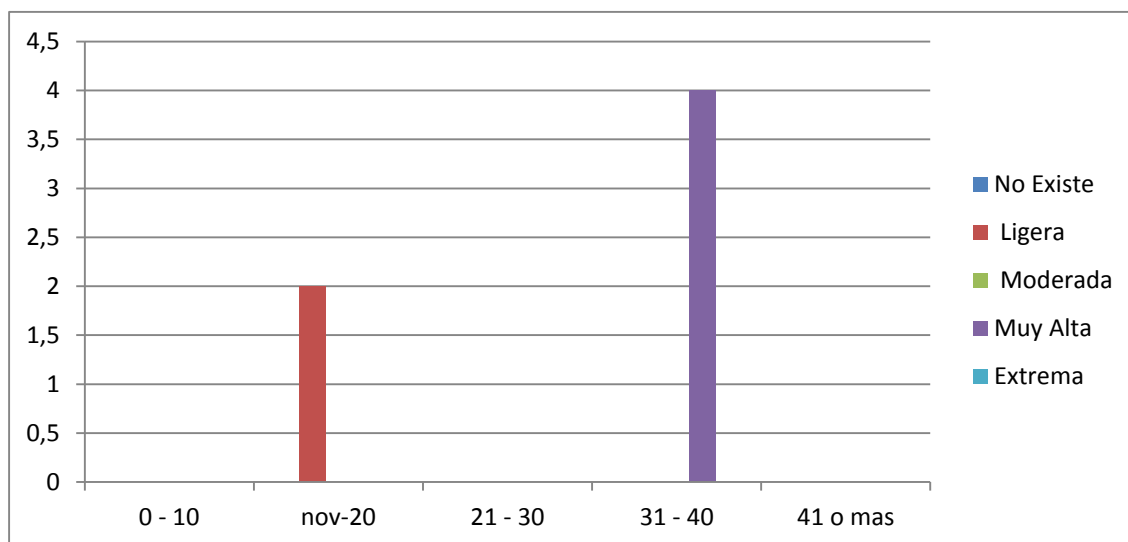
5.2.3. Objetivo N° 3.- Determinar el nivel de depresión en el que se encuentran las (os) jóvenes con anorexia.

El presente cuadro determina el estado de depresión en el que se encuentran las (os) jóvenes con anorexia.

**CUADRO N° 3
NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS JOVENES CON ANOREXIA
(INVENTARIO DE BECK)**

NIVEL		FRECUENCIA	%
0-10	No existe	0	0%
11-20	Ligera	2	33%
21-30	Moderada	0	%
31-40	Muy alta	4	67%
Más de 41	Extrema	0	0%
TOTAL		6	100%

**GRÁFICA N° 3
NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS JOVENES CON ANOREXIA
(INVENTARIO DE BECK)**



La depresión hace referencia al síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas. Es así que la depresión suele causar grandes sufrimientos en las personas en sus relaciones familiares, sociales y personales.

Bajo el presente criterio y partiendo de un análisis sobre el estado de depresión de los jóvenes, se evidencia que 4 personas presentan un **estado de depresión muy alta**; lo que significa que presentan tristeza, son pesimistas, tienen ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, indecisión, insomnio, nivel bajo de energía y pérdida de apetito sexual. Todas estas características del estado de depresión nos permitieron conocer y confirmar la existencia de depresión en los jóvenes que tienen anorexia.

Por otra parte 2 de 6 jóvenes presentan un estado de **depresión ligera**; lo que significa que estos jóvenes si bien no se encuentran en un estado de depresión crítico si se encuentran sumergidos en un cuadro depresivo que les imposibilita realizar sus actividades cotidianas de manera satisfactoria.

La depresión se refiere a una sensación de malestar relacionada con síntomas como tristeza y angustia, pero también contrariedad, mal humor, frustración como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio. (Rojas, 2006, p. 29).

La depresión está muy asociada a la anorexia, porque al ser personas que tienen como principal objetivo bajar de peso para verse “delgadas” sienten gran frustración porque todos sus esfuerzos empleados les resultan insuficientes y piensan que nunca van a lograr su objetivo, por tanto al ser personas que también tienen una baja autoestima y tienen sentimientos derrotistas entran en un estado de tristeza y hundimiento

profundo provocando que en varias ocasiones hayan intentado suicidarse afirmando que su “vida no tiene sentido”.

Corroborando con lo mencionado, Bonsignore y otros (1996; pág. 211), refieren que “La pérdida de peso y la anorexia son síntomas comunes de la depresión. Dado que los trastornos depresivos se asocian entre el 23% y un 56% con la anorexia nerviosa y los mismos están presentes en el 66% de los casos en forma previa al trastorno alimenticio”.

Es también pertinente destacar el hecho de que estas personas provienen de familias disfuncionales, donde no tuvieron una comunicación ni el afecto y cariño necesarios que les posibilitara consolidar su autoestima, y como se encontró una íntima relación entre la anorexia y la funcionalidad familiar, podemos afirmar que detrás de sus problemas alimenticios existen problemas familiares, los que a su vez provocan en estos jóvenes hundimiento y desesperanza haciendo que entren en un estado depresivo muy alto.

Lo mencionado puede ser corroborado por Bonsignore y otros (1996; pág. 70), quienes afirman: “por alguna razón los sucesos familiares y sociales siempre están acompañados por una comida”, así también afirman que: “frecuentemente vemos familias agrupadas alrededor de una mesa, con la presencia de su televisor con quien comparten otros personajes y otras familias, acontecimientos ajenos infiltrándose en el tejido familiar”

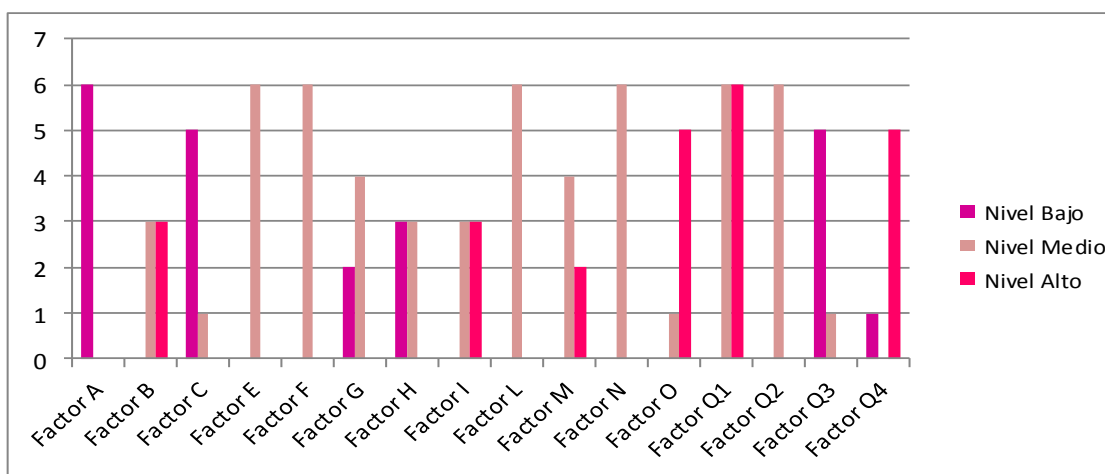
5.2.4. Objetivo N° 4.- Establecer los rasgos de personalidad que presentan las (os) jóvenes con anorexia.

El siguiente cuadro establece los rasgos de personalidad que presentan las (os) jóvenes con anorexia.

**CUADRO N° 4
RASGOS DE PERSONALIDAD (16 PF)**

FACTORES \ NIVELES	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%
FACTOR A	6	100%	0	0 %	0	0%	6	100%
FACTOR B	0	0%	3	50 %	3	50%	6	100%
FACTOR C	5	83%	1	17 %	0	0%	6	100%
FACTOR E	0	0%	6	100%	0	0%	6	100%
FACTOR F	0	0%	6	100 %	0	0%	6	100%
FACTOR G	2	33%	4	67 %	0	0%	6	100%
FACTOR H	3	50%	3	50 %	0	0%	6	100%
FACTOR I	0	0%	3	50 %	3	50%	6	100%
FACTOR L	0	0%	6	100 %	0	0%	6	100%
FACTOR M	0	0%	4	67 %	2	33%	6	100%
FACTOR N	0	0%	6	100 %	0	0%	6	100%
FACTOR O	0	0%	1	17 %	5	83%	6	100%
FACTOR Q1	0	0%	6	100 %	0	0%	6	100%
FACTOR Q2	0	0%	6	100 %	0	0%	6	100%
FACTOR Q3	5	830%	1	17 %	0	0%	6	100%
FACTOR Q4	1	170%	0	0 %	5	83%	6	100%

**GRÁFICA N° 4
RASGOS DE PERSONALIDAD (16PF)**



La personalidad hace referencia a la combinación de habilidades manuales y mentales, intereses, temperamentos, diferencias individuales, sentimientos y conducta. De allí la importancia de conocer los rasgos de personalidad que presentan los jóvenes que presentan anorexia. Si bien los rasgos de personalidad están encargados de organizar las conductas de las personas, es necesario comprender la importancia de conocerlas a cabalidad para poder modificarlas y transformarlas a conductas y rasgos positivos.

Bajo este marco de referencia y de acuerdo a la entrevista en profundidad y el inventario de personalidad 16 PF. Se evidencia entre los puntajes bajos, que las 6 personas, que equivalen al 100% presentan como rasgo de personalidad la **SIZOTIMIA** (FACTOR A), lo cual significa que son personas reservadas, alejadas, críticas y frías. Por lo tanto las persona con anorexia tienden a aislarse de su entorno y prefieren realizar sus actividades de manera solitaria con el fin de evitar que les digan que están delgadas, o asistir a reuniones sociales donde haya comida y no tengan que lidiar con el hecho de rechazar los alimentos sin que el resto de las personas lo noten. Lo que puede ser corroborado por Bonsignore y otros (1996; pág.158). Cuando afirman que: “La persona con anorexia busca meterse para adentro: se retrae, se aísla, sus relaciones sociales están intervenidas; la paciente con anorexia trata de anular su cuerpo”.

POCA FUERZA DEL YO (FACTOR C), como se puede observar 5 personas que equivalen al 83% de la muestra se caracterizan por ser poco estables emocionalmente, es decir que no cuentan con la capacidad de sobrellevar cualquier dificultad que se les pueda presentar, se ven muy afectadas ante la crítica de las demás personas, y no pueden abordar con madurez las dificultades familiares que se les presentan.

BAJA INTEGRACIÓN (FACTOR Q3), de la misma manera el 83% de la muestra son personas que no pueden dominar sus emociones y no poseen un control sobre sí mismas, su estado de ánimo no es estable debido a la irritación y a la presión constante que sienten por tener que bajar de peso.

INSEGURIDAD (FACTOR O), cinco de las seis personas de la muestra, que corresponden al 83%, son jóvenes con una baja autoestima, inseguros de sí mismos, viven en función a las demás personas y se preocupan bastante por cómo pueden estar siendo juzgados, y por tener que bajar de peso, lo que les lleva a sentirse ansiosos y por ende sentirse muy abatidos por esta temática al punto de deprimirse.

Este dato puede ser corroborado por Bonsignore y otros (1996, pág. 102), quienes afirman que: “Una joven que busca tenazmente la delgadez no está loca ni es mala, si no que ha puesto en ella un valor absoluto de éxito y aprobación. Esta conducta es congruente con el mundo en que vive, en el que se ha confundido el ser con el hacer; donde la perfección, la competencia y la comparación son valores corrientes; y en el que se ha perdido la inserción participativa y colaboradora de los contextos. La sociedad necesita volver a crear sistemas que den lugar a la reflexión y al discurso creativo; donde los fracasos sean vistos como resultados que pueden ser cambiados. La validación por parte de otros, particularmente de su familia, ayudará al adolescente a desarrollar su identidad, a afianzar su autoestima sin miedo y a concretar su proyecto de vida”.

MUCHA TENSION (FACTOR Q4), esto quiere decir que el 83% de la muestra son poco estables emocionalmente, autoconflictivos, y frustrados. La mayor parte del tiempo están irritados por pensar en cómo bajar de peso.

Tres personas de seis presentan rasgos de personalidad **TIMIDEZ Y TERNURA** estos rasgos nos indican que los jóvenes se muestran retraídos y aislados de su entorno social, pero que al mismo tiempo son sensibles y buscan atención y ayuda.

Dos personas que equivalen al 33% de la muestra presentan rasgos de personalidad de **POCA FUERZA DEL SUPER YO**, lo que evidencia que los jóvenes tienen poca aceptación por las normas morales. Y finalmente de igual manera el 33% de la muestra presentan rasgos de personalidad de **IMAGINATIVIDAD**, lo que muestra que son personas fantasiosas y seducibles.

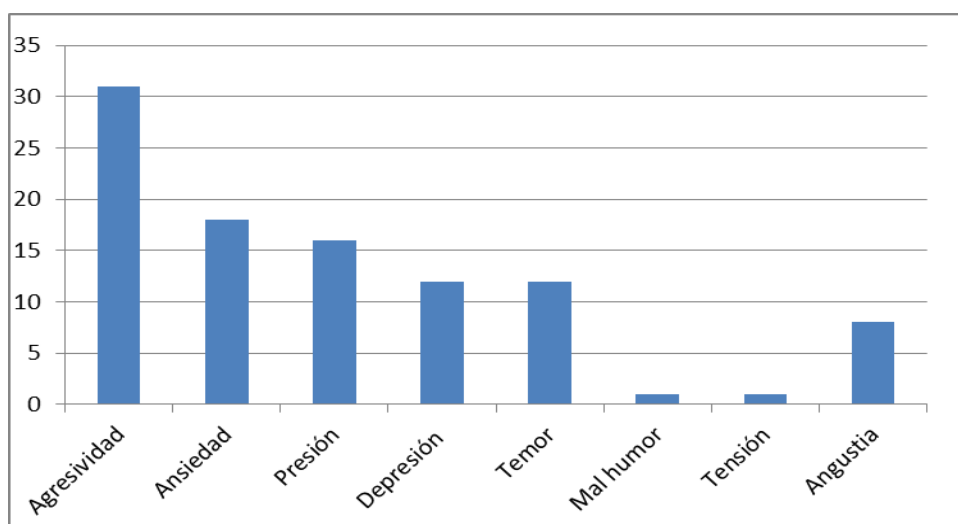
1.2.5. Objetivo N° 5.- Determinar los indicadores afectivo-emocionales en técnicas proyectivas gráficas.

El siguiente cuadro determina los indicadores afectivo-emocionales de los jóvenes de 18 a 25 años de la ciudad de Tarija con anorexia.

**CUADRO N° 5
INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES
DE LOS JOVENES CON ANOREXIA**

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agresividad	16	31%
Ansiedad	9	18%
Presión	8	16%
Depresión	6	12%
Temor	6	12%
Mal humor	1	1%
Tensión	1	1%
Angustia	4	8%
TOTAL	51	99%

**GRÁFICA N° 5
INDICADORES AFECTIVO-EMOCIONALES
DE LOS JOVENES CON ANOREXIA**



La afectividad hace referencia a las emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive. Por tanto es importante conocer los indicadores afectivo-emocionales que presentan los jóvenes con anorexia, es decir conocer la manera en que exteriorizan su modo de sentir y pensar.

Bajo este marco de referencia y de acuerdo a la entrevista en profundidad, al test de la figura humana y al test de la persona bajo la lluvia. Podemos afirmar que los 6 jóvenes con anorexia puntuaron un 31% en el indicador de **AGRESIVIDAD**, lo que puede deberse a que tengan conflictos internos por querer bajar de peso y al mismo tiempo tener que luchar contra el hambre que sienten con el único objetivo de “verse bien” para sentirse aceptados. Por tanto se sienten amenazados tras este hecho, por lo que se tornan agresivos tanto con las personas que los rodean (sobre todo agresivos verbalmente) y con ellos mismos, lo que se observa en los momentos en que optan por cortarse en diferentes partes de su cuerpo y pincharse con agujas, etc.

De igual manera se evidencia en el indicador de **ANSIEDAD** una puntuación del 18%, la misma que si bien en el inventario de ansiedad de Rojas se manifestó en niveles de ligera a moderada, en los test proyectivos estos síntomas ansiosos se acentuaron, y se exteriorizaron en varios ítems de dichos test, por que la ansiedad se caracteriza por ser un estado fluctuante, en tal sentido lo ya expuesto referente a la ansiedad, puede ser corroborado en este apartado a través de los test proyectivos.

En lo referente al indicador de **PRESIÓN**, podemos constatar una puntuación del 16%. De esta manera podemos afirmar que los jóvenes que tienen anorexia al tener una percepción distorsionada de su imagen corporal y por ende sentir insatisfacción de su cuerpo, optan por recurrir a todas las técnicas posibles para bajar de peso, para así según ellas lograr una mayor seguridad y aprobación de su entorno. Por tanto sienten mucha presión para adelgazar y así cumplir con su principal objetivo de verse delgadas para sentir una mayor satisfacción.

Podemos observar también el 12% en el indicador de **DEPRESION**; esto como ya se mencionó anteriormente se debe a la gran frustración y tristeza que sienten por no poder lograr “bajar de peso” por tanto se sumergen en tal estado al grado de tener ideaciones suicidas.

Así también el 12% exterioriza **TEMOR** a no poder cumplir con su principal objetivo que es bajar de peso y que como consecuencia a esto sean rechazados por su entorno, lo que implicaría para ellos un fracaso y por ende se sienten inútiles, lo que les conlleva a la frustración ya mencionada.

Tres jóvenes de seis, manifiestan **ANGUSTIA** en un 8%, lo que evidencia que estas personas sienten temor y se conflictúan por no poder bajar de peso, pues buscan una satisfacción que no pueden lograr y como consecuencia sienten zozobra, inquietud y se impacientan de sobremanera, por lo que tienen manifestaciones físicas relacionadas con la ansiedad que ya se analizó con anterioridad.

Finalmente el 1% manifiestan **MAL HUMOR** que se asocia a la frustración y sentimiento de fracaso por no poder bajar de peso. Y **TENSIÓN** provocada por acontecimientos estresantes en los que se encuentran por las técnicas que utilizan para bajar de peso, las mismas que les resultan fallidas conllevando a que tengan la sensación de fracaso.

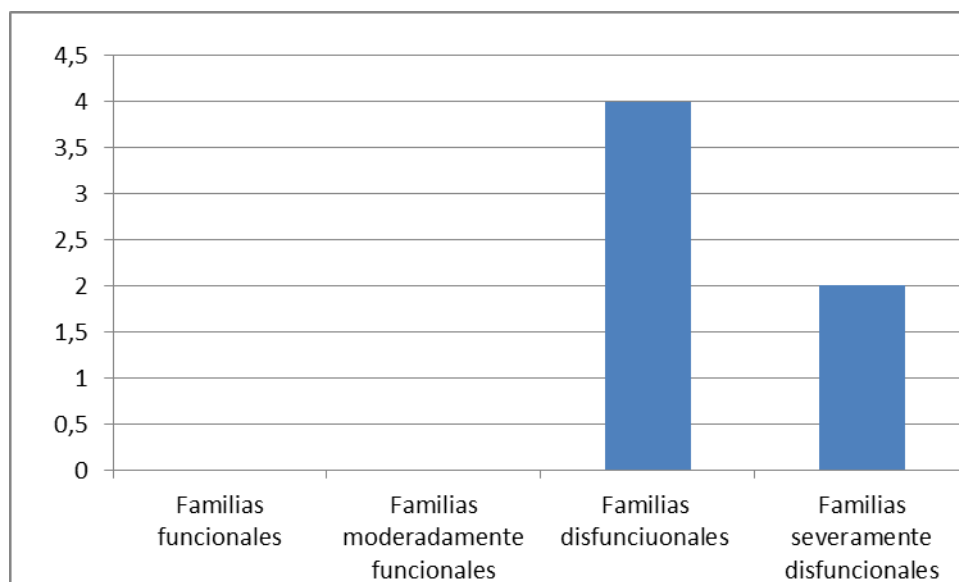
6.2.6. Objetivo N° 6.- Determinar las características de funcionalidad de las familias de los jóvenes de 18 a 25 años de edad con anorexia.

El siguiente cuadro determina las características de la funcionalidad familiar de los jóvenes de 18 a 25 años con anorexia, dando respuesta al objetivo específico mencionado.

**CUADRO N° 6
NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN LOS JOVENES CON ANOREXIA**

	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	%
70 - 57	Familias funcionales	0	0
56 - 43	Familias moderadamente funcionales	0	0
42 - 28	Familias disfuncionales	4	67
27 - 14	Familias severamente disfuncionales	2	33
	TOTAL	6	100

**GRÁFICA N° 6
NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS JOVENES CON ANOREXIA**



De acuerdo a la entrevista en profundidad y al cuestionario de funcionalidad familiar aplicados podemos afirmar que 4 de 6 jóvenes con anorexia (67%) provienen de familias disfuncionales, mientras que 2 de ellos, que equivalen al 33% forman parte de familias severamente disfuncionales.

Mediante estos datos podemos observar que los jóvenes que padecen este trastorno presentan disfuncionalidad familiar por lo que no tienen una adecuada comunicación en el seno familiar, tampoco perciben el afecto y la armonía que requieren de sus padres para adquirir la seguridad que necesitan para enfrentarse en su medio social, de la misma manera no lograron adquirir la adaptación a su medio porque sus roles y normas familiares no estuvieron bien consolidadas y como existe una íntima relación entre la anorexia y la funcionalidad familiar, podemos afirmar que detrás de sus problemas alimenticios existen problemas familiares, los que a su vez provocan en estos jóvenes hundimiento y desesperanza haciendo que entren en un estado depresivo muy alto. Lo mencionado puede ser corroborado por Bonsignore y otros, (1996; pág. 70), quien afirma “por alguna razón los sucesos familiares y sociales siempre están acompañados por una comida”, así también afirma que: “Frecuentemente vemos familias agrupadas alrededor de una mesa, con la presencia de su televisor con quien comparten otros personajes y otras familias, acontecimientos ajenos infiltrándose en el tejido familiar”. La persona que tiene anorexia forma parte de un sistema familiar, en el cual interactúa, pero esta interacción se ve afectada en relación a su funcionamiento, es decir que está caracterizada por una sobre involucración de los miembros, donde no se ha podido dar una *desvinculación posible* que caracteriza a las familias funcionales, al contrario esta *desvinculación es imposible* típica de una familia disfuncional donde las fronteras no están bien establecidas generando en cambio triangulaciones en el sistema familiar total. La rigidez de estas familias es tal, que los hijos viven con gran dificultad la etapa del crecimiento y cambio, tienen gran incapacidad para enfrentar diferencias y negociar sus normas y reglas, donde en algunos casos los miembros de la familia optan por la no expresión de emociones, sentimientos, ni opiniones.

Por tanto podemos afirmar que la familia es un factor muy influyente para que uno de sus miembros desencadene un trastorno alimenticio. Sin embargo cabe destacar que si bien la familia se encuentra íntimamente asociada a la anorexia no todo caso de anorexia deviene de una familia disfuncional.

Después de realizar el análisis de los resultados de las categorías que evalúan la funcionalidad familiar, podemos inferir que los mayores índices de disfuncionalidad fueron: cohesión, armonía, comunicación y afectividad.

Estas familias develaron su dificultad para interactuar en su núcleo familiar, desarrollando así una ausencia cohesional de grupo y dificultades en la homeostasis que se necesita para lograr una armonía filial.

De igual manera se pudo percibir los problemas comunicacionales que deterioran su convivencia, dando lugar al desarrollo de inadecuadas formas de manifestar sus emociones.

En síntesis total, familias disfuncionales con dificultades en su comunicación que interactúan con un sistema comunicacional del lenguaje con mensajes de doble vínculo, siendo este factor el detonante para desarrollar trastornos psicológicos en los miembros con reciliencia inadecuada, que conforman el núcleo familiar de origen.

5.3 HIPÓTESIS

Después de analizar los resultados plasmados en la presente investigación, se puede dar respuesta a las hipótesis planteadas en el trabajo, las mismas que se refieren a continuación.

Hipótesis N° 1

- Los jóvenes con anorexia de 18 a 25 años presentan bajos niveles de autoestima.

De acuerdo al cuadro N° 1, se evidencia que de los 6 jóvenes que formaron parte de la muestra para nuestra investigación 5 que equivalen al 83% tienen una autoestima baja y uno de ellos (17%), se ubica en un nivel regular, resultados que permiten **confirmar** la primera hipótesis.

Hipótesis N° 2

- Los jóvenes con anorexia de 18 a 25 años presentan altos grados de ansiedad.

La segunda hipótesis **se rechaza**, ya que de acuerdo al cuadro N° 2 en nuestros resultados no se evidencian sujetos con altos grados de ansiedad. El nivel de ansiedad de los jóvenes estudiados es de normal a moderado, es decir que uno de ellos (17%) de los jóvenes se encuentra en un nivel normal, mientras que 2 de 6 jóvenes (33%) se ubican en un nivel ligero y 3 de ellos que corresponden al 50%, tienen un nivel moderado de ansiedad

Hipótesis N° 3

- Los jóvenes con anorexia de 18 a 25 años presentan altos estados depresivos.

De acuerdo al cuadro N° 3 se puede afirmar que la tercera hipótesis **se confirma** ya que 4 de los 6 jóvenes los mismos que equivalen al 67% de la muestra, presentan un estado depresivo muy alto, mientras que 2 de ellos (33%) se ubican en un nivel ligero de depresión.

Hipótesis N° 4

- Los jóvenes con anorexia de 18 a 25 años presentan una personalidad con rasgos de: Sizotimia, poca fuerza del Yo, e inseguridad.

De acuerdo al cuadro N° 4, podemos aseverar que la cuarta hipótesis de trabajo **se confirma** porque las 6 personas que corresponden al 100% de la muestra, presentan rasgos sizotímicos y 5 de los 6 jóvenes que equivalen al 83% tienen rasgos con poca fuerza del Yo e inseguridad por tanto las personas con las que se trabajó presentan estos tres factores.

Hipótesis N° 5

- Los jóvenes con anorexia de 18 a 25 años presentan indicadores afectivo-emocionales de: tensión, presión y angustia.

La quinta hipótesis se **confirma parcialmente**, porque de acuerdo al cuadro N° 5 podemos afirmar que la tensión no es un estado predominante en los jóvenes con anorexia, dato que se refleja en el 1% de este estado. Sin embargo el estado de presión se confirma porque la mayoría de los jóvenes puntuaron en indicadores de presión en un porcentaje del 16%; también se pudo determinar que manifiestan angustia en un 8%.

Hipótesis N° 6

- Los jóvenes con anorexia de 18 a 25 años provienen de familias disfuncionales.

La sexta hipótesis de trabajo se confirma porque según el cuadro N° 6 se puede aseverar que de los 6 jóvenes 4 de ellos (67%) provienen de familias disfuncionales y los 2 restantes que equivalen al 33%, provienen de familias severamente disfuncionales.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1. Conclusiones

Según los resultados de la investigación se puede responder a cada uno de los objetivos e hipótesis.

- En lo referente al **nivel de autoestima** los resultados muestran que los jóvenes presentan una baja autoestima, lo que significa una falencia en la percepción de si mismo, falta de confianza en sus potencialidades y poca fuerza o desaliento para alcanzar sus metas
- En relación al **nivel de ansiedad** de los sujetos estudiados, se puede afirmar que tienen una tendencia de ansiedad moderada, lo que quiere decir que presentan cuadros leves de pérdida de la atención, inquietudes y sudoraciones; sin embargo debemos considerar que los síntomas ansiosos son fluctuantes, por tanto estos niveles de ansiedad pueden variar en función al tiempo y estado anímico de la población.
- Respecto al **estado de depresión** en el que se encuentran los jóvenes con anorexia, se concluye que presentan un nivel de ansiedad muy alta, lo que evidencia que la mayoría de los sujetos de la muestra tienen un estado de ánimo negativo que les dificulta realizar sus actividades cotidianas por presentar sentimientos de fracaso e insatisfacción por no lograr su principal objetivo que es el de adelgazar y debido a la depresión alta que sienten, ven como única salida el suicidio.
- Los **rasgos de personalidad** predominantes que presentan los jóvenes de la muestra son rasgos **sizotímicos** es decir que son reservados críticos y fríos porque su insatisfacción personal es tan grande que sienten vergüenza de sí mismos y de su cuerpo razón por la cual comienzan a aislarse de la sociedad.

Presentan también rasgos de **poca fuerza del yo**, porque a medida que la enfermedad avanza estas personas se tornan irritables y muestran fluctuaciones drásticas en su estado de ánimo.

Predomina también el de **baja integración** donde además de ser irritables y poco estables emocionalmente, son autoconflictivos, porque concentran su vida en torno a la comida, son personas que viven ofuscadas por la comida, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y su físico.

La **inseguridad** es otro de los rasgos dominantes en estas personas porque no tienen la capacidad de identificar sus características personales, no reconocen sus potencialidades y debilidades, su autoestima es muy baja y el concepto que tienen de sí mismas depende mucho de la opinión de los demás.

Otro de los rasgos que caracteriza a las personas con anorexia es la **mucha tensión** porque como ya se mencionó anteriormente estos jóvenes sienten gran frustración al no lograr su “peso ideal” por tanto se irritan con mucha facilidad.

- En cuanto a los indicadores afectivo-emocionales, es posible mencionar que los jóvenes con anorexia además de constatar la **ansiedad** y **depresión** ya mencionadas, exteriorizan estados tales como la constante **presión** que sienten al tener que bajar de peso para ser aceptados, la **agresividad** que manifiestan por el autoconflicto y amenaza tras sus intentos “fallidos por adelgazar”, y el **temor** y **angustia** ante el fracaso que creen tener y que a consecuencia de esto sean rechazados por su entorno.
- En lo referente a la **funcionalidad familiar**, se asevera que las características familiares de estos jóvenes se encuentran determinadas entre familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales, es decir que las normas no están bien delimitadas, no existe una comunicación adecuada entre los miembros de la familia y las muestras de afecto son deficientes. De esta manera que el conflicto emocional, la inseguridad y la falta de confianza en

los contactos íntimos con las demás personas son el reflejo de la disfuncionalidad familiar de la que son parte. Por tanto podemos afirmar que el factor familiar se encuentra íntimamente asociado a la anorexia.

- Por tanto de manera general se concluye que los factores psicológicos que se encuentran asociados a la anorexia son una baja autoestima, niveles de ansiedad moderados (los mismos que al ser fluctuantes pueden cambiar en el tiempo), rasgos de personalidad sizotímicos, poca fuerza del yo, baja integración, inseguridad y mucha tensión, estados afectivo-emocionales tales como la agresividad, presión, temor y angustia, como así también la disfuncionalidad familiar por la que atraviesan.

6.2. Recomendaciones

A las instituciones.

- Capacitar al personal en el área de sensibilización para el acompañamiento durante el proceso de intervención, y también en el área de recopilación y sistematización de datos, para realizar diagnósticos más precisos, y así elaborar programas de intervención más efectivos.
- Crear centros especializados para brindar apoyo y atención integral a personas con trastornos alimenticios.
- Para intervenir de manera adecuada con esta población se recomienda que durante las primeras entrevistas psicológicas se arribe a una visión integral del joven y su familia, para así rescatar los aspectos positivos de su persona y de su entorno y no así etiquetarlo con un rol de enfermo trabajando con su problemática puntual, porque siendo así solo se lograría perpetuar su enfermedad.
- Se recomienda que el abordaje terapéutico contemple todos los contextos donde el joven interactúa.

- El vínculo con el profesional es vital para el inicio y continuidad del tratamiento. Por tanto se recomienda tener una actitud de escucha atenta, serena, empática y no prejuiciosa; esto contribuirá a que el joven se instale como protagonista principal y sea participe activo de su propio tratamiento.
- Tomar en cuenta que si bien presentan síntomas similares cada caso es único, por tanto es crucial analizar las particularidades de cada paciente para que en función a ello se pueda realizar el abordaje psicológico más apropiado.
- Para que la familia participe en el proceso de recuperación de manera activa es necesario crear en ella la noción de riesgo y la actitud autodestructiva del paciente, aclarándoles la situación diagnóstica y terapéutica que se llevará a cabo.
- Trabajar con equipos multidisciplinarios ya que este trastorno comprende síntomas físicos, psicológicos y sociales; el equipo debe clarificar las áreas y los tiempos, donde y cuando cada uno de los integrantes ha de intervenir.
- Se recomienda como punto esencial la promoción de estilos de vida saludables y la adecuada prevención de los trastornos alimenticios, con la ayuda de la comunidad en general.

A los padres.

- Es aconsejable evitar confrontaciones mientras se promueve el cambio, porque deben reconocer que al tener una autoestima baja sus actitudes estuvieron influenciadas por opiniones ajenas. Por tanto a un inicio se aconseja hacerles saber que se les acompaña en su sensación de fracaso, y para ello deben pedirle que les hable más sobre el tema en cuestión y cuando esté más aliviado empezar poco a poco a liderar la situación en la búsqueda de otras alternativas.

- Es preciso que la familia le exprese su preocupación por su salud, sin embargo al mismo tiempo debe respetar su necesidad de autonomía y privacidad, para ello se recomienda lo siguiente:
 - Es importante evitar comentarios sobre su apariencia.
 - Evitar cualquier discusión acerca de los alimentos y del acto de comer.
 - Es importante que primero examine sus propias actitudes acerca de la imagen y el tamaño de su cuerpo y el de los demás, para que no transmita ningún prejuicio sobre la gordura o exacerbe el deseo de ser flaco.
 - Es importante no tomar el rol del terapeuta.
- No considerar que en el núcleo familiar, el único problema es el paciente focalizado, ya que los problemas de un miembro de la familia siempre refleja el malestar de la misma.
- Formar parte activa en el proceso de recuperación de sus hijos(as) facilitando el trabajo a los terapeutas.

A futuros investigadores.

- Tener en cuenta nuevas perspectivas en la etiología de la anorexia, haciendo hincapié en las primeras relaciones de los pacientes con su entorno familiar.
- Investigar otros trastornos alimenticios como la bulimia y/o TCA no específicos para que la sociedad tome conciencia de las consecuencias negativas que desencadenan estos trastornos y que en función a ello se puedan desarrollar políticas preventivas.
- Se recomienda realizar investigaciones sobre la estructura familiar de los jóvenes con anorexia realizando mayor énfasis en el subsistema parental, desde un enfoque sistémico, ya que se pudo evidenciar que el

relacionamiento con los padres es crucial para la consolidación de la autoestima.

- Investigaciones donde puedan establecer con mayor precisión las diferencias de rasgos psicológicos y familiares entre la anorexia y bulimia.