



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LA
ANOREXIA NERVIOSA EN MUJERES ENTRE LOS 14 Y 20 AÑOS EN LA
CIUDAD DE QUITO.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los
requisitos establecidos para obtener el título de Psicóloga Clínica

Profesor guía

Jaime Eduardo Moscoso Salazar

Autora

Rebeca Lucio Paredes Núñez

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación

Jaime Eduardo Moscoso Salazar
Psicólogo Clínico y Máster en Antropología
C.I.: 1714733423

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaramos haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación

René Jacobo Recalde Recalde

Psicólogo Clínico Especialista en

Psicoterapia individual y grupal

C.I.: 1715918155

Javier Ricardo Toro Merizalde

Magister en Educación

C.I.: 1712635596

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes

Rebeca Lucio Paredes Núñez

C.I.: 1716029044

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme sabiduría y fuerza para culminar este ciclo.

A mi madre y padre, por su paciencia gigantesca.

A mi hermana, por su guía y tiempo de diversión.

A mi abuelo y abuela, por permitir todo esto.

A mi tutor, Jaime Moscoso, por enseñarme a soñar en grande.

DEDICATORIA

A todas las personas que atraviesan o atravesaron situaciones muy complicadas a raíz de la anorexia.

A las familias, quienes forman parte del proceso.

A Sari y Tati, unas guerreras.

RESUMEN

Desde una perspectiva sistémica familiar, esta investigación está basada en la revisión de diversos estudios en torno a la anorexia nerviosa y el sistema familiar. Describe la dinámica, los cambios estructurales y los roles de los miembros de la familia, para poder analizar la influencia de la misma durante el proceso de recuperación, en mujeres que tuvieron anorexia nerviosa entre los 14 y 20 años en la ciudad de Quito. Se utilizará un enfoque cualitativo, con un alcance descriptivo y un diseño a partir del análisis de contenido. El estudio realizará entrevistas individuales a mujeres que presentaron este trastorno y dos grupos focales: uno con madres y otro con padres de estas mujeres; información que se triangulará para obtener mayor validez. Esta investigación toma en cuenta todos los lineamientos éticos, además de determinar la viabilidad del estudio en el contexto ecuatoriano. Finalmente, se estableció una lista de estrategias de intervención, adaptadas al entorno ecuatoriano, en relación al problema investigado.

ABSTRACT

From a family systemic perspective, this research is based on the review of several studies of anorexia nervosa and the family system. It describes the dynamics, structural changes and roles of family members in order to analyze their influence during the recovery process in women who had anorexia nervosa between the ages of 14 and 20 in the city of Quito. A qualitative approach will be used, with a descriptive scope and a design based on content analysis. The study will conduct individual interviews with women who presented this disorder and two focus groups: one with mothers and the other with fathers of these women. The information will be triangulated for greater validity. This research takes into account all ethical guidelines, in addition to determining the feasibility of the study in the Ecuadorian context. Finally, a list of intervention strategies adapted to the Ecuadorian environment was established in relation to the problem investigated.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Formulación del problema.....	3
3. Pregunta de investigación	7
4. Objetivos.....	7
4.1 Objetivo General	7
4.2 Objetivos Específicos	7
5. Marco teórico y referencial	8
5.1 Anorexia nerviosa	9
5.2 Proceso de recuperación.....	12
5.3 Familia y anorexia nerviosa.....	12
6. Preguntas directrices.....	15
7. Metodología.....	17
7.1 Tipo de diseño y enfoque	17
7.2 Muestreo	18
7.3 Recolección de datos y herramientas a utilizar	20
7.4 Pre-validación	21
7.5 Procedimiento	21
7.6 Tipo de análisis	22
8. Viabilidad	22

9. Aspectos éticos	23
9.1 Consentimiento y asentimiento informado.....	23
9.2 Tratamiento de la información.....	24
9.3 Auto reflexividad	24
9.4 Consecuencia de la investigación	25
10. Análisis de estrategias de intervención.....	25
11. Cronogramas.....	31
REFERENCIAS	36
ANEXOS	51

1. Introducción

La presente investigación analiza la influencia que posee la familia en el proceso de recuperación de una mujer entre la edad de 14 a 20 años con anorexia nerviosa (AN)¹ en la ciudad de Quito. Está enfocada en facilitar información sobre la AN, su etiología, sus efectos y factores predominantes en pro de la recuperación. Asimismo, determinar los elementos influyentes más importantes y encontrar mejores soluciones para enfrentar este trastorno que ha ido incrementando su prevalencia a escala mundial. Además, sensibilizar a los lectores sobre la importancia de la participación del sistema familiar en el proceso de recuperación.

La historia del ideal de la belleza y los distintos cánones han sufrido una serie de cambios importantes desde el paleolítico hasta la actualidad (Behar, 2010, p. 20). En la Prehistoria, la representación femenina se caracterizaba por su voluptuosidad, prominentes caderas y pechos, que guardaban relación con la fertilidad (Mayor Ferrándiz, 2011, p. 2). Dando un salto al antiguo Egipto, la belleza era el equivalente a la perfección; en donde lo bueno, armonioso y hermoso se atribuían como características de las clases privilegiadas (Behar, 2010, pp. 20-21). En la Antigua Grecia, no se registra una teoría única de belleza, ya que esta se asociaba con las costumbres, el arte y la poesía (Eco, 2002, p. 37). En Roma, por otro lado, primaba la práctica del ejercicio físico y el corte de alimentación como medida estética. En la Edad Media, la belleza se ve representada por la mujer joven menor de 25, encorsetada, muy delgada, pulcra en su imagen, sin arrugas, rubia y con cabello rizado (Behar, 2010, pp. 22-23). En este período del Medioevo, resonaban las “santas ayunadoras”; mujeres religiosas que restringían su alimentación como devoción y agrado a Dios. Actualmente, podrían ser consideradas con un cuadro clínico de AN, pero no para esa época (Del Bosque-Garza y Caballero-Romo, 2009, p. 399 y Fischler, 1995, p. 365 citado en Moscoso, 2011, p. 49). Asimismo, uno de los casos más emblemáticos de AN se remonta al siglo XVIII en Austria con Sissi

¹ Cada vez que se utiliza la inicial AN se refiere a anorexia nerviosa.

Emperatriz o Elisabeth Amalie Eugenie. Mujer de extrema delgadez, quien tenía un régimen de ejercicio físico muy estricto (Almenara, 2003, p. 55) y una obsesión por la perfección corporal (Guerra, 2010, p. 29). En el siglo XIX empiezan a diagnosticarse trastornos atribuidos exclusivamente a las mujeres. Un siglo después, la participación laboral, las campañas de emancipación y derechos civiles priorizan el cuidado y la belleza corporal. Mientras que en el siglo XXI, aunque la subjetividad de la belleza toma partido, se ve opacada por las influencias sociales y avances tecnológicos, que dan prioridad a la sensualidad, figura esbelta y narcisista; al aumento de mecanismos para la baja de peso y a distintas enfermedades (Behar, 2010, pp. 24-35).

El origen de la AN se remonta a los años 1700, en donde Richard Morton -un médico británico- describe 2 casos que, en ese entonces, fueron llamados como 'consunción nerviosa' (Buil Rada, García López y Pons Tubío, 2002, p. 267; Del Bosque-Garza y Caballero-Romo, 2009, p. 399 y Salas-Salvadó, García-Lorda y Sánchez Ripollés, 2005, p. 312). Asimismo, en 1764, en Edimburgo, Robert Whytt -profesor de medicina- registra un caso de origen nervioso de un joven de 14 años, con periodos de restricción alimenticia, baja de peso y consumo alimentario (Salas-Salvadó et al., 2005, pp. 312-313).

Para 1798, en Francia, era conocida como una 'neurosis gástrica' (Salas-Salvadó et al., 2005, p. 313). En 1874, William Gull -médico victoriano- fue el primero en acuñar el término 'anorexia nerviosa' a mujeres entre 16 a 25 años con un cuadro sin causa física aparente, extrema delgadez, falta de apetito, amenorrea, astenia, bradicardia y estreñimiento (Buil et al., 2002, p. 267). En un período de la época victoriana, pasada por pugnas religiosas, el curso de la AN llega a 1859 con el médico francés Loius-Victor Marcé; quien nombra a estas personas como "locas", y las describe como pacientes delirantes por no comer, con un sistema emocional debilitado y un cuerpo sin energía. Debido a la muerte temprana de Marcé, el protagonista histórico de este cuadro clínico fue William Gull (Salas-Salvadó et al., 2005, p. 314). Por su parte, en 1893, el

psiquiatra James Hendrie Lloyd detalla a la anorexia por primera vez en América (Almenara, 2003, p. 56).

Para el siglo XX, la AN empieza a clasificarse desde el punto de la esquizofrenia paranoide con Melanie Klein en 1930. Posteriormente, en el año 1972, Feighner y sus colaboradores plantean los criterios diagnósticos de la AN, entre otros trastornos (Feighner et al., 1972, pp. 57-61). Consecutivamente, en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría los perfecciona y publica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)² (Martínez-Aedo, 2001, pp. 149-150 y Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015, p. 109).

En la actualidad, la AN es uno de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)³ de mayor crecimiento a escala mundial, perjudicando a 1 de cada 100 adolescentes mujeres entre 14 y 20 años. La prevalencia mundial de la misma oscila entre 0,5% a 1% (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, p. 44) El pronóstico de mejoría de los casos registrados en pacientes completamente recuperadas es del 40 al 45%, pacientes que refieren cierto grado de mejoría es del 30% y pacientes sin ninguna mejoría llegando a un estado crónico es del 25% (Cortes, Díaz, Mejía y Mesa, 2003, p. 37 y Walsh, Wheat y Freund, 2000, p. 578). Es considerada como uno de los problemas más importantes y complicados de la adolescencia a escala mundial debido a los efectos y a la dificultad de un diagnóstico temprano (Polivy y Herman, 2002, p. 188).

2. Formulación del problema

Debido a la complejidad del trastorno, el proceso de recuperación de la AN puede ser complicado. Una persona puede presentar grandes dificultades psicosociales (tanto crónicas como graves), afectaciones físicas irreversibles, la muerte o una recuperación completa. Se plantea que si se interviene de

² Cada vez que se utiliza la inicial DSM-III se refiere al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición.

³ Cada vez que se utiliza la inicial TCA se refiere a Trastornos de la conducta alimentaria.

manera precoz puede existir mayor probabilidad de recuperación total. Se estima que existe un 50% de recaídas en el primer año, el 20% mantiene algunos criterios del trastorno, y una gran parte de casos se recuperan totalmente (Attia y Walsh, 2008, p. 40). Por lo que las investigaciones recomiendan que el tratamiento sea siempre multidisciplinario (Unikel y Caballero, 2010, p. 19). Asimismo, debido al gran impacto que tiene la familia en el desarrollo y en la permanencia de los síntomas de la AN, se recomienda tomar en cuenta a la familia dentro de este procedimiento multidisciplinario. El sistema familiar debe incluirse como parte del esquema terapéutico, con la intención de que el núcleo familiar pueda modificar patrones y conductas que afectan a cada miembro y que perpetúan el síntoma (persona con AN) (Valdanha, Scorsolini-Comin, Sanches y dos Santos., 2013, pp. 231-232).

La mayor parte de los estudios sobre AN se desarrollan a partir de dos posturas. Una de ellas, el modelo cognitivo conductual, plantea que en los TCA existen alteraciones cognitivas que influyen en las respuestas conductuales y emocionales (Galsworthy-Francis y Allan, 2016, p. 26). Por lo que este enfoque plantea reestructurar los pensamientos y las acciones realizadas en torno a la restricción alimenticia y la preocupación constante por el peso (Saldaña, 2001 p. 382). Por su parte, la perspectiva sistémica considera a la AN como un síntoma derivado de las disfuncionalidades familiares; siendo este un punto de unión entre los factores culturales y la influencia de la delgadez estética, y los cambios sociales y evolutivos de los miembros de la familia. Por lo que las investigaciones y los tratamientos a partir de este modelo plantean la idea de incluir a la familia dentro del proceso y relacionar a la misma con el síntoma (Rodríguez Vega, 1996, pp. 47-50).

Una gran cantidad de estudios académicos significativos que combinan la AN con la familia se han realizado en Gran Bretaña, España, Canadá, Estados Unidos, Chile y México. Entre estos, Kalucy, Crisp y Harding (1977, pp. 382-391) realizaron una investigación en Inglaterra, en donde se analizaron diversos aspectos de 56 familias con un miembro con AN, a través de

entrevistas y el análisis de avances psicoterapéuticos. Su hipótesis planteaba que existen ciertos factores en el sistema familiar que predisponen la aparición de la AN. Se determinó que existe un déficit en los mecanismos de afrontamiento, interdependencia entre los miembros de la familia, falta de flexibilidad y preocupaciones constantes por el deseo de autonomía de hijos e hijas, que pueden generar vulnerabilidad en los adolescentes.

Vázquez y Raich (1997, p. 391) realizaron un estudio en Barcelona, España, que incluía 17 familias o triadas conformadas por una hija con AN; en donde determinaron que existe una relación estrecha entre las percepciones a nivel familiar y los hábitos alimenticios entre madres e hijas, además se identificó cierto grado de afectación de las hijas en cuanto a los estereotipos, mientras que el padre interviene en la organización e impulso elevado de metas.

Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo (2008, pp. 81-90), realizaron una investigación en Chile, con 296 alumnas de secundaria entre 14 a 19 años. El estudio pretendía entender la relación entre las manifestaciones psicológicas y la funcionalidad de la familia. Se comprobó que la obsesión por adelgazar está relacionada con la comunicación con la figura paterna y con el manejo ineficiente de conflictos dentro de la familia.

Posteriormente, López-Coutiño y Nuño-Gutiérrez (2009, pp. 47-53) realizaron un estudio en México con dos mujeres con anorexia y seis con bulimia, entre 22 y 38 años, para describir la estructura familiar al tener presente un miembro con algún trastorno alimenticio. El estudio determinó que las interacciones familiares fueron caracterizadas como aglutinadas y desligadas, lo que generaba mayor estrés familiar, problemas económicos y conyugales, además de comparaciones fraternales que perjudicaban a las pacientes identificadas y dificultaban su adaptación en este proceso.

Los casos de TCA, especialmente de AN, han ido creciendo de manera significativamente en los últimos 20 años alrededor de Latinoamérica y

Centroamérica. Sin embargo, los estudios entorno a estos han sido limitados. Las investigaciones giran alrededor de la depresión, identidad de género, abuso de sustancias, ansiedad, entre otras problemáticas. Los estudios realizados confirman el riesgo progresivo de los y las estudiantes a desarrollar problemas alimenticios, y la influencia notoria de los cambios en la imagen corporal, la cultura, la presión social y los nuevos cánones de belleza. Dentro de los principales problemas sobre esta temática, está la dificultad de delimitación de los criterios diagnósticos, la falta de: estadísticas sobre prevalencia e incidencia, esclarecimiento de las influencias, y tratamientos efectivos (Mancilla Díaz y Gómez Pérez-Mitré, 2006, pp. 1-173). Argentina es el país con mayores casos en la región y el segundo a escala mundial después de Japón (Casullo, 2006, pp.1-24). En Brasil no existen programas de salud estatal y no es considerado como un problema de salud pública (Nunes, 2006, pp. 25-42). En Colombia, los casos documentados entre 1980 y 1989 fueron tratados únicamente por psiquiatras; sin embargo en los últimos 20 años se han involucrado a otros profesionales en el tratamiento de este tipo de enfermedades. Otro problema al respecto es que no se toma en cuenta a la población rural (Rodríguez y Gempeler, 2006, pp. 43-55). Además, las investigaciones se han centrado en la búsqueda de conductas de riesgo y casos de desnutrición como un derivado de problemas socioeconómicos (Vivas y Luigli, 2006, pp. 124-173).

En Ecuador las investigaciones han sido bastante limitadas; siendo estas centradas mayormente en la obesidad y la desnutrición infantil, por lo que no existen datos sobre casos de AN (Moscoso, 2011, p. 15). En Ecuador no se han registrado cifras específicas sobre este trastorno. Sin embargo, a partir de la "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición" realizada en 2012, a personas entre 10 a 19 años, se descubrieron conductas alimenticias riesgosas con el objetivo de evitar el aumento de peso o perderlo; entre las cuales el 10,2% de las personas dejaron de comer por 24 horas o más en el último mes previo a la encuesta, y el 3,1% consumieron medicamentos; el porcentaje de mujeres que realizaron las conductas antes descritas fue el 4,5%, y de hombres 1,4%.

Mientras que el 2,4% vomitaron o ingirieron laxantes, porcentajes de los cuales 3,4% correspondía a las mujeres y 1,0% a los hombres (Freire et al., 2014, p. 472).

Por lo tanto, se puede percibir que a pesar de que los estudios sobre AN – individualmente- y de AN y el contexto familiar han empezado a aumentar a escala mundial, en Ecuador no existen estudios que relacionen a la anorexia con la familia. Las investigaciones realizadas en Ecuador se centran mayormente en la obesidad y desnutrición infantil, como un problema de salud pública, pero no se ha dado mayor importancia a los TCA, especialmente a la AN, que remite un alto porcentaje de casos en aumento. En este sentido, este estudio describirá la relación entre la AN y la familia, y cómo esta última puede influenciar y ser partícipe del proceso de recuperación del individuo con AN.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 20 años en la ciudad de Quito?

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar la influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 20 años en la ciudad de Quito.

4.2 Objetivos Específicos

- a. Describir la dinámica de una familia con un miembro con AN desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.

- b. Describir el rol de la familia en relación al proceso de recuperación de la anorexia nerviosa desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.
- c. Identificar los cambios en la estructura familiar durante el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.

5. Marco teórico y referencial

Desde la época de 1874, William Gull, se ha desarrollado el constructo sobre la AN desde las diversas posturas. Breuer y Freud, en 1973, mencionan que el Psicoanálisis entiende a la AN como un síntoma del sujeto, que se origina por un conflicto psíquico y que está estructurado por medio del discurso del Otro (López, 1999, pp. 600-604). Por su parte, los manuales diagnósticos han sido establecidos para generar una evaluación rigurosa del paciente y por consiguiente establecer un tratamiento adecuado (De la Fuente, 1996, p. 1). El DSM-V comprende a la AN dentro de los “trastornos de evitación/restricción de la ingesta de alimentos” y considera que existe una alteración de la percepción corporal, que afecta la autoevaluación (American Psychiatric Association, 2014, pp. 190-191). Mientras que el CIE-10 la incluye dentro de los “trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” (OMS, 2000, p. 6) y detalla que existen ideas intrusivas sobre la imagen corporal de forma sobrevalorada (OMS, 2000, p. 140). Por su parte, la Terapia Cognitivo Conductual explica que el eje principal de este trastorno es la distorsión cognitiva de la imagen corporal (Rutzstein, 2009, p. 6), es decir que la persona vivencia un conflicto entre la percepción que tiene de su cuerpo y la expectativa del mismo (De la Vega Morales y Gómez-Peresmitré, 2012, p. 226). Asimismo, se entiende que la persona con AN no es consciente de la situación en la que se encuentra ni de los mecanismos que realiza para modificar su imagen corporal; y que presenta un temor constante por engordar, que se explica por las alteraciones cognitivas (Rutzstein, 2009, pp. 6 y 7).

A su vez, el enfoque sistémico describe a la AN como una expresión de los conflictos familiares, y plantea que el trastorno funciona como un factor de equilibrio entre los miembros del sistema; lo que a su vez prolonga el trastorno (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2000, pp. 36-37). Esta investigación utilizará la Teoría Sistémica Familiar como base epistemológica, debido a que explora los conflictos y situaciones a partir de la dinámica familiar y sus patrones relacionales. La pertinencia de la aplicación del Enfoque Sistémico en los casos de AN se incrementa a partir de un estudio no controlado realizado por Minuchin, Rosman y Baker en 1978 en una clínica infantil en Filadelfia (Espina, Joaristi, Ortego y Ochoa de Alda, 2003, p. 360). En ese año, Minuchin y sus colaboradores intervinieron en familias con un miembro con AN, obteniendo resultados positivos; 86% de las pacientes fueron remitidas con Terapia Sistémica Familiar, contra un 40 o 50% de diferencia con el uso de otras terapias (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 2002, p. 50). La Teoría Sistémica ha sido la base de muchas teorías y explicaciones que consideran a la familia dentro del origen y mantenimiento de la AN; lo que ha dado paso a investigaciones sobre el impacto genético y psicológico de la familia, y la interacción familiar que gira en torno a este trastorno (Espina, Pumar, García, Santos y Ayerbe, 1995, p. 5).

Los pioneros en investigar la relación entre los trastornos alimenticios y la familia, además de ser pilares fundamentales de la Terapia Familiar, fueron Mara Selvini Palazzoli con sus estudios iniciados en el año 1950, Salvador Minuchin en el año 1978, y Luigi Onnis en el año 1990; autores principales en los que esta investigación se sustentará.

5.1 Anorexia nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido descritos hace mucho años atrás, y el número de casos ha ido incrementando a escala global, considerándose en la actualidad como uno de los problemas más importantes y complicados de la adolescencia, por sus efectos y la dificultad de un

diagnóstico temprano (Polivy y Herman, 2002, p. 187 y Rojo et al., 2003, p. 282). Dentro de los TCA, se encuentra la anorexia nerviosa. Esta fue llamada la “enfermedad rara” hasta el fin de los años 60 (Selvini Palazzoli, 1963 citado en Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999, p. 12). Se caracteriza principalmente por la alteración que tiene una persona en la visión de su imagen física, y un miedo profundo por ser delgada/o. Además de la poca o nula ingesta de alimentos, la reducción del peso, y purgas, es decir inducción del vómito o tomar laxantes con el objetivo de adelgazar (Julián Viñals, 2008, pp. 316-317). Sarason y Sarason, en el año 1996, refieren que, a pesar de que las personas con anorexia rechazan la comida, frecuentemente tienen hambre y perciben sensaciones cognoscitivas relacionadas con el apetito; acompañadas por una gran preocupación por la comida y cómo esta puede influir en su peso (Cruzat et al., 2008, p. 82).

Las prácticas alimentarias están mediadas por las creencias y costumbres de cada cultura. La comida tiene una connotación individual, social y familiar (Onnis, 2015, s. p). Comer permite generar intercambios sociales y vinculares que construyen la relación del ser humano con su propio cuerpo, en base a diversos modelos de referencia. En la adolescencia la persona comienza a mostrar sus elecciones alimentarias, evidenciando la construcción de su identidad, imagen corporal y los cambios en su apariencia física generados en esta etapa vital (Onnis, 2015, s. p). Lupton, en el año 1999, menciona que dentro de la familia, el tiempo dedicado a la comida forma parte de la dinámica familiar; en donde se evidencian las reglas en torno a lo que se debe o no comer, y cuando hacerlo, las relaciones de poder, los diversos intercambios afectivos y el tipo de vínculo que mantienen los miembros (Onnis, 2015, s. p). No comer es una forma de rechazo al otro, en el cual se genera un distanciamiento entre las personas. En la AN, el rechazo al alimento supone un acto de rebeldía y un intento de independencia parental (Onnis, 2015, s. p). Por lo que la AN también es explicada como una huelga de hambre; en donde se entiende que estas personas no comen, de manera voluntaria y consciente, y esto les produce satisfacción, debido al control que pueden tener a partir de

sus medidas alimenticias (Rausch Herscovici, 1996, pp. 19-20). Es un mecanismo en el que la persona se adueña de su cuerpo. Además, la restricción alimenticia es, en ocasiones, un grito de auxilio en busca de autonomía (Onnis, 2015, s. p), y cuando estas prácticas son extremistas, la persona niega que su cuerpo atraviese por cambios perjudiciales y se resisten a la ayuda de los demás como parte del control propio (Rausch Herscovici, 1996, pp. 19-20).

Según Selvini Palazzoli et al. (1999, pp. 57-58), una persona con AN combate con los sentimientos que la desvalorizan, con la poca autoconfianza que tiene y la inconformidad que la aturde. La AN no ha sido considerada como una enfermedad con causa única, por lo que se estiman múltiples factores sociales, individuales (tanto psicológicos como biológicos) y familiares, que convergen y afectan al desarrollo holístico de la persona (Urrutia et al., 2008, p. 14).

Es importante considerar que la prevalencia de la AN es mayor en mujeres que en hombres, con una relación de cinco a uno, y que actualmente no existe diferenciación de clases socioeconómicas (Urzúa, Castro, Lillo y Leal, 2008, p. 128). Además, es necesario tomar en cuenta que la mayor parte de los casos se dan en la adolescencia media y tardía (Portela de Santana, da Costa Ribeiro, Mora Giral y Raich, 2012, p. 393), debido a que es una etapa de muchos cambios biológicos, emocionales y relacionales (Rodríguez Vega, 1996, pp. 47-48). En esta etapa se consolida el papel social y la identidad, y se construye el auto concepto a partir de la mirada de la familia y la cultura. Por otro lado, se considera que la obesidad y los problemas de sobrepeso son más recurrentes en hombres, y la insatisfacción de la imagen corporal, las conductas alimentarias poco saludables y los TCA son más habituales en mujeres (Portela de Santana et al., 2012, p. 395).

5.2 Proceso de recuperación

La recuperación abarca un amplio procedimiento en el que se debe descubrir los factores predominantes y las áreas perjudicadas que se ven reflejadas en la falta de alimentación, pérdida de peso y distorsión de la percepción corporal (Cruz Roja Española, s.f., p. 95). Dentro del tratamiento multidisciplinario mencionado anteriormente, se recomienda incluir el área médica, nutricional, psiquiátrica y psicológica -principalmente- (Unikel y Caballero, 2010, pp. 19-22); y que se pueda encontrar estrategias de tratamiento especializado para cada caso (Val, Cunha, Ferreira y Carvalho, 2014, p. 497). En cuanto a la última área, en el año 1980, Minuchin plantea una intervención holística, con base en la Teoría Sistémica, en la que se trabaje con todo el sistema interpersonal; aliviando la tensión familiar, generando cambios en las interacciones disfuncionales y nuevas formas de relacionarse. Además, modificando las características familiares que generan la aparición del síntoma (Onnis, 1990, p. 100).

5.3 Familia y anorexia nerviosa

Dentro de las causalidades y los tratamientos para los trastornos alimenticios, la familia es considerada como un pilar básico y la red de apoyo más importante (Leonidas y Santos, 2015, p. 182). De acuerdo a las definiciones planteadas por la Teoría Sistémica, se considera a la familia como un sistema; entendido como un grupo de personas con características y cualidades específicas, que mantienen interacciones relacionales y generan un vínculo ente sí (Garibay, 2013, pp. 1-2). Asimismo, conceptualiza a la familia como “un sistema social integrado” (Russell, 1974, p. 294).

Como se menciona anteriormente, en el año 1978 Minuchin realiza un estudio transaccional con 11 familias con una persona con AN, en el que considera que estas tienden a somatizar los problemas, por lo que son llamadas familias psicósomáticas (Onnis, 1990, p. 79). “Estas familias parecen enteramente

normales, la familia típica. Este tipo de familia se destaca por las relaciones de lealtad y de protección que en ella imperan; en suma, es la familia ideal” (Minuchin y Fishman, 2004, p. 73). A partir de esta investigación se determinó que estas presentaban propiedades “disfuncionales típicas”. La primera es el “aglutinamiento”: los integrantes de cada familia están muy involucrados interpersonalmente; “sobreprotección”: cada uno refiere un nivel de reciprocidad muy protector; “rigidez”: el sistema no admite que tiene la necesidad de cambiar y sus relaciones externas son escasas; “evitación del conflicto”: la tolerancia frente a los problemas es muy baja (Minuchin et al., 1975, p. 1033). Por lo tanto, estos sistemas se caracterizan por tener conductas sobreprotectoras, su funcionamiento es bastante severo, se evidencia falta de capacidad para resolver los problemas (Minuchin, 1975, p. 1033), afán por mantener la armonía familiar (Minuchin y Fishman, 2004, p. 73), y una alta implicación de todos los miembros en los problemas familiares. Selvini Palazzoli en el año 1975 menciona que estos factores generan interdependencia, falta de límites, no permiten que los hijos y las hijas puedan ser independientes y desarrollarse de manera segura, se visualiza alta disfuncionalidad en el sistema conyugal y una constante descalificación entre los miembros de la familia (Rodríguez Vega, 1996, p. 50).

Según un estudio realizado en el suroeste de Inglaterra con la participación de cuatro familias con un miembro con AN, se determinó que este tipo de familias tienen una base inestable, los problemas y peleas son constantes, además de falencias al momento de comunicarse, y repetitivas triangulaciones (Dallos y Denford, 2008, pp. 311-316), es decir la interacción de tres personas en las que los conflictos de dos de ellas influyen en el tercero para aliviar la tensión y eludir la responsabilidad (por lo general ocurre entre la pareja con uno de los hijos o las hijas) (Linares, 2012, pp. 242-243). Las relaciones entre los miembros de la familia están mediadas por la ansiedad, por lo general entre las madres y sus hijas, excluyendo al padre. Se plantea además que la AN es el reflejo de: las tensiones familiares constantes (especialmente entre la pareja), aspectos controladores y perfeccionistas en la figura materna y la ausencia de

la figura paterna (Dallos y Denford, 2008, pp. 311-313). Este estilo de funcionamiento familiar es considerado una relación simbiótica.

La percepción es un proceso cognitivo individual en el que se reconocen e identifican estímulos (Vargas, 1994, p. 48) derivados del entorno físico y social (Manzano Mier, 2005, p.6), a los cuales se les atribuye un significado en base a las experiencias y el conocimiento previo y mediados por referentes culturales e ideológicos (Vargas, 1994, p. 49). Dentro de las familias con un miembro con AN, la percepción de su interacción varía en cuanto a sus integrantes. Las madres perciben poca cohesión entre los miembros (Maglio y Molina, 2012, p. 5), a pesar de que consideran que la dinámica familiar es saludable y que no existen mayores conflictos (Cruzat et al., 2008, p. 83). Los hermanos y las hermanas plantean que la cohesión y conexión emocional es escasa, además de que la comunicación con su padre y madre no es abierta (Maglio y Molina, 2012, p. 5). Por su parte, a partir de un estudio realizado en el año 1999 con 106 familias en el "North Shore University Hospital", se determinó que la persona con AN aprecia lo mismo que sus hermanos, pero siente mayor restricción comunicacional con sus progenitores y difiere con lo establecido por su madre (Fornari et al., 1999, pp. 434-435); por lo que caracteriza a su familia como organizadas, cohesivas y con baja tolerancia a los problemas (Garfinkel et al., 1983, p. 822).

Cuando la familia se entera del trastorno, las madres tienden a reaccionar con alta intensidad emocional y se ven más involucradas. Los padres toman distancia, operan de forma cognitiva e fijan su atención en sus actividades laborales y de ocio. Ambos se culpan por lo sucedido y cuestionan su crianza; la impotencia los abruma; tienen temor a la estigmatización de sus hijas y una visión fatalista del futuro. Las respuestas sobreprotectoras y las demandas del trastorno generan mayor ansiedad, hostilidad y críticas dentro del sistema (Behar, 2010, pp. 281-282). La disfuncionalidad del mismo, la baja cohesión y la discrepancia de percepciones son factores que contribuyen a la presencia de

la AN, afectan negativamente a su recuperación y aportan al deterioro del pronóstico (Cruzat et al., 2008, p. 83).

6. Preguntas directrices

Objetivo específico 1: Describir la dinámica de una familia con un miembro con AN desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.

- ¿Cuáles son los mitos/creencias construidos dentro de una familia con un miembro con AN?
- ¿Cómo está estructurada/organizada una familia con un miembro con AN?
- ¿Cuáles son las reglas familiares existentes?
- ¿Cómo funcionan los patrones comunicacionales entre los miembros de la familia?
- ¿Cómo se describe la relación entre los miembros de la familia?
- ¿Cuáles son las características de la relación conyugal?
- ¿Cuáles son las características del sistema parental?
- ¿Cuáles son las características del sistema fraternal?
- ¿Cómo está organizada jerárquicamente una familia con miembro con AN?
- ¿Cuáles son las expresiones emocionales y afectivas que se mencionan en la familia con mayor frecuencia?
- ¿De qué manera están distribuidos los roles con los miembros de la familia?
- ¿De qué manera está involucrada la familia nuclear con la familia extendida?
- ¿Qué actividades comparten los miembros de la familia?
- ¿Cuáles son las responsabilidades de los miembros de la familia?
- ¿Cuáles son las formas de cooperación familiar?
- ¿Quién toma las decisiones en la familia?

- ¿De qué manera se resuelven los conflictos familiares?

Objetivo específico 2: Describir el rol de la familia en relación al proceso de recuperación de la anorexia nerviosa desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.

- ¿De qué manera está involucrada la familia en el proceso de recuperación de la AN?
- ¿Cómo reacciona la familia frente a la AN de un miembro?
- ¿Cómo influye la reacción familiar en la recuperación de esa persona?
- ¿Cuál es la percepción de la familia frente al alcance de los tratamientos y al pronóstico de recuperación de la AN en el país?
- ¿Quién está más involucrado en el proceso de recuperación de la AN?
- ¿Qué rol cumple cada miembro de la familia en la recuperación de la persona con AN?
- ¿Cuáles son las responsabilidades y obligaciones de cada miembro en torno a la recuperación de la persona con AN?
- ¿Cuáles son las expectativas que tienen los miembros de la familia acerca de la persona con AN?
- ¿De qué manera influye la familia en la autoestima y autoimagen de una persona con AN?
- ¿Cómo influye la autonomía familiar en el proceso de recuperación de la AN?
- ¿Cómo influyen los patrones de comunicación familiar en la recuperación de la AN?
- ¿Cómo influyen los factores socioeconómicos familiares en el proceso de recuperación de la AN?
- ¿Cómo influyen los valores y las creencias familiares en el proceso de recuperación de la AN?
- ¿Cómo influyen las triangulaciones familiares en el proceso de recuperación de la AN?

Objetivo específico 3: Identificar los cambios en la estructura familiar durante el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.

- ¿Cómo cambia la estructura familiar durante el proceso de recuperación?
- ¿Cuáles son las nuevas pautas que adquiere la familia a partir del proceso de recuperación?
- ¿Cuáles son las necesidades familiares priorizadas durante el proceso de recuperación de la AN?
- ¿De qué manera se maneja la tensión familiar en el proceso de recuperación?
- ¿Cuáles son los conflictos recurrentes que surgen durante el proceso de recuperación?
- ¿Cómo resuelve la familia las situaciones conflictivas que surgen en torno al proceso de recuperación?
- ¿Cuáles son los cambios que se han realizado en la rutina familiar a partir de la recuperación de la AN?
- ¿Qué actividades realizadas por la familia han sido suprimidas durante el proceso de recuperación?
- ¿Qué reglas han surgido durante el proceso de recuperación?
- ¿Los cambios generados en la estructura familiar generan aportes positivos en la recuperación o retrasan el proceso?

7. Metodología

7.1 Tipo de diseño y enfoque

Enfoque

El enfoque de esta investigación es cualitativo. Es pertinente porque se utiliza para recoger datos subjetivos, dándole mayor importancia a la comprensión de

las experiencias y significados (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 8). Además, pretender explorar un fenómeno específico, detallarlo y desarrollar nuevas teorías a partir de la información obtenida (Quintana, 2006, pp. 48-49).

Alcance

El alcance de esta investigación es descriptivo con corte transversal. Consiste en recoger información sobre un fenómeno determinado (Hernández et al., 2006, p. 102), relacionar las variables involucradas en el mismo y analizarlas en un momento específico (Pineda, Alvarado y Canales, 1994, p. 81). En esta investigación se examinará al sistema familiar durante el proceso de recuperación de la AN. A partir de este alcance se pretende detallar los aspectos que influyen en el desarrollo de la AN y cómo estos pueden participar en la recuperación.

Diseño

El diseño utilizado será el narrativo. Se caracteriza por la obtención de las memorias de vida de las personas en quienes se basa el estudio (Salgado, 2007, p. 72). La información que se obtiene a partir de este diseño surge de autobiografías, experiencias, testimonios o entrevistas en las que se focaliza un período específico de vida o la historia completa de una persona o de un grupo. Dentro de este estudio, el investigador debe construir una línea de vida (Salgado, 2007, p. 73) y realizar un análisis lingüístico con las experiencias de las mujeres con AN, a lo largo del proceso de recuperación, y triangularlas con la información obtenida de la familia y su visión como experto, para tener una perspectiva holística y detallada de los hechos.

7.2 Muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico. Este se caracteriza por ser dirigido, es decir que las personas seleccionadas están relacionadas con las

características y el requerimiento del estudio (Hernández et al., 2006, pp. 241-262). Además, con esta población se utilizará el muestreo denominado “bola de nieve”, que se realiza a partir de una persona que conoce y contacta de manera informal a otras con las mismas características del estudio (Martínez-Salgado, 2012, p. 616 y Monje, 2011, pp. 129-130).

En una investigación cualitativa no es imprescindible crear generalización a partir de la información encontrada (Hernández et al., 2006, p. 262). Por lo que está previsto realizar de 10-15 entrevistas con las participantes, o hasta que se dé un proceso de ‘saturación’, en donde no se obtenga nueva información (Hernández et al., 2006, p. 625).

El rango de edad escogido se debe a que las investigaciones datan que la adolescencia es una etapa en la cual la identidad, el auto concepto y la autoimagen se construyen a partir de la influencia de diferentes factores (Onnis, 2015, s. p). Además que la gravedad y cantidad de los casos de mujeres se da en la edad establecida (Portela de Santana et al., 2012, p. 393). Se ha excluido a los hombres con AN, debido a que la prevalencia de casos en mujeres es superior, por lo que existen mayores estudios en torno a esta población (Lenoir y Silber, 2006, p. 253). Por su parte, el tiempo de tratamiento ha sido sustentado en la recomendación realizada por la Asociación Americana de Psicología en el año 2006, en la que plantea que los pacientes con AN deben recibir terapia individual por 1 año mínimo, posterior a la restauración inicial del peso (Sturmey y Hersen, 2012, p. 585). Debido a que la AN presenta alto grado de comorbilidad con ansiedad y depresión, han sido trastornos permitidos como un criterio de inclusión (Romero-Acosta y Domènech-Llaberia, 2012, p. 176). Asimismo, se ha determinado que las participantes hayan tenido AN con el objetivo de analizar todo el proceso de recuperación. Por su parte, se considera pertinente incluir a madres y padres dentro del estudio (a través de dos grupos focales) de manera que se pueda tener una amplia perspectiva de la influencia familiar.

Tabla 1

Criterios para las mujeres con anorexia nerviosa

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres que hayan tenido AN entre los 14 a 20 años.	Antecedentes patológicos de otro trastorno mental previamente diagnosticado (excepto ansiedad y depresión).
Nacidas y residentes de Quito	Hombres con AN.
Hayan recibido tratamiento psicológico por 1 año mínimo.	

Tabla 2

Criterios para madres y padres

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Madres, padres o cuidadores permanentes.	Antecedentes patológicos de otro trastorno mental previamente diagnosticado.
Tengan una hija que haya tenido AN a los 14 a 20 años.	
Nacidos y residentes de Quito	
Hayan convivido con las mujeres identificadas, durante la enfermedad y durante el proceso de recuperación.	

7.3 Recolección de datos y herramientas a utilizar

Para recolectar la información se utilizarán entrevistas semiestructuradas y dos grupos focales. Se realizará una entrevista individual a las mujeres identificadas y, para triangular la información cualitativa que surja, se realizarán grupos focales: uno con las madres y otro con los padres de las mujeres. La entrevista semiestructurada está basada en un guion de preguntas, que puede

ser modificado por el entrevistador en cualquier momento con el objetivo de obtener más información u omitir preguntas poco pertinentes o contestadas anteriormente (Hernández et al., 2006, p. 597). Por su parte, el grupo focal es una herramienta en donde se intercambian ideas y experiencias en torno a las preguntas planteadas por el entrevistador o la entrevistadora (Campoy y Gomes, 2015, p. 293).

7.4 Pre-validación

El instrumento fue construido a partir de las preguntas directrices planteadas desde los objetivos específicos, y basadas en las investigaciones en torno al tema (anexo 1). Las preguntas del guion fueron adaptadas para las mujeres identificadas y para sus progenitores. Posteriormente, se realizaron dos reuniones con dos expertos en el tema, que proporcionaron recomendaciones sobre los guiones, y posteriormente validaron la pertinencia del instrumento para realizar las entrevistas individuales (anexo 2) y los grupos focales (anexo 3).

7.5 Procedimiento

Se tomará contacto con la persona inicial del muestreo en bola de nieve, seguido por el resto de participantes, finalizando con las madres y los padres de cada participante. Se concretarán las entrevistas individuales, y se pedirá permiso y un espacio apto para el grupo focal en la Universidad de las Américas (UDLA⁴). Posteriormente se aplicarán entrevistas individuales con las mujeres seleccionadas y dos grupos focales con los miembros de las familias (uno con madres y otro con padres).

En el caso de que sean mayores de edad se entregará y explicará el consentimiento informado. Si las participantes son menores de edad se entregará un consentimiento a los representantes, para que estos puedan

⁴ Cada vez que se utiliza la inicial UDLA se refiere a la Universidad de las Américas.

aprobar que su representada pueda acceder a colaborar con la investigación. Además, se le entregará a la menor un asentimiento informado con un lenguaje sencillo en el que se aprueba su participación en la entrevista, la grabación y transcripción de la misma.

7.6 Tipo de análisis

La información grabada en las entrevistas individuales y los grupos focales será transcrita completamente. “Posteriormente, el investigador narra los sucesos bajo su óptica y describe (sobre la base de la evidencia disponible) e identifica categorías y temas emergentes en los datos narrativos” (Salgado, 2007, p. 73). Este procedimiento se realiza a partir de una codificación abierta, en donde se seleccionan los datos, ya sean por temas, palabras específicas o pensamientos relevantes para la investigación; los cuales se recomienda sean subrayados por colores. Posteriormente, se agrupará la información en las distintas categorías. Las mismas a las que se les asignarán un código para generar un árbol de códigos sistematizado y/o jerarquizado (Fernández, 2006, pp. 4-7).

8. Viabilidad

La presente investigación es factible realizarla debido a que se cuenta con el tiempo del profesional responsable de la supervisión. Asimismo, el tutor asignado tiene vasta experiencia en torno a la imagen corporal y los diversos conflictos en torno al peso. El tiempo de realización de la misma será aproximadamente 6 meses. Los gastos económicos empleados en los recursos materiales necesarios para las entrevistas, grupos focales, y la movilización, serán costeados en su totalidad por la investigadora. El acceso a la muestra es posible, debido a que se ha previsto con anterioridad un número tentativo de personas para las entrevistas. Los grupos focales serán realizados en la Universidad de las Américas, y el lugar de las entrevistas individuales será determinado previo acuerdo con las personas.

A partir de la revisión de investigaciones en relación al tema, se ha determinado las siguientes recomendaciones:

- Las investigaciones en torno a la AN son escasas o nulas en el Ecuador. Además, no existen estudios centrados en el proceso de recuperación ni estudios que relacionen a la familia con la AN. Tampoco se han encontrado datos estadísticos sobre los casos de AN en el Ecuador, sin embargo existen datos presuntivos de la prevalencia de los TCA; y al ser estos altos, es importante que este tema pueda ser tomado en cuenta para futuras investigaciones en el contexto ecuatoriano.
- Una investigación mixta podría hacer un acercamiento más detallado de estas variables: AN y familia; tomando en cuenta la necesidad de realizar instrumentos cualitativos y cuantitativos adaptados al contexto.
- Sería de gran aporte incluir al sistema fraternal dentro de los estudios, ya que podrían aportar una perspectiva diferente de los elementos que conforman una familia con un miembro con AN, así como de la situación vivida en todo el proceso de recuperación.

9. Aspectos éticos

9.1 Consentimiento y asentimiento informado

Esta investigación utilizará consentimiento y asentimiento informado. Dentro de estos se detallará la confidencialidad con la que se trabajará, el objetivo del estudio y el tiempo de duración de la entrevista o grupo focal. Además señala que la información proporcionada por los entrevistados será utilizada siempre y cuando sea pertinente para el estudio (Asociación Americana de Psicología (APA), 2010, p. 7). Asimismo, la investigadora tiene la responsabilidad de tomar medidas de precaución para proteger la identidad y los derechos de las personas (APA, 2010, p. 8). En esta investigación se utilizará el consentimiento para personas mayores de edad, asentimiento informado para menores de

edad, y otro consentimiento informado para que sus padres, madres o representantes puedan autorizar la participación de la menor en las entrevistas (anexo 4).

9.2 Tratamiento de la información

El manejo de la información se realizará de forma minuciosa, guardando el anonimato de las personas. En caso de que se evidencie riesgo en la vida de estas mujeres, de sus familias o personas externas, la información relevante será informada a las personas pertinentes. Siempre tomando en cuenta si es o no imperativo revelar esta información, y si el callar estos datos podría generar un peligro a la persona o terceros (APA, 2010, p. 8). Por su parte, se realizará la devolución de la información de la entrevista que ha sido transcrita.

9.3 Auto reflexividad

El interés que tengo por investigar este tema radica en que he vivido de cerca el caso de una persona con AN; soy parte de una familia que tuvo un caso de anorexia. A lo largo de mi vida, conocí las experiencias de personas que atravesaron por los efectos de este trastorno. Ha sido siempre para mí muy importante entender este tema e ir más allá de la literatura y las investigaciones clásicas sobre las posibles causas, los efectos, los tratamientos, etc., que en realidad son bastante limitadas. Debido a que la familia está involucrada directamente, mi deseo es poder investigar cómo pueden ser ayuda idónea para la mejoría o pueden ser muy perjudiciales en el proceso. Mi aspiración es entender cómo las personas cercanas a las pacientes pueden generar diversos efectos e influenciar en este proceso, y de igual manera cómo este trastorno puede afectarlas a ellas.

9.4 Consecuencia de la investigación

Debido al limitado número de investigaciones en el Ecuador, en torno a la AN y su relación con el entorno familiar, esta investigación procura que la información recopilada pueda sensibilizar y beneficiar a las familias, a las personas cercanas que cuidan de estas pacientes, y a cada profesional, especialmente de psicología, a generar una pronta y completa recuperación. A dar cuenta que la familia puede influenciar en las pacientes con su intervención o distanciamiento, y que a veces se desconoce la mejor manera de ser partícipes en el proceso de recuperación. La importancia principal de esta investigación radica en que dentro del tratamiento psicológico se pueda considerar al sistema familiar; y que tanto terapeutas, catedráticos y estudiantes puedan centrar sus futuras investigaciones en la familia, como un medio muy importante para encontrar el génesis de los conflictos y la solución a los mismos.

Debido a la delicadeza del tema de investigación, puede haber elementos que no hayan sido trabajados por las familias o las mujeres identificadas, y que dentro de las entrevistas o grupos focales generen conflictos internos con las mismas. Por lo que se ha planteado un plan de contingencia (anexo 5) y la necesidad de un profesional como apoyo dentro del proceso de entrevistas, en caso de necesitar realizar alguna intervención.

10. Análisis de estrategias de intervención

Esta investigación posee una base epistémica en la Teoría Sistémica Familiar, que permitirá entender la influencia que tiene la interacción y estructura del núcleo familiar en el proceso de recuperación de una persona con anorexia nerviosa. Las estrategias de intervención desarrolladas se han basado en prácticas planteadas en estudios principalmente de México, Chile, España y Brasil. El enfoque de estos estudios varía entre cualitativo, cuantitativo o mixtos, sin embargo han generado gran aporte en torno al tema. La mayoría de

las estrategias planteadas giran en torno a la prevención, y algunas de estas fueron puestas en práctica en el ámbito educativo. A partir de estas, se ha adaptado intervenciones dentro del contexto ecuatoriano, principalmente para prevenir la incidencia de casos de anorexia nerviosa, y visibilizar la importancia de la participación familiar en el proceso de recuperación.

Una de las investigaciones fue realizada en México en el año 2012, por Maglio y Molina, titulada “La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?”. Su objetivo fue indagar el funcionamiento de una familia con adolescentes con TCA, recogiendo la perspectiva de todos sus miembros. El estudio evidenció diferencias en la percepción que tienen los integrantes de la familia sobre su funcionamiento (Maglio y Molina, 2012, p. 1). La investigación destaca la importancia de incluir al sistema familiar dentro de las intervenciones terapéuticas, debido a la utilidad que estos podrían representar (Leibovich de Figueroa y Schmidt, 2010, p. 158). Asimismo, recomienda que los futuros estudios sobre este tema puedan relacionar diferentes variables con el énfasis de compararlas (Maglio y Molina, 2012, p. 2).

Otro estudio realizado en 2012, en Brasil, por Valdanha, Scorsolini-Comin, Sanches y dos Santos, titulado la “Influencia familiar en la anorexia nerviosa: en busca de las mejores evidencias científicas”. La investigación tenía como objetivo entender la influencia de la familia en los síntomas de la AN. Se concluyó que los miembros de la familia influyen en el incremento y mantenimiento del trastorno, y que los patrones alimenticios se transmiten de generación en generación (Valdanha et al., 2012, p. 226). El estudio recomienda estrategias preventivas, debido a que plantea que no existen proyectos de esta índole en torno a estos temas; detallando la necesidad de incluir a la familia en estos planes, dando paso a la disminución de las conductas que podrían desarrollar los síntomas. Asimismo, manifiesta la importancia de la prevención desde el ámbito educativo, incluyendo a la familia. Esta investigación considera que estas acciones podrían sensibilizar a las

personas con AN y a sus familias, de la importancia de realizar un tratamiento multidisciplinario, que incluya al sistema familiar, y generar medidas de protección y protocolos que rijan las prácticas clínicas (Valdanha et al., 2012, pp. 230-231).

Por su parte, un estudio cuantitativo denominado “Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile”, fue realizado en Chile por Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo en el 2008. Su objetivo fue determinar la relación entre la sintomatología perteneciente a los trastornos alimenticios con la perspectiva que tienen los miembros de la familia del funcionamiento familiar. Los resultados determinaron que las ideas obsesivas por adelgazar tiene una relación con la comunicación con la figura paterna y la resolución de conflictos de la familia (Cruzat et al., 2008, pp. 81-88). A partir de las deducciones obtenidas plantearon estrategias preventivas orientadas a concientizar sobre la importancia de la participación constante de los padres y las madres en el tratamiento, y promover habilidades de comunicación en el sistema parento-filial, para encontrar formas adecuadas de resolver conflictos y generar un entorno familiar saludable (Cruzat et al., 2008, p. 89).

Una investigación con diseño mixto, realizada en 1997 en España por Vázquez y Raich, denominada “El papel de la familia en los Trastornos alimenticios”, analizó la dinámica familiar, posturas parentales sobre el peso y sus hábitos alimenticios. Se evidenció que la población femenina con TCA, se veía influenciada con facilidad por los medios de comunicación, ideas fomentadas por las creencias de la madre y el padre en relación a estos temas (Vázquez y Raich, 1997, pp. 391-402). Además, una diversidad entre las opiniones de los miembros de la familia sobre la dinámica. El sistema parental consideraba que sus hijos e hijas no eran autónomos, las hijas resaltaban la exigencia de su entorno familiar, y los padres daban mayor importancia a los logros y calificaciones. Sin embargo, la familia se visualiza como poco conflictiva (Vázquez y Raich, 1997, pp. 403 y 404). Este estudio no presenta mayores

intervenciones realizadas, sin embargo plantea la necesidad de continuar proponiendo investigaciones en torno al sistema familiar y su influencia en los TCA (Vázquez y Raich, 1997, p. 405).

Otro estudio fue realizado en México en el año 2013, por Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich i Segué y Halley, titulado los “Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión”. Su objetivo fue analizar la relación entre los TCA, y la interacción familiar, sus relaciones, situaciones conflictivas, hábitos alimenticios, y la percepción de la imagen corporal de los miembros de la familia. Sus resultados determinaron que existe un eminente nexo entre los factores familiares y este tipo de trastornos. Debido a esta posible relación, se sugiere continuar investigando, y promoviendo información y actividades en el ámbito laboral y escolar sobre estos temas. Asimismo, destaca la importancia de generar espacios de orientación para las familias, con el objetivo de prevenir conductas de riesgo y resaltar aquellas actividades y actitudes que pueden realizar como método de protección frente a las exigencias de los medios y las influencias externas (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich i Segué y Halley, 2013, pp. 53-54).

Estrategias de intervención para el contexto ecuatoriano

En la actualidad, a pesar del creciente número de investigaciones a escala mundial en torno a anorexia nerviosa, y la inclusión de la familia en las mismas, son pocos los protocolos, planes de prevención o programas que orienten a las familias y a los representantes directos concernientes al tema. Sin embargo, en el Ecuador, no se constatan investigaciones relevantes sobre la anorexia, ni mucho menos estudios que vinculen a la anorexia con la familia. La AN no es considerada como problema de salud pública y las investigaciones son centradas en la desnutrición infantil y la obesidad (Moscoso, 2011, p. 15). Por consiguiente, no se ha encontrado planes de acción o estrategias de intervención en relación al tema, que serían de gran utilidad para informar a la

población sobre este trastorno, y concientizar a la misma sobre la importancia de la intervención temprana y holística sobre las personas afectadas.

Esta investigación plantea las siguientes estrategias de intervención en el contexto ecuatoriano y el rol del psicólogo dentro del mismo:

Primero, se plantea generar distintos proyectos en torno a la prevención primaria. Según la OMS, en el año 1998, la prevención en este nivel se refiere a las estrategias o medidas dirigidas a evitar la manifestación y la incidencia del trastorno (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 12). Se propone generar talleres participativos a padres, madres y profesores con el tema: ¿Qué hacer si sospecho conductas alimenticias riesgosas en los y las adolescentes? Se orientará a esta población sobre la importancia de estar involucrados de manera saludable y no excesiva en las actividades alimenticias y sociales que realizan sus hijos o alumnos. Además, se utilizará psicoeducación sobre la anorexia y las conductas riesgosas en torno a este trastorno. Asimismo, se orientará sobre las medidas que se deben tomar frente a estas conductas, para prevenir la aparición del trastorno o poder actuar de manera precoz, sabia, sin alterarse por las posibles acciones, que podrían cohibir a los adolescentes de buscar ayuda o ser abiertos con respecto a las situaciones que pueden estar viviendo. Se utilizará una propuesta basada en la andragogía, la cual genera aprendizajes o imparte información considerando la etapa evolutiva y las características del adulto (Ubaldo Pérez, 2009, pp. 60-61). Asimismo, se utilizarán pre y post test para evaluar el conocimiento previo y nuevo generado en el taller.

Otro de los proyectos de prevención está dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 10 a 18 años. Son diversos talleres diferenciados por edades, que sean incluidos en el programa educativo. De acuerdo a las edades, se generará técnicas pedagógicas, dinámicas, juegos o actividades que promuevan el reconocimiento del cuerpo y de la imagen corporal personal, y conductas saludables de alimentación y ejercicio.

- Taller participativo: Reconocimiento del cuerpo y la imagen corporal. Este taller tiene como objetivo concientizar a la población escogida sobre la publicidad y permitir que puedan ser críticos hacia estas. Generar un intercambio de opiniones sobre una imagen corporal saludable, y enseñarles a aceptar las diferencias entre los cuerpos, así como concientizar sobre los prejuicios en torno a la delgadez y la gordura. Se realizarán actividades como: “dibujar la la figura humana ideal”, juegos de roles y se mostrará publicidad (Gómez del Barrio et al., 2008, pp. 64-68). Se realizará pre y post test para evaluar el conocimiento aprendido.

- Taller participativo: Conductas saludables de alimentación y ejercicio. Este se ejecutará en dos partes: primeramente se realizará una charla corta a los alumnos y alumnas sobre hábitos alimenticios saludables y el ejercicio, para reducir el sedentarismo y evitar conductas riesgosas. Posteriormente se generarán actividades con la población sobre los mitos falsos en torno a la cantidad de comida, los alimentos saludables, los que pueden o no engordar, y el tiempo de ejercicio adecuado (Gómez del Barrio et al., 2008, p. 58).

Además, se generarán talleres participativos de habilidades parentales y de comunicación. Con el objetivo de fortalecer la relación del sistema parento-filial y dotar a los padres y las madres con estrategias que permitan mejorar la comunicación con sus hijos e hijas, y que den paso a la intervención proactiva de los padres y madres en la recuperación de la anorexia nerviosa. Se utilizará la adragogía para intervenir con esta población (Ubaldo Pérez, 2009, pp. 60). Las habilidades parentales son un conjunto de competencias que permiten la construcción de un vínculo seguro, facilitan la socialización y permiten abordar conflictos entre el sistema parento-filial, de manera que se construya una relación saludable y activa entre los miembros de la familia (Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, 2009, pp. 48-55).

Otra de las estrategias que se plantea es un plan de contingencia. Es establecido para “controlar una situación de emergencia o minimizar consecuencias negativas” (Resolución No. SGR-151-2016, 2016, p. 9). Este plan está contemplado para ser utilizado durante la aplicación de esta investigación en caso de que, al ser un tema delicado, las familias o las personas que tuvieron anorexia puedan revivir y verse afectadas por aspectos no trabajados en relación al trastorno. Se aplicarán primeros auxilios psicológicos (en caso de ser necesario), como medida de contención. Técnicas de manejo de contingencia positiva y negativa. En caso de notar mucha resonancia en la persona o en los miembros de la familia, se sugerirá que puedan retomar un proceso terapéutico.

Por su parte, el rol del psicólogo en la intervención de casos de AN, presenta una amplia rama de funciones que debe realizar en conjunto con los pacientes, las familias, y las personas cercanas a estos casos. Es importante poder orientar a los pacientes y a las familias sobre el diagnóstico, detallar la posible evolución del trastorno y el pronóstico del mismo. Además, proporcionar información sobre las creencias nutricionales concebidas erróneamente e intentar neutralizar los estímulos sociales que influyen en el trastorno (Lechuga y Gámiz, 2005, pp. 145-146). Dentro del entorno terapéutico, el psicólogo debe incluir a la familia en el esquema terapéutico (Lechuga y Gámiz, 2005, p. 153). Asimismo, Cervera en 1996 menciona la importancia de generar programas de prevención en el sistema educativo y familiar; y promover e instruir sobre habilidades sociales, parentales, de comunicación y de afrontamiento (Lechuga y Gámiz, 2005, 146-147).

11. Cronogramas

Tabla 3

Cronograma N° 1: ejecución del trabajo de titulación

ACTIVIDADES	SEMANAS/MES	DESCRIPCIÓN
Primera tutoría con el	18 de marzo	Se revisará el avance de tesis

supervisor asignado		planteando en MET y se determinarán los puntos de desarrollo del plan de titulación.
Introducción y formulación del problema	18-23 de marzo	Revisión y modificación de la introducción y formulación del problema.
Segunda tutoría con el supervisor asignado	24 de marzo	Entrega de introducción y formulación del problema
Pregunta de investigación, objetivo general, específicos, y preguntas directrices	24 de marzo-10 de abril	Revisión y modificación de la pregunta de investigación, objetivo general, específicos, y preguntas directrices
Tercera tutoría con el supervisor asignado	11 de abril	Entrega de la pregunta de investigación, objetivo general, específicos, y preguntas directrices
Entrevista con profesor de la UDLA, especialista en el tema	13 de abril	Se concreta una entrevista con un profesor de la UDLA que pueda aportar con mayor información sobre el tema.
Cuarta tutoría	21 de abril	Se investiga sobre los factores familiares que contribuyen y retrasan el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa (objetivo específico 2).
Quinta tutoría	2 de mayo	Revisión de marco teórico.
Sexta tutoría	5 de mayo	Revisión de objetivos y preguntas directrices

Entrevista con profesor de la UDLA, especialista en el tema	10 de mayo	Segunda entrevista con otro especialista en el tema, para contrastar posturas y enriquecer la investigación.
Séptima tutoría	12 de mayo	Revisión, corrección y entrega de preguntas directrices y guion de la entrevista. Construcción del instrumento.
Octava tutoría	23 de mayo	Revisión de la metodología y estrategias de intervención.
Pre-validación del documento	del 22-25 de mayo	Pre-validación del instrumento (entrevista)
Se entregará el primer borrador.	31 de mayo	Se entrega el primer borrador del plan de titulación.
Reuniones con los correctores asignados	26-30 junio	Se concretan reuniones con los correctores asignados y el tutor para plantear recomendaciones e indicaciones en torno al borrador entregado.
Correcciones del documento final	del 30 de junio-28 de julio	Se realizan y entregan correcciones en torno a las sugerencias realizadas por los correctores y el tutor.
Entrega final	7 -11 de agosto	Entrega final del proyecto de titulación con todas las modificaciones correspondientes.

Tabla 4

Cronograma N°2: aplicación del proyecto

ACTIVIDADES	SEMANAS/MES	DESCRIPCIÓN
Aprobación del plan final de titulación	7-11 agosto	Posterior a la entrega y aprobación final del plan final de titulación, se pondrá en práctica el mismo.
Preparación del documento y materiales	12-17 agosto	Se prepararán los documentos necesarios para las entrevistas y grupos focales (guiones, esferos, hojas, videograbadora, remuneración para grupos focales, etc.)
Solicitud del lugar y tiempo para grupos focales	17-24 agosto	Se solicitará un espacio y se precisarán dos días para realizar dos grupos focales en la UDLA.
Contacto con la muestra	24 agosto-14 septiembre	Se comenzará la búsqueda de la población principal de la muestra (mujeres) a partir del muestreo bola de nieve. Posteriormente se contactará con las madres y padres de las mismas.
Entrevistas	14 septiembre -14	Se precisará dónde

individuales	octubre	serán las entrevistas individuales a cada una de las mujeres de la muestra y se realizarán las entrevistas.
Grupo focal 1	16-20 octubre	Se realizará el primer grupo focal en la UDLA con madres.
Grupo focal 2	23-27 octubre	Se realizará el segundo grupo focal en la UDLA con padres.
Transcripción de información	30 octubre-22 diciembre	Se transcribirá completamente las entrevistas y grupos focales.
Devolución de información	26-29 diciembre	Se devolverá a la muestra la información transcrita, proporcionada en los relatos.
Codificación y triangulación	02-26 enero	Se codificará la información, a partir de una triangulación entre todos los relatos.
Análisis de resultados	29 enero- 2 febrero	Se analizarán la información y se generarán conclusiones.
Informe final	3-9 febrero	Se realizará un documento final con los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

- Almenara, C. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. (66), 52-62. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/revneuropsiquiatr/CAImenara.pdf>
- Asociación Americana de Psicología. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_AP A.pdf
- Attia, E. y Walsh, B. (2008). Treatment in Psychiatry: Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 11(3), 157-162. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.07071151>
- Behar, R. (2010). El cuerpo femenino y la belleza en la historia: Desde la antigüedad a la contemporaneidad. En R. Behar y G. Figueroa. (Eds.). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (2ª ed.). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Betrián, E., Galitó, N., García, N., Jové, G. y Macarulla, M. (2013). *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11(4), 5-24. Recuperado de <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol11num4/art1.pdf>
- Buil Rada, C., García López, A. y Pons Tubío, A. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. En C. Buil Rada, I. Lete Lasa, R. Ros Rahola y J.L. De Pablo Lozano. (Coords.) *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos*. Recuperado de

http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf

Campoy, T.J. y Gomes, E. (2015). Capítulo 10: Técnicas e instrumentos para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. En A. Pantoja Vallejo. (Coord.). *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación*. (2.ª ed.). Madrid: EOS. Recuperado de http://www2.unifap.br/gtea/wp-content/uploads/2011/10/T_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos1.pdf

Casullo, M. M. (2006). Comportamientos alimentarios en adolescentes y jóvenes argentinos: factores de riesgo. En J. M. Mancilla Díaz y G. Gómez Pérez-Mitré. (Comps.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México D.F.: El Manual Moderno.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios* (1.ª ed.). México D.F.: Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

Cibeira, A. (2008). Consideraciones sobre la anorexia desde el Psicoanálisis. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/consideraciones_anorexia.pdf

Cortes, H., Díaz, A., Mejía, C. y Mesa, J. (2003). Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo-estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*. 17(1), 33-45. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4804623.pdf>

Cruz Roja Española. (s.f.). Anorexia y bulimia. Manual 005. [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*. 17(1), 81-90. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08.pdf>

Dallos, R. y Denford, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology Psychiatry*. 13(2), 305-322. Doi: 10.1177/1359104507088349

De la Vega Morales, R. y Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*. 22(2), 225-234. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Roc%EDo%20lvonne%20de%20la%20Vega%20Morales.pdf>

Del Bosque-Garza, J. M. y Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 66, 398-409. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2009/hi095b.pdf>

Eco, U. (2010). *Historia de la belleza*. Barcelona: Debolsillo. Recuperado en <https://h1aboy.files.wordpress.com/2015/04/eco-umberto-historia-de-la-belleza.pdf>

- Espina, A., Joaristi, L., Ortego, M.A. y Ochoa de Alda, I. (2003). Trastornos alimenticios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. *Estudios de Psicología*. 24(3), 359-375. Un estudio exploratorio. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/60-TCA%20y%20MMPI.pdf
- Espina, A., Ortego, M. A. y Ochoa de Alda, I. (2002). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios: cambios en psicopatología y ajuste social. *Apuntes de Psicología*. 20(1), 49-62. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/54-Intervenciones%20familiares%20tca.pdf
- Espina, A., Pumar, B., García, E., Santos, A. y Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de terapia familiar*. 27, 5-17. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/24-Interaccion%20familiar%20en%20la%20anorexia%20nerviosa.pdf
- Feighner, J., Robins, E., Guze, S., Woodruff, R., Winokur, G. y Munoz, R. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry*. 26. 57-63. Recuperado de http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Feighner_JP_1972.pdf
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*. (7), 1-13. Recuperado de <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
- Freire, W. B., Ramírez-Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva-Jaramillo, M. K., Romero, N., Sáenz, K., Pineiros, P., Gómez, L. F. y Monge, R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años - ENSANUT-ECU 2012* [versión electrónica]. Recuperado de

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. y Katz, J. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. 40(6), 434-441. Doi: 10.1016/S0010-440X(99)90087-1

Galsworthy-Francis, L. y Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *Revista de Toxicomanías*. (76), 25-51. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_76_04_anorexia.pdf

Garfinkel, P., Garner, D., Rose, J., Darby, P., Brandes, J. S., O'Hanlon, J. y Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*. 13, 821-828. Doi: 10.1017/S0033291700051539

Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar* (2.ª ed.). México D.F.: El Manual Moderno.

Gómez del Barrio, J. A., Gaité Pindado, L., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrero Castanedo, S. y Vázquez-Barquero, J. L. (2008). *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso*. Cantabria: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria de Cantabria. Recuperado de <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

- Guerra, A. (2010). Sissi empratriz o el abuso de la belleza. Anorexia, bulimia, vigorexia y tricocosmetomanía. *Más Dermatol.* (12), 28-29. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3772080.pdf>
- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica.* 2(1), 55-60. Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/09_MI_HAMUI.PDF
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4.ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario*. 1st ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa. Recuperado de http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Trastorno_alimentario.pdf
- Julián Viñals, R. (2008). A propósito de un caso: Anorexia y bulimia. *AMF: Actualización en Medicina de Familia.* 4(6), 316-324. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=40
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna.* 33(1), 11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Kalucy, R. S. y Crisp, A. H. y Harding, C. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology.* 50, 381-395. Doi: 10.1111/j.2044-8341.1977.tb02437.x

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.

Lechuga, L. y Gámiz, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (2), 142-157. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382754.pdf>

Leibovich de Figueroa, N. B. y Schmidt, V. I. (2010). *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar. Aspectos teóricos y empíricos. Adaptación argentina de la escala FACES III*. Buenos Aires: Editorial Guadalupe. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/r30/RIDEP%2030%20-com1.pdf

Lenoir, M. y Silber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*. 104(3), 253-260. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n3/v104n3a11.pdf>

Leonidas, C. y Santos, M. A. (2015). Relacionamientos Afetivo-Familiares em Mulheres com Anorexia e Bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 31(2), 181-191. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015021711181191>.

López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*. (4), 167-179. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf>

López, L. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 19(72), 599-608.

Recuperado de documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1999/revista-72/anorexia-comer-nada.pdf

López-Coutiño, B. y Nuño-Gutiérrez, B. (2009). Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47 (1), 47-S54. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091i.pdf>

Maganto, C. (2011). Capítulo 1: La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo. En C. Maganto. (Dir.). *Investigaciones en Psicología Clínica*. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf

Maglio, A. L. y Molina, F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. (3), 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n1/v3n1a1.pdf>

Mancilla Díaz, J. M. y Gómez Pérez-Mitré, G. (2006). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Iztacala: El Manual Moderno.

Manzano Mier, M. (2005). *Introducción a la percepción*. La Habana: Editorial Félix Varela.

Martínez-Aedo, M. J. (2001). Anorexia y bulimia nervosas: Concepto y criterios diagnósticos. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. *Trastornos del comportamiento alimentario en el niño*. Conferencia llevada a cabo en el congreso: 6º Curso de formación de postgrado, Málaga. Recuperado de <http://www.seep.es/privado/documentos/publicaciones/2000TCA/Cap12.pdf>

- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(3), 613-619. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Mayor Ferrándiz, T. (2011). La imagen de la mujer en la Prehistoria y en la Protohistoria. *Revista de Claseshistoria*. (236), 1-22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5145599.pdf>
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L. y Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*. 32(8), 1031-1038. Doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260095008
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. 1ª. Ed. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37595739/Tecnicas-de-terapia-familiar.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1494994814&Signature=JR5yg74cdmQCTnzkQPDurJG%2BNPk%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dtecnica_de_la_terapia_familiar_salvador.pdf
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana. Recuperado de <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
- Moscoso, J. (2011). *Reinventando cuerpos. Construcción de estereotipos de belleza a partir del "peso ideal"*. Quito: Abya-Yala.

Nunes, M. A. (2006). Trastornos alimentarios en Brasil: un país de contrastes. En J. M. Mancilla Díaz y G. Gómez Pérez-Mitré. (Comps.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México D.F.: El Manual Moderno.

Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Barcelona: Paidós.

Onnis, L. (2015). *El tiempo congelado: Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Editorial Gedisa. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=wN3-CwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Organización mundial de la salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf

Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (1994). *Metodología de investigación*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/04/Metodologia-de-la-investigaci%C3%B3n-manual-para-el-desarrollo-de-personal-de-salud.pdf>

Polivy, J. y Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*. 53, 187-213. Recuperado de <http://209-197-41->

56.unassigned.ntelos.net/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Causes%20of%20Eating%20Disorders.pdf

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribiero, H., Mora Giral, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*. 27(2), 391-401. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf

Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. En A. Quintana y W. Montgomery. (Eds.). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Barranquilla: Colecciones Uninorte. Recuperado de http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf

Rausch Herscovici, C. (1996). *La esclavitud de las dietas*. Buenos Aires: Paidós.

Resolución No. SGR-151-2016. (2016). Samborondón: Secretaria de Gestión de Riesgos. Recuperado de <http://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/10/resoluci%c3%93n-n%c2%ba-sgr-151-2016-normativa-de-gesti%c3%92n-de-riesgos-para-la-aplicaci%c3%93n-en-espect%c3%81culos-o-eventos-de-concentraci%c3%93n-masiva.pdf>

Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2006). Los trastornos del comportamiento en Colombia. En J. M. Mancilla Díaz y G. Gómez Pérez-Mitré. (Comps.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México D.F.: El Manual Moderno.

Rodríguez Vega, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 16(57), 47-55. Recuperado de

<http://docplayer.es/7235308-La-optica-sistemica-en-el-tratamiento-de-la-anorexia-nerviosa-y-la-bulimia.html>

- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuan., L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12–18 Years. *International Journal of Eating Disorders*. 34(3), 281–291. Doi: 10.1002/eat.10179
- Romero-Acosta, K. y Domènech-Llaberia, E. (2012). La comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez: ¿un nuevo trastorno? *Hacia la Promoción de la Salud*. 17(2), 169 – 181. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(2\)_12.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(2)_12.pdf)
- Ruíz Martínez, A., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C. y Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 4(1), 45-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741619006>
- Russell, C. (1974). Transition to Parenthood: Problems and Gratifications. *Journal of Marriage and Family*. 36(2), 94-302. Doi: 10.2307/351155
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnosis*. 6, 11-26. Recuperado de <http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/RUTSZTEIN.%20Teoria%20y%20terapia%20cognitivo-conductual%20de%20los%20trastornos%20alimentarios.%20.pdf>
- Salas-Salvadó, J., García-Lorda, P. y Sánchez Ripollés, J. M. (2005). *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona: Editorial

- Glosa. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=7StHfcrJBTcC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. 13(3), 381-392. Recuperado de <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7892/7756>
- Salgado, A.C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y restos. *Liberabit*. (13), 71-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2766815.pdf>
- Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social. (2009). *Manual de Apoyo para la Formación de Competencias parentales. Programa Abriendo Caminos Chile Solidario*. Santiago de Chile: MIDEPLAN. Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual_formac.compet.parentales.pdf
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación* (Segunda ed.). México D.F.: Manual Moderno.
- Sturmey, P. y Hersen, M. (Eds.). (2012). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Child and Adolescent Disorders*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/udlap/detail.action?docID=817355>
- Tubert, S. (2000). Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica. *Debate Feminista*. 22, 257-290. Recuperado de

http://www.jstor.org/stable/42624612?seq=1&cid=pdf-reference#page_scan_tab_contents

Ubaldo Pérez, S. (Comp.). (2009). *Modelo Andragógico. Fundamentos*. (1.ª ed.). México D.F.: Universidad del Valle de México. Recuperado de <https://my.laureate.net/faculty/docs/Faculty%20Documents/Andragogia.Fundamentos.pdf>

Unikel, C. y Caballero, A. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. México D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf

Urrutia, M. T., Cazenave, A., Badillo, H. y Fajardo, O. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Horizonte de enfermería*. 1(19), 13-21. DOI: 10.7764/Horiz_Enferm.19.1.13

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. y Leal, C. (2008). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*. 38(2), 128-135. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5182011000200003

Val, A., Cunha, C., Ferreira, R. y Carvalho, M.B. (2014). Um caso de anorexia nervosa: a condução do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 17(3), 485-500. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000300485&script=sci_abstract&tlng=pt

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Sanches Peres, R. y Dos Santos, M. A. (2012). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores

evidências científicas. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. 62(3), 225-233. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Peris/publication/262440673_Family_influence_on_anorexia_nervosa_In_search_of_the_best_scientific_evidence/links/00b4953cad70f190bb000000.pdf

Vargas, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 4(8), 47-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

Vázquez, R. y Raich, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimenticios. *Psicología Conductual*. 5(3), 391-407. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1997/art05.3.05.pdf>

Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. T. y Mancilla, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6, 108-120. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S2007152315000221/1-s2.0-S2007152315000221-main.pdf?_tid=effd6360-2efa-11e7-8b04-00000aacb35d&acdnat=1493704276_70b23a93bc7ea9624601459c45c39b2d

Vivas, E. y Luigli, Z. (2006). Trastornos de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En J. M. Mancilla Díaz y G. Gómez Pérez-Mitré. (Comps.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México D.F.: El Manual Moderno.

Walsh, J., Wheat, M. y Freund, K. (2000). Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders: The Role of the Primary Care Physician. *Journal of General Internal Medicine*. 15(8), 577-590. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x

ANEXOS

Anexo 1: Diseño del instrumento

Título: Influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres entre los 14 y 20 años en la ciudad de Quito.

1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 20 años en la ciudad de Quito?

2. Objetivos

Objetivo General: Analizar la influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 20 años en la ciudad de Quito.

Objetivos Específicos:

- a. Describir la dinámica de una familia con un miembro con AN desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.
- b. Describir el rol de la familia en relación al proceso de recuperación de la anorexia nerviosa desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.
- c. Identificar los cambios en la estructura familiar durante el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa desde la percepción de quien ha desarrollado el trastorno y sus progenitores.

3. Relevancia teórica y de investigaciones previas

Debido a la complejidad del trastorno, el proceso de recuperación de la AN puede ser complicado. Una persona puede presentar grandes dificultades psicosociales (tanto crónicas como graves), afectaciones físicas irreversibles, la muerte o una recuperación completa. Se plantea que si se interviene de

manera precoz puede existir mayor probabilidad de recuperación total. Se estima que existe un 50% de recaídas en el primer año, el 20% mantiene algunos criterios del trastorno, y una gran parte de casos se recuperan totalmente (Attia y Walsh, 2008, p. 40). Por lo que las investigaciones recomiendan que el tratamiento sea siempre multidisciplinario (Unikel y Caballero, 2010, p. 19). Asimismo, debido al gran impacto que tiene la familia en el desarrollo y en la permanencia de los síntomas de la AN, se recomienda tomar en cuenta a la familia dentro de este procedimiento multidisciplinario. El sistema familiar debe incluirse como parte del esquema terapéutico, con la intención de que el núcleo familiar pueda modificar patrones y conductas que afectan a cada miembro y que perpetúan el síntoma (persona con AN) (Valdanha, Scorsolini-Comin, Sanches y dos Santos., 2013, pp. 231-232).

La Teoría Sistémica Familiar es uno de los modelos en los que se basan los estudios realizados sobre la AN, a partir de la Psicología. Esta perspectiva considera a la anorexia nerviosa como un síntoma dentro de las disfuncionalidades familiares; siendo este un punto de unión entre los factores culturales y la influencia de la delgadez estética, y los cambios sociales y evolutivos de los miembros de la familia. Por lo que las investigaciones y los tratamientos a partir de este modelo plantean la idea de incluir a la familia dentro del proceso y correlacionar a la misma con el síntoma (Rodríguez Vega, 1996, pp. 47-50).

Algunos estudios académicos significativos que combinan la AN con la familia se han realizado en España, Chile y México. Vázquez y Raich (1997, p. 391) realizaron un estudio en Barcelona, España, que incluía 17 familias o triadas conformadas por una hija con AN; en donde determinaron que existe una relación estrecha entre las percepciones a nivel familiar y los hábitos alimenticios entre madres e hijas, además se identificó cierto grado de afectación de las hijas en cuanto a los estereotipos, mientras que el padre interviene en la organización e impulso elevado de metas. Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, realizaron una investigación en Chile, con 296 alumnas de

secundaria entre 14 a 19 años. El estudio pretendía entender la relación entre las manifestaciones psicológicas y la funcionalidad de la familia. Se comprobó que la obsesión por adelgazar está relacionada con la comunicación con la figura paterna y con el manejo ineficiente de conflictos dentro de la familia (Cruzat et. al, 2008, pp. 88-90). Posteriormente, López-Coutiño y Nuño-Gutiérrez (2009, pp. 47-53) realizaron un estudio en México con mujeres entre 22 y 38 años con anorexia (2) y bulimia (6), para describir la estructura familiar al tener presente un miembro con algún trastorno alimenticio. El estudio determinó que las interacciones familiares fueron caracterizadas como aglutinadas y desligadas, lo que generaba mayor estrés familiar, problemas económicos y conyugales, además de comparaciones fraternales que perjudicaban a las pacientes identificadas y dificultaban su adaptación en este proceso.

Los casos de TCA, especialmente de anorexia nerviosa, han ido creciendo de manera significativamente en los últimos 20 años alrededor de Latinoamérica y Centroamérica. Sin embargo, los estudios entorno a estos han sido limitados. Las investigaciones giran alrededor de la depresión, identidad de género, abuso de sustancias, ansiedad, entre otras problemáticas. Las investigaciones realizadas confirman el riesgo progresivo de los y las estudiantes a desarrollar problemas alimenticios, y la influencia notoria de los cambios en la imagen corporal, la cultura, la presión social y los nuevos cánones de belleza. Dentro de los principales problemas sobre esta temática, está la dificultad de delimitación de los criterios diagnósticos, la falta de: estadísticas sobre prevalencia e incidencia, esclarecimiento de las influencias, y tratamientos efectivos (Mancilla Díaz y Gómez Pérez-Mitré, 2006, pp. 1-173).

En Ecuador las investigaciones han sido bastante limitadas; siendo estas centradas mayormente en la obesidad y la desnutrición infantil, por lo que no existen datos sobre casos de anorexia nerviosa (Moscoso, 2011, p. 15). En Ecuador no se han registrado cifras específicas sobre este trastorno. Sin embargo, a partir de la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” realizada en

2012, a personas entre 10 a 19 años, se descubrieron conductas alimenticias riesgosas con el objetivo de evitar el aumento de peso o perderlo; entre o cuales el 10,2% de las personas dejaron de comer por 24 horas o más en el último mes previo a la encuesta, y el 3,1% consumieron medicamentos; el porcentaje de mujeres que realizaron las conductas antes descritas fue el 4,5%, y de hombres 1,4%. Mientras que el 2,4% vomitaron o ingirieron laxantes, porcentajes del cual 3,4% correspondía a las mujeres y 1,0% a los hombres (Freire et al., 2014, p. 472).

Por lo tanto, se puede percibir que a pesar de que los estudios sobre AN – individualmente- y de AN y el contexto familiar han empezado a aumentar a escala mundial, en Ecuador no existen estudios que relacionen a la anorexia con la familia. Las investigaciones realizadas en Ecuador se centran mayormente en la obesidad y desnutrición infantil, como un problema de salud pública, pero no se ha dado mayor importancia a los TCA, especialmente a la AN, que remite un alto porcentaje de casos en aumento. En este sentido, este estudio describirá la relación entre la anorexia nerviosa y la familia, y cómo esta última puede influenciar y ser partícipe del proceso de recuperación del individuo con anorexia.

4. Entrevista semiestructurada

En una investigación cualitativa, la entrevista semiestructurada es una de las herramientas por excelencia utilizada para recolectar información, debido a la flexibilidad y cercanía que esta puede generar. Este tipo de instrumento se construye a partir de los objetivos específicos, de los cuales saldrán las preguntas directrices que se plantea el investigador o la investigadora en torno a su estudio, y por consiguiente serán adecuadas en preguntas de guion, adaptadas al contexto y a la población. Las preguntas de la entrevista semiestructurada pueden ser modificadas por el entrevistador o la entrevistadora en cualquier momento, con el objetivo de obtener más información u omitir preguntas que ya han sido respondidas o no sean

pertinentes en ese momento (Hernández et al., 2006, p. 597). En esta investigación se realizará una entrevista individual a cada mujer de la muestra y dos grupos focales a partir del mismo guion; uno para las madres y otro para los padres de las mujeres.

5. Criterios de Inclusión y Exclusión

Tabla 5

Criterios para las mujeres con anorexia nerviosa

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres que hayan padecido AN entre los 14 a 20 años.	Antecedentes patológicos de otro trastorno mental previamente diagnosticado (excepto ansiedad y depresión).
Nacidas y residentes de Quito	Hombres con AN
Hayan recibido tratamiento psicológico por 1 año mínimo.	

Tabla 6

Criterios para las madres y padres

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Madres, padres o cuidadores permanentes.	Antecedentes patológicos de algún trastorno mental previamente diagnosticado.
Tengan una hija que haya tenido AN a los 14 a 20 años.	
Nacidos y residentes de Quito	
Hayan convivido con las mujeres identificadas, durante el desarrollo de la enfermedad y el proceso de recuperación.	

El rango de edad escogido se debe a que las investigaciones datan que la adolescencia es una etapa en la cual la identidad, el auto concepto y la autoimagen se construyen a partir de la influencia de diferentes factores (Onnis, 2015, s. p). Además que la gravedad y cantidad de los casos de mujeres se da en la edad establecida (Portela de Santana et al., 2012, p. 393). Se ha excluido a los hombres con AN, debido a que la prevalencia de casos en mujeres es superior, por lo que existen mayores estudios en torno a esta población (Lenoir y Silber, 2006, p. 253). Por su parte, el tiempo de tratamiento ha sido sustentado en la recomendación realizada por la Asociación Americana de Psicología en el año 2006, en la que plantea que los pacientes con AN deben recibir terapia individual por 1 año mínimo, posterior a la restauración inicial del peso (Sturmey y Hersen, 2012, p. 585). Debido a que la AN presenta alto grado de comorbilidad con ansiedad y depresión, han sido trastornos permitidos como un criterio de inclusión (Romero-Acosta y Domènech-Llaberia, 2012, p. 176). Asimismo, se ha determinado que las participantes hayan tenido AN con el objetivo de analizar todo el proceso de recuperación. Por su parte, se considera pertinente incluir a madres y padres dentro del estudio (a través de dos grupos focales) de manera que se pueda tener una amplia perspectiva de la influencia familiar.

Metodología

Enfoque

El enfoque de esta investigación será cualitativo. Este enfoque es pertinente porque se utiliza para recoger datos subjetivos, dándole mayor importancia a la comprensión de las experiencias, interacciones y significados que la población seleccionada pueda arrojar (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, 2006, p. 8).

Alcance

El alcance de esta investigación es descriptivo con corte transversal. Consiste en recoger información sobre un fenómeno determinado (Hernández et al., 2006, p. 102), relacionar las variables involucradas en el mismo y analizarlas en un momento específico (Pineda, Alvarado y Canales, 1994, p. 81). En esta investigación se examinará al sistema familiar durante el proceso de recuperación de la AN. A partir de este alcance se pretende detallar los aspectos que influyen en el desarrollo de la AN y cómo estos pueden participar en la recuperación.

Diseño

El diseño utilizado será el narrativo. Se caracteriza por la obtención de las memorias de vida de las personas en quienes se basa el estudio (Salgado, 2007, p. 72). La información que se obtiene a partir de este diseño surge de autobiografías, experiencias, testimonios o entrevistas en las que se focaliza un período específico de vida o la historia completa de una persona o de un grupo. Dentro de este estudio, el investigador debe construir una línea de vida (Salgado, 2007, p. 73) y realizar un análisis lingüístico con las experiencias de las mujeres con AN, a lo largo del proceso de recuperación, y triangularlas con la información obtenida de la familia y su visión como experto, para tener una perspectiva holística y detallada de los hechos.

Tipo de análisis

La información grabada en las entrevistas individuales y los grupos focales será transcrita completamente. “Posteriormente, el investigador narra los sucesos bajo su óptica y describe (sobre la base de la evidencia disponible) e identifica categorías y temas emergentes en los datos narrativos” (Salgado, 2007, p. 73). Este procedimiento se realiza a partir de una codificación abierta, en donde se seleccionan los datos, ya sean por temas, palabras específicas o pensamientos

relevantes para la investigación; los cuales se recomienda sean subrayados por colores. Posteriormente, se agrupará la información en las distintas categorías. Las mismas a las que se les asignarán un código para generar un árbol de códigos sistematizado y/o jerarquizado (Fernández, 2006, pp. 4-7).

Anexo 2: Guion entrevista individual

Elaborado por: Rebeca Lucio Paredes Núñez

Tema: Influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres entre los 14 y 20 años en la ciudad de Quito.

Introducción

Buenos días, mi nombre es Rebeca Lucio Paredes, soy alumna de décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de las Américas, y me encuentro desarrollando el proyecto de titulación denominado la “Influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres entre los 14 y 20 años en la ciudad de Quito”. Tu participación en esta entrevista será de mucha ayuda para mi investigación, ya que me permitirá conocer cómo influyen los miembros de la familia en todo el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa, desde de tu perspectiva. Antes de comenzar me gustaría explicarte ciertos puntos importantes que involucran tu participación.

Objetivo general de la investigación

El objetivo de esta investigación es “Analizar la influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 20 años en la ciudad de Quito”. A partir de esto se podrá conocer a profundidad la interacción familiar, las características y las funciones de cada miembro de la familia, y cómo estas pueden influir en la recuperación.

Tiempo de duración

Esta entrevista durará entre 45 minutos a 1 hora. Puedes parar cuando quieras, sin ningún problema.

Aspectos éticos

Consentimiento y asentimiento informado

Antes de empezar la entrevista necesito que firmes un consentimiento informado/asentimiento informado, en el cual se explica el objetivo de esta investigación, la duración, y que será grabada y transcrita completamente. Además, se menciona que toda la información que me des va a ser confidencial, es decir que tu nombre no va a ser mostrado, y que estás accediendo a ser entrevistada por voluntad propia (Ver en anexo) (APA, 2010, pp. 7-8).

Tratamiento de la información

Asimismo, la información se manejará de forma profesional, siempre guardando tu anonimato, como menciona el consentimiento informado. Además, solo se tomará en cuenta la información que sea pertinente para la investigación, más no la que sea muy personal o comprometa tu integridad. La confidencialidad solo se rompería en caso de que los relatos que proporciones puedan poner en riesgo tus derechos y bienestar, y el de otras personas.

Preguntas de calentamiento

¿Cuál es tu edad?

¿Cuál es tu estado civil?

¿Hace cuánto tiempo tuviste anorexia?

¿Seguiste algún tratamiento? ¿Qué tipo de tratamiento seguiste?

¿Qué profesionales de la salud fueron parte de tu tratamiento?

¿Por cuánto tiempo seguiste el/los tratamiento/s?

Preguntas exploratorias

1. Primeramente, me gustaría que hiciéramos un familiograma o un mapa de tu familia.
2. ¿Cuáles crees que son las reglas principales en tu familia? ¿Estas reglas han sido acordadas por todos o fueron impuestas por alguien?
3. ¿Cuáles son los roles/funciones de cada miembro de tu familia?
4. ¿Qué actividades comparten como familia durante la semana?
5. ¿Qué actividades realizan con tu familia extendida y con qué frecuencia?
6. ¿Quién toma las decisiones en tu familia con mayor frecuencia?
7. ¿Cuáles son las expresiones emocionales y afectivas que se mencionan en tu familia con mayor frecuencia?
8. ¿Cómo reaccionó cada miembro de tu familia cuando supieron que tenías AN?
9. ¿Cómo crees que la reacción de tu familia influyó en tu proceso de recuperación?
10. ¿De qué manera crees que estuvieron involucrados los miembros de tu familia en tu proceso de recuperación?
11. ¿Quién te acompañaba a las citas con los distintos profesionales de la salud con mayor frecuencia?
12. ¿Con qué miembro de tu familia tenías mayor libertad para contarle tus avances y retrocesos?
13. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tenía tu familia acerca de ti, durante el proceso?
14. ¿Qué comentarios has escuchado por parte de tu familia acerca de tu imagen corporal?
15. ¿Cuáles crees que fueron las responsabilidades y obligaciones de cada miembro de tu familia, incluyéndote, durante el proceso de recuperación?
16. ¿De qué manera crees que influyó tu familia al momento de tomar tus decisiones?
17. ¿Crees que surgieron nuevas reglas durante el proceso de recuperación? ¿Cuáles fueron?

18. ¿Crees que surgieron conflictos de forma recurrente en el proceso de recuperación? ¿Cuáles fueron? ¿Cómo los resolvían?
19. ¿Cuáles son los cambios que han surgido en tu familia a partir del proceso de recuperación?

Cierre

20. Antes de concluir, ¿hay algo más que quisieras contarme o mencionarme algo más que no te haya preguntado?
21. Bueno, hemos acabado la entrevista. Te quiero agradecer mucho por tu ayuda, por todas las experiencias y los detalles que me has contado. Quiero que sepas que la información que me has dado será indispensable para la investigación, y quiero recordarte que todo esto será confidencial. ¡Muchísimas gracias!

Anexo 3: Guion grupo focal madres y padres

Elaborado por: Rebeca Lucio Paredes Núñez

Tema: Influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres entre los 14 y 20 años en la ciudad de Quito.

Introducción

Buenos días, mi nombre es Rebeca Lucio Paredes, soy alumna de décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de las Américas, y me encuentro desarrollando el proyecto de titulación denominado la “Influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres entre los 14 y 20 años en la ciudad de Quito”. Quiero agradecerles por estar aquí. Su participación en este grupo focal será de mucha ayuda para mi investigación, ya que me permitirá conocer cómo influyen los miembros de la familia en todo el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa, desde de su perspectiva. Antes de comenzar me gustaría explicarles ciertos puntos importantes que involucran su participación y cómo vamos a manejarnos dentro de este tiempo.

Objetivo general de la investigación

El objetivo de esta investigación es “Analizar la influencia de la familia en el proceso de recuperación de la anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 20 años en la ciudad de Quito”. A partir de esto se podrá conocer a profundidad la interacción familiar, las características y las funciones de cada miembro de la familia, y cómo estas pueden influir en la recuperación.

Tiempo de duración

Este grupo focal durará 2 horas aproximadamente. Pueden parar cuando quieran, sin ningún problema.

Encuadre

- Nos vamos a manejar en un ámbito de respeto. Permitiendo que cada persona pueda expresar su opinión y su experiencia libremente, sin emitir ningún juicio de valor.
- Les pido que no interrumpamos a la persona que está hablando.
- Quiero pedirles que apaguen sus celulares o los pongan en silencio de modo que no tengamos distracciones o interrupciones.
- Y por último, me gustaría incentivarles a que podamos participar activamente sin ningún recelo. No hay respuestas malas ni buenas, simplemente vamos a dialogar a partir de la experiencia de cada uno/a, que es muy valiosa para esta investigación.

Aspectos éticos

Consentimiento y asentimiento informado

Antes de empezar la entrevista necesito que firme/n un consentimiento informado/asentimiento informado, en el cual se explica el objetivo de esta investigación, la duración, y que será grabada y transcrita completamente. Además, se menciona que toda la información que me des/n va a ser confidencial, es decir que tu/su nombre no va a ser mostrado, y que estás/n accediendo a ser entrevistada/as/os por voluntad propia (Ver en anexo) (APA, 2010, pp. 7-8).

Tratamiento de la información

Asimismo, la información se manejará de forma profesional, siempre guardando tu/su anonimato, como menciona el consentimiento informado. Además, solo se tomará en cuenta la información que sea pertinente para la investigación, más no la que sea muy personal o comprometa tu/su integridad. La confidencialidad solo se rompería en caso de que los relatos que proporcionen/n puedan poner en riesgo tus/sus derechos y bienestar, y el de otras personas.

Preguntas de calentamiento

¿Cuál es su edad?

¿Cuál es su estado civil?

¿Hace cuánto tiempo tuvo anorexia su hija?

¿Siguió algún tratamiento? ¿Qué profesionales de la salud fueron parte de ese/esos tratamiento/s?

¿Por cuánto tiempo siguió el/los tratamiento/s?

Preguntas exploratorias

1. ¿De qué forma consideran que se vincula el rol de padre/madre con el rol como pareja?
2. ¿Consideran que cambió la dinámica familiar cuando se enteraron que su hija tenía anorexia? ¿De qué manera?
3. ¿Cuál creen ustedes que fue la función que cumplieron como familia en la recuperación?
4. ¿Cuáles creen que fueron los roles y las responsabilidades específicas de cada miembro de la familia en el proceso de recuperación?
5. ¿Cuán involucrados consideran que estuvieron los miembros de la familia en el proceso de recuperación?
6. ¿De qué manera creen ustedes que la AN cambió su familia?
7. ¿Cómo creen ustedes que cambió la relación entre los miembros de la familia durante el proceso de recuperación?
8. ¿Creen ustedes que surgían conflictos recurrentemente durante el proceso de recuperación? ¿Cuáles fueron? ¿Cómo lo resolvían?
9. ¿Qué cambios creen que se dieron en la rutina familiar durante todo el proceso de recuperación de la AN?
10. ¿Creen que hubieron cambios en su familia a partir del proceso de recuperación? ¿Cuáles?

Cierre

11. Para concluir, me gustaría que me mencionaran, de todo lo expresado, ¿qué ha sido lo más importante para ustedes?

12. Bueno, hemos llegado al final de este grupo focal y quiero agradecerles por compartir su perspectiva y sus experiencias sobre este tema, que serán indispensables para la investigación. Del mismo modo, quiero recordarles que la información recogida en este grupo será totalmente confidencial y manejada con el cuidado respectivo. ¡Muchas gracias a todos/as!

Anexo 4: Consentimiento informado



Universidad de las Américas
Consentimiento informado
Entrevista individual

Yo, _____, he sido convocado/a para colaborar con una entrevista, que permitirá complementar una investigación pertinente al trabajo de titulación de pre-gado de la carrera de Psicología Clínica.

Este trabajo será realizado por _____, correspondiente al décimo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad de las Américas (UDLA).

Entiendo que mi participación en este trabajo contempla una entrevista de 45 minutos a 1 hora, la misma que será grabada y transcrita en su totalidad. Además, se me ha explicado que la información que entregue en mis relatos será absolutamente confidencial y conocida únicamente por la entrevistadora y el docente-supervisor.

Conozco que, durante la entrevista, estoy en mi derecho de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto. Para cualquier duda o pregunta, la persona de contacto será: Rebeca Lucio Paredes; puede comunicarse ante cualquier pregunta al número celular 0987883346 o mediante correo electrónico rlucioparedes@udlanet.ec He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto colaborar con esta entrevista.

 Firma participante
 C.I. _____

 Firma entrevistadora
 C.I. _____

En _____, al _____ de _____ de 2017



Universidad de las Américas
Consentimiento informado
Grupo focal

Yo, _____, he sido convocado/a para colaborar con un grupo focal, que permitirá complementar una investigación pertinente al trabajo de titulación de pre-gado de la carrera de Psicología Clínica.

Este trabajo será realizado por _____

_____, correspondiente al décimo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad de las Américas (UDLA).

Entiendo que mi participación en este trabajo contempla un grupo focal de aproximadamente 2 horas, el mismo que será grabado y transcrito en su totalidad. Además, se me ha explicado que la información que entregue en mis relatos será absolutamente confidencial y conocida únicamente por la entrevistadora, un observador, el grupo y el docente-supervisor.

Conozco que, durante el grupo focal, estoy en mi derecho de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto. Para cualquier duda o pregunta, la persona de contacto será: Rebeca Lucio Paredes; puede comunicarse ante cualquier pregunta al número celular 0987883346 o mediante correo electrónico rlucioparedes@udlanet.ec

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto colaborar con este grupo focal.

 Firma participante
 C.I. _____

 Firma entrevistadora
 C.I. _____

En _____, al _____ de _____ de 2017



Universidad de las Américas
Consentimiento informado
Autorización parental

Mediante el presente documento se invita a su hija a participar en la realización de una entrevista, que permitirá complementar una investigación pertinente al trabajo de titulación de pre-gado de la carrera de Psicología Clínica. La decisión de que su hija participe en esta actividad es completamente voluntaria y no tiene costo alguno.

Entiendo que la participación de mi hija en este trabajo contempla una entrevista de aproximadamente 45 minutos, la misma que será grabada y transcrita en su totalidad. Al finalizar la transcripción de la entrevista se le entregará a la menor una copia de sus relatos. Además, se me ha explicado que la información que mi hija entregue en sus relatos será absolutamente confidencial y conocida únicamente por la entrevistadora y el docente-supervisor.

Este trabajo será realizado por _____, correspondiente al décimo semestre de la Escuela de Psicología de la Universidad de las Américas (UDLA).

He sido informado que esta actividad no producirá riesgo alguno a la integridad de mi hija. Se me ha proporcionado el nombre del docente responsable y su mail de contacto. Se me entregará una copia del documento completo de consentimiento Informado.

Para cualquier duda o pregunta, la persona de contacto será: Rebeca Lucio Paredes; puede comunicarse ante cualquier pregunta al número celular 0987883346 o mediante correo electrónico rlucioparedes@udlanet.ec.

Consiento voluntariamente que mi hija participe en esta entrevista y entiendo que tengo el derecho de retirar de la evaluación a mi hija en cualquier momento.

Nombre de la participante.....

Nombre del Padre/Madre o Representante Legal.....

Firma del Padre/Madre o Representante Legal.....

Fecha.....



Universidad de las Américas

Asentimiento informado

Estoy invitada a participar en varias actividades para ayudar a que los estudiantes de Psicología aprendan y sean buenos profesionales a futuro.

Esta invitación consiste en responder unas preguntas sobre mi opinión.

Toda la información que obtenga la estudiante la compartirán con su profesor y con los estudiantes pertinentes.

Mi participación no tendrá costo alguno para mi madre o mi padre, mis representantes o para mí.

Yo decido aceptar a esta invitación y estoy informada que puedo retirarme si lo deseo.

Mi nombre no será indicado.

Por último, mi firma indicará que acepto participar.

Sé que puedo consultar mis dudas a la estudiante Rebeca Lucio Paredes al teléfono 0987883346 o al correo rlucioparedes@udlanet.ec

Acepto participar en la actividad a la que he sido invitada.

Nombre de la participante

Firma

He discutido el contenido de esta solicitud con el arriba firmante. He orientado sus dudas sobre su participación.

Nombre de la estudiante

Firma

Nombre del tutor

Firma

En _____, al _____ de _____ de 2017

Anexo 5: Plan de contingencia

Un plan de contingencia es instaurado para “controlar una situación de emergencia o minimizar consecuencias negativas” (Resolución No. SGR-151-2016, 2016, p. 9). Este plan ha sido creado como un protocolo de prevención en caso de requerir intervención hacia las personas entrevistadas de manera individual o en el grupo focal. Debido a la fragilidad del tema, los miembros de la familia, así como la persona que tuvo anorexia, puede enfrentarse a elementos del pasado que no fueron resueltos en terapia y que pueden causar conflictos internos. Asimismo, en el caso de los grupos focales, la reacción de este sujeto puede afectar el clima del grupo. Por lo que esta investigación tendrá este plan como un sustento en cualquier situación, así como un profesional que pueda colaborar en cualquier momento, de ser necesario.

Dentro de las estrategias de este plan, se ha contemplado la posibilidad de aplicar primeros auxilios psicológicos (PAP⁵), de ser necesario. Los PAP, es la ayuda y apoyo primario para una persona que puede estar sufriendo, necesite contención o ayuda a partir de una situación catastrófica, alarmante o desbordante para la misma. Los PAP contemplan ayuda práctica no evasiva; es necesario poder evaluar las necesidades básicas o preocupaciones que tenga la persona en ese momento; escuchar activamente, sin forzarlas a hablar; contenerlas y dar confort; dar información que necesite; y evaluar si existe la necesidad de apoyo de otro servicio (OMS, 2012, pp. 3-4).

Lo ideal para realizar PAP es hacerlo en un lugar que proporcione seguridad, tranquilidad y privacidad a la persona (OMS, 2012, p. 6). Por lo que, en caso de presentarse un acontecimiento desbordante para las personas de las entrevistas, el profesional de apoyo acompañará a la persona a un lugar tranquilo, fuera del grupo.

⁵ Cada vez que se utiliza la inicial PAP se refiere a Primeros auxilios psicológicos.

Asimismo, se podría utilizar el CASIC, para poder evaluar las diferentes dimensiones del conflicto, evaluando el pasado, presente y futuro. El CASIC evalúa aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos (Slaikeu, 2000, p. 78).

Por último, es necesario evaluar los elementos proporcionados por la persona a partir de la entrevista exploratoria, la observación y el criterio del experto, y sugerir la posibilidad de que continúe un proceso terapéutico.

