

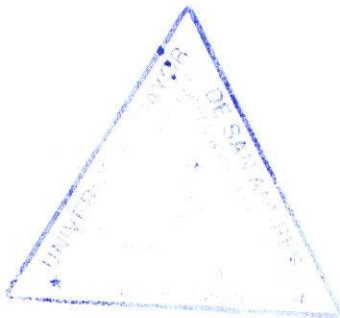
MARC

T-3209

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA PSICOLOGIA



*Manoza  
Presidencia*

*Marcos Fernández Motiño  
tutor*

TESIS DE GRADO

*Juárez  
MSc. Luis Hugo Juárez*  
111 h

EL ESTILO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR Y EL RIESGO DE PADECER  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Postulante : Neyza Miguelina Blanco Ayca

Tutor: Lic. Marcos Fernández Motiño

La Paz – Bolivia

2013

Tesis  
3209

*AGRADECIMIENTO:*

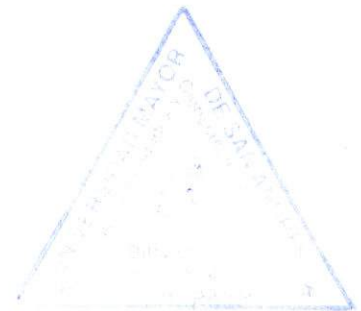
*A Dios por darme la bendición de contar con la ayuda de familiares, amigos, así como del tutor de tesis y el Director del colegio; ya que la colaboración de cada uno me permitió terminar esta investigación.*

## INDICE

RESUMEN.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
INTRODUCCION.....	iii

## PARTE PRIMERA

1. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION
  - 1.1 AREA PROBLEMÁTICA
  - 1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION
  - 1.3 OBJETIVOS
  - 1.4 JUSTIFICACION



## PARTE SEGUNDA

2. MARCO TEORICO
  - 2.1 COMUNICACIÓN FAMILIAR.....1
    - 2.1.1 Comunicación.....1
      - 2.1.1.1 Definición.....1
      - 2.1.1.2 Formas de comunicación.....3
        - 2.1.1.2.1 Lenguaje no verbal.....4
        - 2.1.1.2.2 Lenguaje verbal.....7
        - 2.1.1.2.3 Lenguaje Escrito.....9
      - 2.1.1.3 Características Básicas de la comunicación.....9

2.1.1.3.1	Bidireccionalidad de la comunicación.....	9
2.1.1.3.2	Doble contenido del mensaje.....	11
2.1.1.3.3	Barreras de la comunicación.....	11
2.1.1.2	Familia.....	14
2.1.2.1	Definición.....	14
2.1.2.2	Tipos de familias.....	14
2.1.2.2.1	Familias integradas.....	15
2.1.2.2.2	Familias uniformadas.....	15
2.1.2.2.3	Familias Aglutinadas.....	16
2.1.2.2.4	Familias aisladas.....	16
2.1.2.3	Funciones de la familia.....	17
2.1.2.3.1	Función de Socialización.....	17
2.1.2.3.2	Función de Protección.....	18
2.1.2.3.3	Función de Educación.....	19
2.1.3	Comunicación Familiar.....	19
2.1.3.1	Definición.....	20
2.1.3.2	Estilos de comunicación familiar.....	22
2.1.3.2.1	Comunicación familiar abierta.....	23
2.1.3.2.1	Comunicación familiar ofensiva.....	25
2.1.3.2.1	Comunicación familiar evitativa.....	28
2.1.3.3	La comunicación familiar en la adolescencia.....	30
2.2	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	32
2.2.1	Alimentación humana.....	32
2.2.2	Imagen corporal.....	35



2.2.2.1 Definición.....	37
2.2.2.2 Componentes.....	38
2.2.2.2.1 Perceptivo.....	38
2.2.2.2.2 Cognitivo – Afectivo.....	39
2.2.2.2.3 Conductual.....	39
2.2.2.3 Importancia de la Imagen corporal en los TCA.....	40
2.2.3. Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	42
2.2.3.1 Definición.....	42
2.2.3.2 Etiología.....	43
2.2.3.3 Clasificación.....	45
2.2.3.3.1 Anorexia.....	45
2.2.3.3.2 Bulimia.....	50
2.2.3.4 Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo.....	53
2.2.3.5 Diferencia entre AN y BN.....	54

### PARTE TERCERA

#### 3. METODOLOGIA

3.1 TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIVACION.....	56
3.2 VARIABLES.....	57
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	57
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	59
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	63
3.6 PROCEDIMIENTO.....	64

## PARTE CUARTA

### 4. PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 Datos sociodemográficos.....	66
4.2 Cuestionario de evaluación de la comunicación familiar.....	70
4.2.1 Escala de comunicación con la madre.....	70
4.2.2 Escala de comunicación con el padre.....	78
4.3 Test de Actitudes Alimentarias.....	86
4.4 Correlación entre ambas variables.....	96

## PARTE QUINTA

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
5.1 Análisis general y discusión.....	99
5.2 Conclusión.....	100
5.3 Alcances de la investigación.....	108
5.4 Limitaciones de la investigación.....	109
5.5 Recomendaciones.....	110

## PARTE SEXTA

### 6. BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

## PARTE SEPTIMA

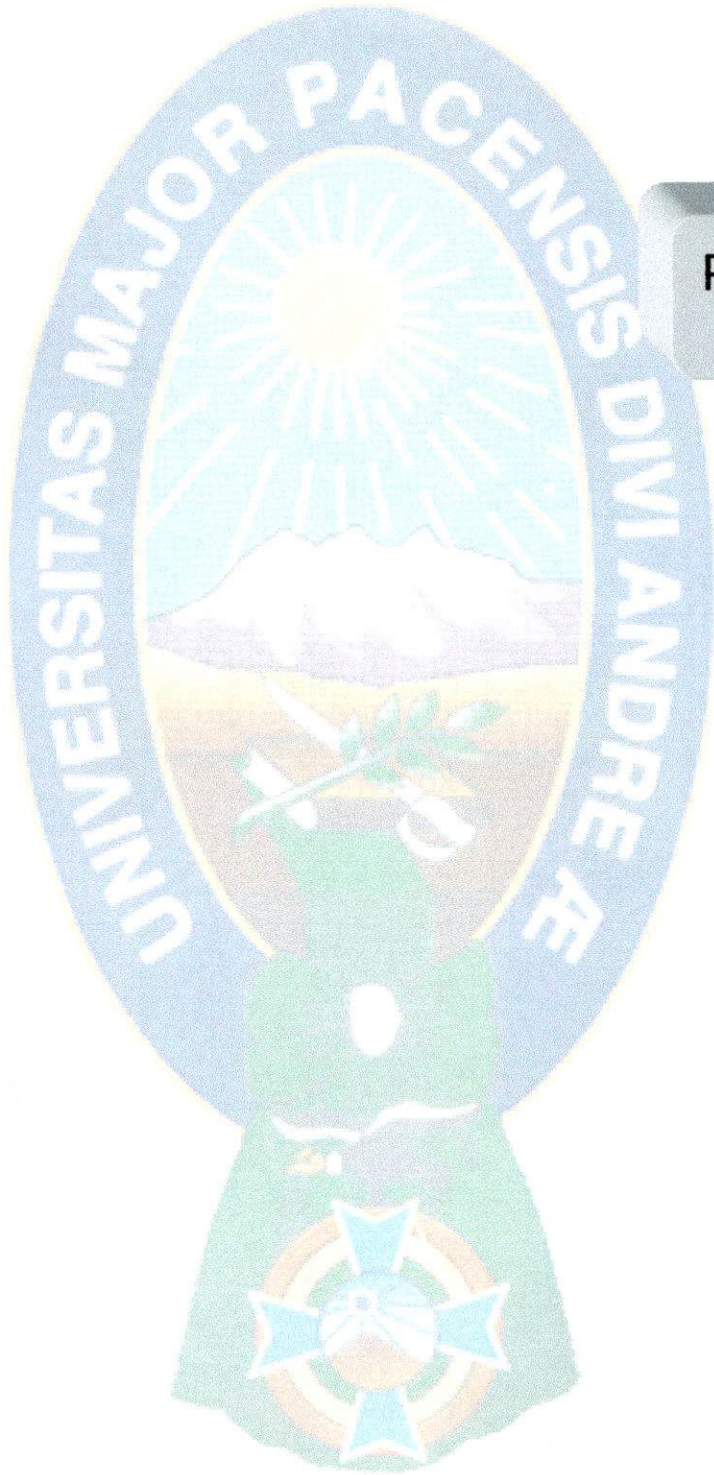
### 7. ANEXO

## INDICE DE TABLAS

Tabla 4.1 Descripción de la muestra.....	66
Tabla 4.2 Descripción del género de la muestra.....	68
Tabla 4.3 Grado de relación materna.....	70
Tabla 4.4 Descripción de la comunicación abierta con la madre.....	72
Tabla 4.5 Descripción de la Comunicación ofensiva con la madre.....	74
Tabla 4.6 Descripción de la comunicación evitativa con la madre.....	76
Tabla 4.7 Descripción del grado de relación paterna.....	78
Tabla 4.8 Descripción de la comunicación abierta con el padre.....	80
Tabla 4.9 Descripción de la comunicación ofensiva con el padre.....	82
Tabla 4.10 Descripción de la comunicación evitativa con el padre.....	84
Tabla 4.11 Descripción de la práctica de deportes.....	86
Tabla 4.12 Descripción del factor dieta en dos categorías.....	88
Tabla 4.13 Descripción de la Bulimia en dos categorías.....	90
Tabla 4.14 Descripción del control oral en dos categorías.....	92
Tabla 4.15 Descripción del EAT – 26 puntuación total.....	95
Tabla 4.16 Correlaciones del EAT – 26 y la Comunicación Padres – hijos.....	98

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 Descripción de la edad en frecuencia.....	67
Gráfico 4.2 Descripción del porcentaje de genero.....	69
Gráfico 4.3 Distribución porcentual del grado de relación con la madre.....	71
Gráfico 4.4 Distribución porcentual de la comunicación abierta con la madre.....	73
Gráfico 4.5 Distribución porcentual de la comunicación ofensiva con la madre.....	75
Gráfico 4.6 Distribución porcentual de la comunicación evitativa con la madre.....	77
Gráfico 4.7 Distribución porcentual del grado de relación con el padre.....	79
Gráfico 4.8 Distribución porcentual de la comunicación abierta con el padre.....	81
Gráfico 4.9 Distribución porcentual de la comunicación ofensiva con el padre.....	83
Gráfico 4.10 Distribución porcentual de la comunicación evitativa con el padre.....	85
Gráfico 4.11 Distribución porcentual de la práctica de deportes.....	87
Gráfico 4.12 Distribución porcentual del factor dieta.....	89
Gráfico 4.13 Distribución porcentual de la bulimia.....	91
Gráfico 4.14 Distribución porcentual del control oral.....	93
Gráfico 4.15 Distribución porcentual de las puntuaciones totales del EAT – 26.....	96



PARTE PRIMERA

## INTRODUCCION

Durante las últimas décadas la familia ha sufrido cambios determinados por la evolución de la sociedad, afectando o de lo contrario favoreciendo a ciertos estilos de comunicación familiar, que contribuyen en el desarrollo de actitudes y conductas frente a la alimentación, plasmados en posteriores patrones de conducta alimentaria, que en el peor de los casos debido a la sobrevaloración de la apariencia física y especialmente la delgadez terminan en Trastornos de la Conducta Alimentaria que han sido foco de la atención creciente por varias disciplinas y entre ellas está la Psicología, que trata de explicar su aparición a través de diversas teorías, señalando al contexto social como uno de los factores más importantes, he ahí la importancia de tomar en cuenta a la familia, ya que es considerada como base de la sociedad, la misma que ha sido descuidada por las nuevas exigencias que surgen de la misma sociedad.

Por tanto la intención de esta investigación es precisamente determinar el estilo de comunicación familiar establecido a través del tiempo y tipo de convivencia, y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, se ha tomado en cuenta esta población debido a su vulnerabilidad, ya que se ha constatado a través de diversas investigaciones que señalan su aparición con mucha más frecuencia en dicha etapa; por otro lado la aportación a la sociedad de esta investigación es de gran importancia, puesto que será de mucha utilidad para la posterior prevención de trastornos de la conducta alimentaria; de tal modo que su identificación permitirá de algún modo devolverle a la familia la importancia que merece, la misma que está encargada no solo de transmitir valores, sino de

formar seres humanos, que tienen como necesidad primaria la alimentación.

Finalmente las etapas para el desarrollo de esta investigación están divididas en: parte primera que corresponde a problemas y objetivos de investigación, la parte segunda que describe al marco teórico, la parte tercera correspondiente a metodología, parte cuarta perteneciente a presentación de resultados, parte quinta describe a conclusiones y recomendación, la parte sexta referente a la bibliografía de referencia y finalmente la parte séptima que corresponde a anexos.

## 1. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION

### 1.1 AREA PROBLEMÁTICA

La familia desde tiempos inmemoriales, contribuye a la sociedad transmitiendo valores, estilos de vida, por su larga interacción a través del tiempo y por el tipo de convivencia que llevan ya que sin dicha familia no existiría la sociedad, de acuerdo con Pérez (2001), señala que: *“No se ha tomado suficiente conciencia del importante rol de la familia en la educación, en la formación de sentimientos, y en la contribución al equilibrio psíquico de sus miembros; en una palabra, en la formación de la identidad personal de los individuos”* (p.20).

Por tanto la familia es un sistema donde suscitan una serie de interacciones que van a permitir el desarrollo de actitudes y conductas, las que a su vez influirán decididamente en cada uno de los miembros.

Ahora bien la alimentación humana cobra relevancia, al comprender que de ella depende la vida futura, y que no solo representa el simple hecho de comer o tomar alimentos, sino que en ese hecho intervienen distintos momentos. Tal como señala, Curcuy, (2000): *“La alimentación es el hábito que más influye en nuestra salud, no solo refiere al tipo de comida, sino también al momento y la forma de tomarla; que afectan decididamente en nuestro organismo”* (p.11).



Tomando en cuenta los distintos momentos que intervienen durante su curso, cabe resaltar que del mismo modo se ve influida por el desarrollo de actitudes y conductas durante el transcurso del tiempo. Así como señalan Garandillas y otros (2003), *"la alimentación humana se ve influida por múltiples estilos de vida, pautas, hábitos, preferencias, conductas, actitudes y apetitos"* (p.15).

Tales actitudes y conductas se desarrollan dentro el entorno familiar, a través del tiempo y tipo de convivencia, que afectaran decididamente en su vida futura y que están marcados por el estilo de comunicación familiar, que les permite expresar satisfacciones o disgustos.

Así también es importante señalar que la comunicación familiar entre padres e hijos disminuye, al llegar a la etapa de la adolescencia debido al afán de independencia propia de dicha etapa, que los convierte en presa fácil, para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, que está fuertemente dirigida hacia la población joven, con patrones de belleza estandarizados como aceptables dentro la sociedad, rindiendo culto a la delgadez.

De acuerdo con Barnes y Olson (1985), citado en Parra y Oliva (2002) indican que: *"Investigaciones han señalado que entre la infancia y adolescencia la comunicación entre los hijos e hijas y*

*sus progenitores se deteriora pasan menos tiempo interactuando juntos, chicos y chicas hablan menos de sus asuntos espontáneamente y la comunicación se hace más difícil” (p.215).*

Sin embargo el estilo de comunicación familiar desarrollado, se convierte en un elemento clave, para los padres así como también para los hijos permitiendo el crecimiento de la relación entre ambos, en cada una de las etapas de desarrollo de los miembros de la familia. En este sentido, Tesson Youni (1995), citado en Cava (2003), señala que: *“Es el instrumento que padres e hijos utilizan para renegociar sus roles, constituyendo el medio, por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad” (p.2).*

Asimismo, se considera que al inicio y durante el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria, puede variar la interacción familiar del sujeto, ya que se sabe que la mayoría de las familias no están enteradas del trastorno en cuestión, dependiendo incluso de la proximidad entre los miembros. Así, se propone investigar esta posibilidad de comunicación familiar, ya que se podría tomar como un factor importante para la prevención de trastorno de la conducta alimentaria.

Para los fines de esta investigación, se tomará en cuenta a la teoría psicológica sistémica, por su trascendencia en el estudio de la familia, y por considerarla como un sistema abierto, propositivo y autorregulado, donde se elaboran pautas de interacción entre

los propios subsistemas, que se conservan y evolucionan a través del tiempo; las mismas que son de trascendencia al llegar a la adolescencia, ya como se mencionó anteriormente los convierte en una población vulnerable. Así como indica Jimeno (1999), *“La teoría sistémica es un modelo predominante en el estudio de la familia, a la que define como un sistema abierto, propositivo y autorregulado”* (p.35).

## **1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 a 18 años de edad de la unidad Educativa Fuerza Aérea Boliviana?

## **1.3 OBJETIVOS**

General

Determinar el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 -18 años de edad de la Unidad Educativa Fuerza Aérea Boliviana.

## Específicos

- Diagnosticar el estilo de comunicación familiar en adolescentes
- Identificar el estilo de comunicación familiar en adolescentes
- Diagnosticar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes
- Identificar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes
- Identificar el grado de relación entre el estilo de comunicación familiar y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

### **1.4 HIPOTESIS**

“Los estilos de comunicación familiar están relacionados con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 -18 años de edad de la Unidad Educativa Fuerza Aérea Boliviana”.

### **1.5 JUSTIFICACION**

El presente trabajo de investigación pretende determinar el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria; considerando a la familia como el entorno más próximo en el que se desenvuelve el sujeto y donde inicialmente se suscitan las primeras experiencias con la comida,

lo cual permite identificar a éste como un factor decisivo para un posterior desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria; así también quienes inicialmente identifican cierta anormalidad en la conducta alimentaria del sujeto es la familia de primer grado; por tanto identificar el grado de relación de ambas variables es de gran importancia ya que a futuro se estaría previniendo conductas poco saludables desde el mismo entorno familiar.

Respecto a la alimentación humana está se encuentra sujeta a distintos factores, y momentos que determinan el desarrollo de la conducta alimentaria, la misma que favorece o de lo contrario entorpece la alimentación, generando conductas no sanas como señalan, Halgin y Krauss, (2004), quienes indican que: *“para algunas personas la comida adquiere un significado desmesurado y se encuentran esclavizados a rituales extraños y poco saludables que giran alrededor del proceso de alimentación”* (p.532). Es entonces de vital importancia tomar en cuenta los distintos momentos y factores en el proceso alimenticio puesto que finalmente adquieren un significado a nivel cognitivo, lo que determinara decisivamente en el desarrollo de una conducta alimentaria

Por tanto se toma en cuenta el estilo de comunicación familiar como uno de los factores que influyen en el desarrollo personal de los componentes de la familia, debido a la proximidad entre los miembros y la larga interacción entre los mismos; por otro lado las primeras experiencias con la comida se dan en el entorno familiar, lo cual permite el desarrollo de una conducta alimentaria

que va depender de las experiencias suscitadas con la comida. Al respecto Jimeno (1999), señala que: *“La comunicación es una de las dimensiones fundamentales de cualquier sistema, y es especialmente relevante para el sistema familiar por la proximidad y larga interacción del proceso, así como por su impacto en el desarrollo infantil”* (p.171).

Por tanto la comunicación familiar permitirá la autorregulación del sujeto sin embargo identificar el estilo de comunicación familiar le dará el sentido a la propia autorregulación, para el posterior desarrollo de una conducta saludable o poco saludable, así como señala que: *“mejorar la comunicación es en parte encontrar vías más adecuadas para expresar nuestro yo no observable, pero también la mejora exterior llega a interiorizarse y el lenguaje se convierte en instrumento de autorregulación y como afirma el constructivismo es una herramienta para la construcción del conocimiento”* ídem (p.171).

Es así que se propone investigar el estilo de comunicación familiar, que permite la autorregulación de cada uno de los miembros de la familia, y el riesgo de padecer Trastornos de la conducta alimentaria; con el fin de contribuir preventivamente a la sociedad, desde el seno familiar donde se desarrollan las primeras experiencias con la comida que determinaran el tipo de conducta alimentaria desarrollada en cada uno de los miembros de la familia.



PARTE SEGUNDA

## 1. MARCO TEORICO

### 2.1 COMUNICACIÓN FAMILIAR

#### 2.1.1 Comunicación

##### 2.1.1.1 Definición



Desde tiempos inmemorables se ha evidenciado la naturaleza social del hombre, que ha favorecido al desarrollo de la comunicación convirtiéndose en un instrumento primordial para intercambiar pensamientos, emociones, inquietudes y experiencias, tal como señala Aguila (2005), que: *“el ser humano se define por su condición de sociabilidad, y si es sociable lo es porque puede comunicarse, intercambiando sus pensamientos, emociones, creaciones y experiencias”* (p.1).

Así pues la comunicación nos permite transmitir ideas pensamientos, sentimientos y emociones con el otro, tal como indica Narvárez (2002), señala que: *“La comunicación es el arte de transmitir información, ideas, creencias, sentimientos y pensamientos de una persona a otra”* (p.1).



Sin embargo la comunicación, también nos permite ser y crecer como personas definiéndonos como seres en comunicación, al respecto Iriarte y Orsini (1995), indican que: *“la comunicación es el acto esencial de los seres que les permite ser y crecer; permitiendo que se definan como tal, ser ella misma desarrollarse, decir su palabra: lo que piensa y siente; en este sentido se define a la persona como el ser en comunicación”* (Pág. 40).

Por tanto la comunicación es el proceso de transmitir y recibir información, ideas, pensamientos, emociones y sentimientos; tal interacción nos permite también crecer como personas, desarrollándonos socialmente.

Así también en todo acto comunicativo, toda conducta, actitud y gesto, transmite información, es decir se está comunicando emitiendo mensajes, así como señala Cibanal (2008), que: *“en una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar”* (p.1).

En la comunicación además de interactuar, permite intercambiar subjetividades, influyéndose mutuamente, lo que permite al ser humano vivir en sociedad, tal como indica Aguila (2005), que: *“durante el proceso*

*de comunicación los sujetos involucrados se influyen mutuamente, es decir interactúan sus subjetividad a través de los procesos de externalización e internalización, produciendo una redefinición y configuración de la subjetividad, donde la realidad llega a través del otro” (p.1).*

#### 2.1.1.2 Formas de comunicación

Tomando en cuenta que el contexto social es imprescindible para el desarrollo de la comunicación, ya que a partir de la base social existe la necesidad de comunicarnos con el otro, se van desarrollando elementos simbólicos dirigidos a determinado contexto social, que luego son comprendidos por dicho contexto, tal como señala Ronglan y Equiza (1996), citado en Paucar (2006), señala que: *“la comunicación será efectiva cuando existan elementos simbólicos que representen hechos o ideas y que estos signos, sean comprendidos por aquellos a los que van dirigidos, enmarcándose en un contexto social, político, económico, jurídico y filosófico que llamamos cultura” (p.17)*

Es así que el lenguaje solo es muestra de la necesidad que genera la sociedad de comunicarnos tal como señala Paucar (2006), señala que *“el ser humano creó un lenguaje con la finalidad de transmitir a los demás miembros de su grupo, clan o comunidad, sus pensamientos ideas y emociones” (p.17).*

Durante el desarrollo de la comunicación del hombre con su contexto social, en ese afán de comunicar se ha dado el uso del lenguaje no verbal, lenguaje verbal y lenguaje escrito, de acuerdo con Paucar (2006): *“la comunicación en el hombre puede darse mediante la combinación o utilización de tres modalidades de lenguaje: lenguaje no verbal, lenguaje verbal y lenguaje escrito”* (p.18).

#### 2.1.1.2.1 Lenguaje no verbal

El lenguaje no verbal se encarga de reunir información buscando alguna semejanza entre los símbolos y las acciones que la representan, así como señala Ronglan y Equiza (1996), citado en Paucar (2006), señala que: *“el lenguaje no verbal es quien típicamente codifica la información de manera analógica, en el que la naturaleza y la estructura de los símbolos son similares a los hechos, ideas o acciones que representan”* (p.18).

Dentro del lenguaje no verbal la codificación que se da de manera analógica, que contiene un alto grado instintivo y cultural fruto del contexto social en el que se desarrolla, al respecto Andolfi (1991) argumenta que: *“Los modelos analógicos de comunicación poseen un fuerte componente instintivo que se aproxima a una señal universal, además de un componente imitativo y cultural, aprendidos en el contexto social”* (p.75)

Sin embargo cabe resaltar que el mensaje no verbal está cargado de símbolos emotivos que reflejan estados internos, de tal modo que el mensaje verbal, así como indica Jimeno (1999), indica: *“El mensaje no verbal a menudo refuerza el mensaje verbal o lo complementa dado su alto valor expresivo de emociones y estados internos”* (p.184).

Los símbolos emotivos y estados internos suscitados en el lenguaje no verbal incluyen gestualidad, tono y ritmo de voz además de la cercanía así como la distancia, de acuerdo con Andolfi (1991) indica que: *“La comunicación analógica o no verbal, incluye: movimientos del cuerpo, así también el que uno toque al otro, la gestualidad, la expresión del rostro, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la carencia de las palabras mismas, y también la utilización del espacio tanto personal como interpersonal”* (p.74).

Por otro lado Jimeno (1999), señala que: *“los códigos no verbales son compartidos con diferentes niveles de generalización”* (p.183); es decir que los códigos no verbales no se generalizan en todas las culturas y contextos sociales, evidenciando cierto grado de ambigüedad en su interpretación, al respecto Andolfi 1991, indica que: *“La comunicación analógica transmite informaciones que se comprenden de manera diferente cuando reciben personas de culturas distintas, evidenciando así su grado de ambigüedad”* (p.79).

Los códigos no verbal suscitan a nivel inconsciente, siendo difícil mantener el control por el emisor, brindando mayor información al receptor de la que realmente se desea dar, tal como indica Jimeno (1999), señala que: *“Los códigos no verbales, no son fácilmente controlables a nivel consciente por el emisor, lo que permite a un observador captar más información de la que el emisor pretende transmitir, pero a menudo pasan desapercibidos para muchos escuchas”* (p.183).

Así también Andolfi (1991), señala que: *“con respecto a las edades, parece predominar claramente lo analógico en la infancia y la pre - adolescencia, donde el juego y la creación fantástica representan uno de los medios comunicativos más ricos y auténticos, propios de esa fase evolutiva”* (p.80), sin embargo ello no quiere decir que desechemos el lenguaje no verbal, puesto que a lo largo de nuestra vida seguimos comunicando a través del lenguaje no verbal pero en menor intensidad.

De acuerdo con Jimeno (1999), quien realiza una clasificación denominada como las *“Categorías del lenguaje no verbal”* (p.184), las mismas que se desarrollan a continuación.

## Paralenguaje

Describe al acompañamiento del lenguaje hablado, así como tono, ritmo, silencios y otros; al respecto Jimeno (1999), señala que: *“el paralenguaje hace referencia al tono de voz, velocidad, ritmo, respiración, ecos, repeticiones y silencios” (p.184).*

## Lenguaje cinético-corporal

Refiere a los movimientos propios del cuerpo al emitir información, así como indica Jimeno (1999),: *“el lenguaje cinético – corporal, se define por los movimientos, posturas, gestos, mirada, contacto verbal” (p.184).*

## Proxémica

Representa a la cercanía o lejanía del emisor, de acuerdo con Jimeno (1999) indica que: *“la proxémica se refiere a su uso del espacio proximidad o lejanía entre los interlocutores” (p.184).*

## Lenguaje artefactual

Refiere a los objetos materiales del cuerpo y sus adornos, tal como indica Jimeno (1999) que: *“el lenguaje artefactual incluye el análisis de ropa,*

*maquillaje y cualquier otro tipo de medio u objetos a partir de los cuales el emisor muestra sus preferencias, su identificación con grupos u otros rasgos, como originalidad, deseo de llamar la atención” (p.184).*

#### 2.1.1.2.2 Lenguaje verbal

La naturaleza social del hombre coadyuvo fundamentalmente al desarrollo del lenguaje oral, que sin lugar a dudas es un logro importante para la humanidad, de acuerdo con Jimeno (1999), afirma que: *“uno de los mayores logros evolutivos tanto desde una perspectiva filogenética como en el desarrollo ontogenético, consiste en la adquisición del lenguaje oral” (p.181).*

La necesidad de comunicar pensamientos sentimientos e inquietudes, permitió a los grupos humanos desarrollar códigos lingüísticos, que son entendidos por el grupo social a quien va dirigida la información, al respecto Ronglan y Equiza, (1996) citado en Paucar (2006), señala que *“todas las agrupaciones humanas de la Tierra disponen de una serie de signos, conocidos como códigos lingüísticos para la expresión del pensamiento, así la palabra tiene un significado determinado para todos los habitantes de ese país de esa zona lingüística y solo para ellos” (p.20).*

El lenguaje oral nos permite adquirir información descriptiva, clara y precisa, así como señala Jimeno (1999), que: *“el lenguaje oral denominado por la cibernética lenguaje digital, es el que permite una mayor riqueza descriptiva, y mayor claridad y precisión en la emisión de los mensajes”* (p.181).

Es así que es mucho mejor recibir mensajes explícitos, es decir que expresa claramente lo que desea informar, evitando interpretaciones falsas, tal como indica Jimeno (1999), afirma que: *“Muchas personas utilizan preferentemente mensajes explícitos de contenido y con ellas la comunicación resulta más fácil, por lo que suele tratarse de personas con las que solemos sentirnos bien”* (p.182). Sin embargo si el mensaje no es claro se busca confirmar la información de acuerdo a interpretaciones personales, así como indica Jimeno (1999), afirma que: *“cuando el mensaje explícito no es eficaz el sujeto recurre espontáneamente a vías alternas”* (p.183).

El lenguaje verbal requiere primordialmente el uso del sentido del oído, de lo contrario el lenguaje no verbal requiere el uso primordialmente del sentido de la vista, tal como indica Paucar (2006), afirma que: *“el lenguaje verbal apela primordialmente al órgano del oído, mientras que el lenguaje no verbal lo hace al órgano de la vista”* (p.19).



### 2.1.1.2.3 Lenguaje Escrito

Sin lugar a dudas el lenguaje escrito es una extensión del lenguaje verbal, ya que con el transcurrir del tiempo se van expresando a través de jeroglíficos, alfabetos y siglas, al respecto Ronglan y Equiza, (1996) citado por Paucar (2006), señala que: *“el lenguaje escrito es un sub lenguaje verbal, una prolongación del lenguaje verbal ya que la palabra escrita es la representación gráfica de la palabra vocal”* (p.20).

### 2.1.1.3 Características Básicas de la comunicación

#### 2.1.1.3.1 Bidireccionalidad de la comunicación

Describe las dos direcciones de la comunicación, que cambian mutuamente de papel (emisor – receptor) de ahí la naturaleza interactiva de la comunicación, de acuerdo con Jimeno (1999), señala que: *“En el proceso de comunicación hay inicialmente un emisor o fuente que elabora y lanza un mensaje y hay un receptor, que inicialmente recibe ese mensaje; pero el procesos desencadena de inmediato una transmisión en dirección inversa, dado que el receptor, tan pronto como recibe el mensaje se convierte en emisor, produciéndose un círculo comunicativo”* (p.80).

#### 2.1.1.3.2 Doble contenido del mensaje

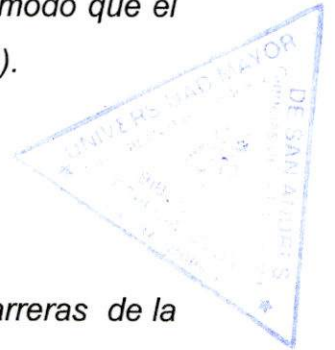
El mensaje emitido más allá del contenido temático que se desea brindar al otro, al mismo tiempo tendrán un contenido relacional, dicho contenido tiene una naturaleza implícita, su interpretación está sujeta al contexto en el que se emite; es así que según Jimeno (1999), señala que: *“El mensaje que se transmite en las situaciones interactivas no es solo un contenido referido al mundo exterior o a la subjetividad del emisor, es decir, una información determinada, sino que es simultáneamente el mensaje emitido que transmite un contenido relacional junto con un tipo de contenido temático que se emite”* (p.181).

#### 2.1.1.4 Barreras de la comunicación

Las barreras de la comunicación refieren a los impedimentos, obstáculos y dificultades que entorpecen el acto comunicativo, tal como indica Aguila (2006): *“la barrera de la comunicación o estrategia restrictiva es la forma consciente de dirigir y conducir el acto comunicativo en sentido negativo, entorpeciendo y obstaculizando el proceso de entendimiento mutuo y la búsqueda de soluciones conjuntas entre las partes de la comunicación”* (p.2).

Cuando existe dificultades para superar las barreras de la comunicación, concurre la distorsión del mensaje, por tanto no existe una comunicación efectiva, de acuerdo con Chiavenato (2000), citado en Nava y Sánchez (2007), expresan que: *“las barreras de la comunicación intervienen en el*

*procesos de comunicación y lo afectan profundamente, de modo que el mensaje recibido es muy diferente del que fue enviado” (p.79).*



De acuerdo con Sánchez y Nava (2007), señala que: *“las barreras de la comunicación son el: lenguaje, el filtrado, las diferencias de percepción, la distancia física y la estructura de la organización” (p.79).*

### Lenguaje

Para lograr una buena comunicación debemos estar en un mismo hablar, es decir utilizar los mismos códigos lingüísticos, para poder comprender el mensaje emitido, tal como indican Sánchez y Nava (2007), afirma que: *“el lenguaje puede constituir una barrera de comunicación, cuando las palabras significan diferentes cosas para distintas personas” (p.80).*

### Filtrado

Es cuando el mensaje no es fidedigno en su totalidad ya que los objetivos son otros, como el agrado y complacencia al otro; de acuerdo con Robbins (2001), citado en Sánchez y Nava (2007), señala que: *“el filtrado se refiere a la manipulación de la información para que esta sean vista más favorable por el receptor” (p.79).*

## Diferencias de percepción

Al respecto Sánchez y Nava (2007), indica que: *“en cuanto a las diferencias de percepción, el punto de vista que tiene una persona sobre la realidad, conocimientos y experiencias previas, puede generar que se interprete una ideas de forma diferente; considerando estas discrepancias como uno de los obstáculos más comunes en la comunicación”* (p.79).

## Distancia física

La distancia física favorece el incremento del ruido impidiendo la comprensión clara y precisa del mensaje Según Gordon (1997), citado en Sánchez y Nava (2007) indica que: *“conforme aumenta la distancia física, el ruido también aumenta creando mayor distorsión en la comunicación”* (p.79).

## Estructura de la organización

Según Gordon (1997), citado en Sánchez y Nava (2007) señala que: *“Los factores estructurales pueden facilitar o entorpecer la comunicación”* (p.80).

## 2.1.2 Familia

### 2.1.2.1 Definición

Para comprender a la familia se debe recurrir al modelo sistémico por su trascendencia, y porque la comprende como un sistema abierto, y que propone constantemente cambios, autorregulándose por sí misma, tal como señala Jimeno, (1999): *“La teoría sistémica es un modelo predominante en el estudio de la familia, a la que define como un sistema abierto, propositivo y autorregulado”* (p.35).

La familia es entonces un sistema con una organización abierta, en su estructura está caracterizada por sus subsistemas con diferentes grados de permeabilidad y con una jerarquía propia al interior de la misma, es así que de acuerdo con Pérez (2001), indica que: *“La familia se puede concebir como un sistema con una organización abierta, separada del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesta por subsistemas, demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización entre ellas”* (p.70).

### 2.1.2.2 Tipos de familias

Dentro de esta clasificación nos referiremos básicamente al tipo de familias existentes , de acuerdo con el enfoque sistémico que clasifica

a la familia en cuatro grupos que se describirán consecutivamente una a una, tal como señala Aronne (2007), que: *“Existen cuatro grupos familiares distintos, y una familia puede poseer características de más de un tipo”* (p.1).

#### 2.1.2.2.1 Familias integradas

Caracterizado por su predisposición al cambio, situación que les permite reflexionar y autorregular sus emociones favorablemente, de acuerdo con Aronne (2007), señala que: *“Los roles no son fijos, puede haber un cambio si es necesario; poseen a su vez la capacidad reflexiva y la carga emocional regulada por el grupo, lo que permite un diálogo transformador”* (p.1).

Este tipo de familias son flexibles en cuanto a los roles, situación que les permite afrontar problemas o dificultades presentes evitando la rigidez, tal como indica Aronne (2007), que: *“son familias estables con flexibilidad en los roles mostrando capacidad de contener y afrontar los problemas que surgen sin expulsarlos o reprimirlos”* (p.1).

#### 2.1.2.2.2 Familias uniformadas

Es caracterizada por su rigidez, evitando la disparidad y por tanto la espontaneidad generando altos grados de insatisfacción entre sus

miembros, tal como indica Aronne (2007): *“La interacción que prevalece es rígida e insatisfactoria ya que es impuesta, llegando a tener la ideología exigirse para diferenciarse”* (p.1).

Así también la rol paterna posee un absolutismo exagerado dentro la familia, sometiendo a los miembros de la misma, como señala Aronne (2007), que: *“Tienen una tendencia a la individuación y rige una absolutismos del rol paterno a través de un sometimiento a una identidad personal que suele uniformar al resto”* (p.1).

#### 2.1.2.2.3 Familias Aglutinadas

Son familias caracterizadas por estar reunidas bajo un ligazón que impide la diferenciación, por tanto la individualización de cada miembro, formándose siempre en grupo existiendo poco contacto social, a su vez se pronuncia más el rol materno que el paterno, al respecto Aronne (2007), señala que: *“Estas familias tienen dificultad de discriminación e individualización, debido a que suelen formarse en un conjunto de individuos poco diferenciados; pronunciándose el rol materno como exagerado y privilegian las normas maternas mientras que el paterno está debilitado, existiendo poca sensibilidad social”* (p.1).

#### 2.1.2.2.4 Familias aisladas

Son familias donde cada integrante se preocupa por sí mismo, y no así por el resto de la familia, predominando el individualismo y no la identidad grupal, tal como indica Aronne (2007) señala que: *“predominan la individualización y rige cierto estancamiento en la identidad grupal y un consecuente deterioro de la identidad grupal y la ideología que prevalece es hace tu vida, no te metas en lo ajeno”* (p.1).

#### 2.1.2.3 Funciones de la familia

Dentro las funciones de la familia, nos referimos a las tareas fundamentales que debe cumplir una familia dentro la sociedad, tomando en cuenta tanto la función de socialización, función de protección, y la función de educación.

##### 2.1.2.3.1 Función de Socialización

La familia es el primer contacto social del niño, son las primeras experiencias con el ente social, que determinaran el modo de percibir a su entorno y así mismo, donde idealmente deben ser aceptados y queridos, tal como indica Pérez (2001), indica que: *“La familia es el espacio socializador donde los individuos son valorado y queridos por el simple hecho de existir”* (p.28).



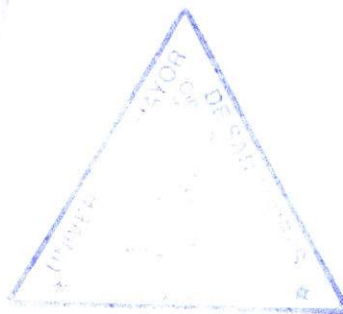
Es así que se comprende que la influencia de la familia en la socialización no siempre ocurre de manera directa es decir intencionada, si no que en la mayoría de veces ocurre de manera indirecta, es decir por ejemplo si la familia muestra aceptación al niño este fácilmente confiara en sí mismo y en el contexto que le rodea; tal como señala Jimeno (1999),: *"La familia influye en la socialización de modo directo, aunque muchas veces de un modo indirecto, espontaneo, no intencional, ni formal y actuando siempre de modo indirecto, como filtro de otros agentes socializadores"* (p.51).

Consecuentemente si la familia es el ente socializador, es entonces quien imparte valores, creencias así como el modo de percibir a la sociedad y así mismo, tal como indica Jimeno (1999), que: *"La familia es la que desarrolla en la persona un sistema de valores actitudes, creencias, referidas a los aspectos más importantes de la vida y en definitiva la que contribuye decisivamente a crear un modo de percibir la realidad física y social y un modo de percibirse a sí misma"* (p.52).

#### 2.1.2.3.2 Función de Protección

La función de protección refiere a las ocupaciones y labores tomadas por los miembros de la familia que respaldan el hogar, de acuerdo con Pérez, (2001) señala que: *"entendemos por funciones de protección, aun conjunto de tareas asumidas por miembros de la unidad familiar, que*

van desde la organización y gestión de todo lo que comporta la economía doméstica y el hogar en general” (p.27).



### 2.1.2.3.3 Función de Educación

Se debe tomar en cuenta que la educación dentro de la familia no es vertical (padres – hijos), si no que se da de manera circular ya que cada uno aprende del otro tal como indica Pérez, (2001) dice: *“La tercera gran función de la familia es la educación permanente de todos su miembros ya que los hijos educan también a los padres, el marido a la mujer y viceversa y los hermanos entere ellos cuando hay”* (p.28).

De tal modo que la educación familiar se dará con modelos de vida, no olvidemos que uno de los modelos de aprendizaje es el imitativo, tal como indica Pérez (2001): *“Como la educación familiar se transmite vía osmosis, los valores morales, cívicos y sociales no se aprenden con discurso ni explicaciones si no con la vivencia y el ejemplo”* (p.28).

### 2.1.1 Comunicación Familiar

### 2.1.3.1 Definición

La comunicación familiar es el territorio donde surge la renegociación de roles dentro la familia, situación que permite el desarrollo como grupo familiar favoreciendo a la existencia de reciprocidad entre sus miembros, tal como indica Tesson Youni, (1995), citado en Cava (2003), que: *“Es el instrumento que padres e hijos utilizan para renegociar sus roles, constituyendo el medio, por el cual su relación puede desarrollarse y cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad”* (p.2).

Por tanto la comunicación familiar es la esfera, donde suscitan interacciones que se van elaborando a través del tiempo, situación que permite la renegociación de roles, ya que esta interacción tiende a la evolución, permitiendo mejorar o de lo contrario entorpecer el tipo de relación entre los miembros. Al respecto *Minuchin y Fishman (1985)*, citado

*en Aronne (2007)*, expresa que: *“La familia es el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución”* (p.1).

*Ahora bien dentro del Modelo Circumplejo planteado por David H. Olson, Candyce Russell y Douglas Sprenkle en (1979) que evalúa la funcionalidad familiar, se plantea dos dimensiones inicialmente la cohesión (el vínculo emocional y el grado de autonomía), la adaptabilidad (habilidad para cambiar roles y reglas) y se hace mención de la comunicación como una tercera dimensión que balancea las dos anteriores, tal como indica Martínez y otros (2006) que: “El modelo circumplejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente se incorpora una tercera dimensión, la comunicación como una tercera dimensión” (p.319).*

La comunicación familiar refleja el tipo de funcionamiento familiar entre sus miembros tal como indica Martínez y otros (2006), que: *“La comunicación familiar es una dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal, es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar”* (p.319), al respecto Osorio y Álvarez (2004) indican que: *“La comunicación es fundamental para que las demás funciones de la familia puedan llevarse a plenitud y adecuadamente, pero cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad familiar se ve entorpecida”* (p.29).

*Por tanto la comunicación familiar es de vital importancia, ya que de ella depende la cohesión y la adaptabilidad dentro el seno familiar.* Respecto a los conceptos determinados para la comunicación familiar Olson (1989), citado en Martínez y otros (2006) indica que: *“los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por*

*parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración” (p.319)*

*Sin embargo dentro la investigación nos detendremos a analizar el papel de la comunicación familiar en sus distintas dimensiones. Pero para una mejor comprensión nos detendremos a analizar gráficamente la importancia de la comunicación familiar.*

#### 2.1.3.2 Estilos de comunicación familiar

Los estilos de comunicación familiar refieren a las interacciones continuas y recurrentes que generan patrones fijos y estables de comunicación, tal como indica Jimeno (1999), indica que: *“En el ámbito familiar la comunicación entre los miembros no puede analizarse de modo puntual y aislado, pues las interacciones son continuas y recurrentes, lo que nos permite encontrar estilos de comunicación estables, patrones fijo que actúan como un contexto próximo en el cual los mensajes particulares cobran significado y contribuyen a estabilizar el sistema” (p.180).*

Entonces el estilo de comunicación familiar evidenciara la funcionalidad de la familia, ya que reflejan factores internos de la misma, como indica

Jiménez (1999), señala que: *“La funcionalidad de la familia depende en gran medida de los patrones de comunicación que se establecen entre sus miembros y aunque el patrón del estilo son básicamente formales, son reflejo de factores internos: pensamientos, de actitudes y de intenciones”* (p.171).

#### 2.1.3.2.1 Comunicación familiar abierta

La comunicación familiar abierta describe el intercambio de pensamientos, sentimientos, emociones, inquietudes de manera clara, respetuosa, afectiva y empática, tal como indica Cava, (2003) y Maganto (2004), citado en Estevez y otros (2005), que: *“La comunicación familiar abierta y fluida es el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos”* (p.83). Por su parte Messoulam y otros (2008) señala que: *“la comunicación familiar abierta evalúa la existencia de un intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, así como el mutuo entendimiento y la satisfacción experimentada en la interacción”* (p.1).

Por tanto la comunicación familiar abierta facilita el proceso adaptativo del adolescente, generando un ajuste conductual y psicológico, evidenciado en un autoestima positivo e impidiendo conductas de alto riesgo tal como indica Jiménez y otros, (2007), señalan que: *“Las*

*relaciones familiares positivas es decir de comunicación familiar abierta y fluida, son al mismo tiempo una importante fuente de recursos psicosociales que facilitan, a su vez procesos adaptativo en la edad adolescente” (p.474), de acuerdo con García y Musitu,2000; Lila y Buelga (2003) y Branje (1999), citado en Estevez, (2005), señalan que: “En distintas investigaciones se ha constatado que el clima familiar positivo caracterizado por la cohesión afectiva entre padres e hijos, el apoyo, la confianza e intimidad entre ellos y la comunicación familiar abierta y empática, favorece el ajuste conductual y psicológico de los hijos” (p.36). Por su parte también Du Bois, Bull, Sherman y Roberts, (1998), citado en Jiménez y otros (2007), indican que: “Se ha constatado que las relaciones positivas entre padres e hijos contribuyen al desarrollo de una autopercepción y de una autoestima positiva, tanto en los dominios familiar como social y académico” (p.47).*

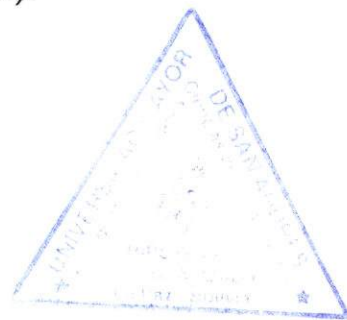
Por otro lado investigaciones han confirmado que existe una comunicación más fluida y abierta con la madre que con el padre esto debido a una proximidad emocional así como física que favorecen una relación más próxima, tal como señalan Noller y Callan (1990), citado en Parra y Oliva (2002), indican que: *“Los chicos y chicas perciben a sus madres de forma más cercana que a sus padres, por lo que la mayor comunicación con ellas, estará reflejado no solo por una mayor presencia física, sino también por una mayor proximidad emocional (p.225).*

Sin embargo también se ha confirmado que son las mujeres adolescentes son quienes hablan mucho más con sus padres que los varones adolescentes, al respecto Noller y Bagi, (1985), citado en Parra y Oliva, (2002), señalan que: *“Los estudios indican que las chicas suelen hablar con sus progenitores más que los chicos”* (p.216).

Ahora bien respecto a los temas de los que hablan o tratan , con las madres se hablan de temas más personales por tanto íntimos, con los padres de temáticas un poco más superficiales y aceptables por el padre buscando la aprobación del mismo, siguiendo con Parra y Oliva (2002), señala que: *“Si bien los dos temas principales que chicos y chicas hablan con sus madres son las amistades o sus gustos e intereses, con el padre los temas de los que se habla con mayor frecuencia son las normas de la familia y los planes de futuro”* (p.228).

#### 2.1.3.2.3 Comunicación familiar ofensiva

La comunicación familiar ofensiva describe a un tipo de interacción destructiva cargada de agresiones, críticas y reproches, reclamando siempre por lo que no son, tal como señalan Jiménez y otros (2007), que: *“la comunicación familiar problemática negativa y cargada de críticas”* (p.481).





*La escala de comunicación Padres – Adolescentes de Barnes y Olson, considera a la comunicación familiar ofensiva como perteneciente a la escala problemas de comunicación, señalando que los indicadores están centrados en los aspectos negativos; para el caso de la comunicación ofensiva tenemos estilos de interacción negativos, tal como indican Messoulam y otros (2008), que: “Problemas en la comunicación familiar se centra en los aspectos negativos de la comunicación: resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, y selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte” (p.1).*

La comunicación familiar ofensiva entre padres e hijos es un detonante en el desarrollo de síntomas depresivos, ansiedad, estrés afectando a la salud mental de los hijos, tal como indican Fieldt, Diegon y Sanders, (2001), citado en Estevez y otros (2005), indican que: *“Sus estudios afirman que el ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos tales como la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés” (p.83).*

Si tomamos en cuenta a la comunicación familiar ofensiva relacionada con el desarrollo de problemas de salud mental entonces veremos el

reflejo de esta relación en el contexto más próximo la escuela, con evidentes problemas de conducta, tal como indica Formoso, Gonzales, y Aiken, (2002) y Herrero, Martínez y Estevez (2002); citado en Estevez (2005),

*señala que: "La comunicación ofensiva e hiriente entre padres e hijos y los frecuentes conflictos familiares se han vinculado con los problemas de comportamiento en la escuela" (p.37); al respecto Jiménez y otros (2007), señalan que: "Cuando la comunicación entre padres e hijos es problemática es decir negativa y cargada de críticas, mina la autoevaluación positiva del adolescente en las áreas familiar y escolar (autoestima de protección) y aumenta por tanto las probabilidades de que este se implique en comportamientos delictivos" (p.481).*

El desarrollo de la comunicación familiar ofensiva está dada muchas veces por aspectos cotidianos, suscitadas día a día dentro de la familia también Arnett, 1999, citado en Parra y Oliva (2002), señalan que: *"Los conflictos más frecuentes son motivados por aspectos cotidianos como la forma de vestir, la hora de llegar a casa o las tareas del hogar" (p.217).*

Ahora bien estas interacciones ofensivas entre padres e hijos generan un esquema de víctima, asumiendo el papel de débil en el hijo situación que invita entre sus pares a ser victimizados/as, tal como indican Perry,

Hodges y Egan, (2001), citado en Estevez y otros (2005), indican que: *“Es posible que la relación negativa entre padres e hijos genere un esquema de víctima en el hijo , es decir, la concepción de los padres como figuras amenazantes y la de uno mismo como débil, lo que hace que estos adolescentes se comporten de tal modo que inviten a ser victimizados por sus iguales” (p.87).*

Se ha constatado en investigaciones que los varones adolescentes le dan menos importancia a la comunicación ofensiva con el padre, es decir les afecta menos; sin embargo los resultados en las adolescentes mujeres en relación a la comunicación familiar ofensiva con el padre evidencian síntomas existentes de una pobre comunicación es decir que para ellas es más importante y por tanto las afecta más, tal como indican Estevez y otros (2005), que: *“los chicos conceden menos importancia a los patrones ofensivos en la comunicación con el padre, mientras que para las chicas la existencia de una comunicación ofensiva con la figura paterna constituye síntoma un más evidente de que hay una pobre comunicación” (p.87).*

#### 2.1.3.2.2 Comunicación familiar evitativa

La comunicación familiar evitativa describe una relación fría, indiferente, bloqueada y distante entre padres e hijos, tal como indican Floruri, Buchanan, (2002), citado en Estevez (2005), señalan que: *“la*

*comunicación familiar evitativa refiere a una relación fría y distante” (p.112).*

*En la escala de comunicación Padres – Adolescentes de Barnes y Olson, consideran a la comunicación familiar evitativa dentro de la escala problemas de comunicación, caracterizados en los aspectos negativos de la misma; en el caso de la comunicación evitativa se presenta la resistencia a compartir, selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte, tal como indican Messoulam y otros (2008), que: “Problemas en la comunicación familiar se centra en los aspectos negativos de la comunicación: resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, y selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte” (p.1)*

Este tipo de comunicación familiar como la madre es un peligro latente para la autopercepción del hijo/a generando un autoestima negativo de si tal como indican Estévez et al (2006); Jackson, Bijstra, Vostra y Bosman, (1998), citado en Estévez y otros (2007), señalan que: *“Estudios en este ámbito también han mostrado la relación inversa, es decir que los problemas de comunicación familiar, especialmente con la madre, pueden constituir un factor de riesgo y devenir en una autopercepción negativa del hijo respecto de su contexto familiar” (p.112).*

Ahora bien la comunicación familiar evitativa con el padre, está relacionada con problemas de victimización en la escuela generado por sentimientos indefensión y problemas de ajuste psicológico, tal como indica Flouri, Buchanan, (2002), citado en Estévez (2005), señalan que: *“Aquellos adolescentes que informan tanto de una relación fría y distante con el padre, como de problemas de victimización en la escuela, presentan un mayor riesgo de problemas de ajuste psicológico”* (p.87).

### 2.1.3.3 La comunicación familiar en la adolescencia

Considerando a la adolescencia como un periodo de transición de la niñez a la madurez, que dura aproximadamente de los 12 hasta los 19 o inicios de 20 años de edad, durante este tiempo se advierten demasiados cambios, los que generan cierta inestabilidad emocional; sin embargo uno de los objetivos psicosociales del adolescente es pasar de una persona dependiente a un persona independiente, considerándose autónomos. Por su parte Papalia y otros (2005), indican que: *“La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20 y conlleva grandes cambios interrelacionado en todas las áreas del desarrollo”* (p.427).

Es así que los adolescentes pasan menos tiempo interactuando con sus padres, por el mismo hecho de querer ser más independientes, tomando así sus propias decisiones, o por lo menos es el objetivo que persiguen, situación que dificulta la comunicación con sus padres, tal como indican

Barnes y Olson, (1985), citado en Parra y Oliva (2002), indica que: *“En algún momento entre la infancia y la adolescencia la comunicación entre los hijos e hijas y sus progenitores se deteriora, pasan menos tiempo interactuando juntos, chicos y chicas hablan menos de sus asuntos espontáneamente y la comunicación se hace más difícil”* (p.215).

El distanciamiento entre padres e hijos en la adolescencia está caracterizado por una serie de problemas, que son aludidos tanto por los padres así como por los propios hijos, tal como indica Parra y Oliva (2002), señala que: *“Parece claro que la imagen social de las relaciones familiares durante la adolescencia está protagonizada por el conflicto entre los progenitores y sus hijos e hijas”* (p.216)

La mayoría de estas discusiones o problemas surgidos entre padres e hijos, se debe a las diferentes visiones de vida de los padres respecto a lo que esperan de sus hijos y los hijos de lo que desean, tal como indica Smetena (1989), citado en Cava (2003), señala que: *“La adolescencia es una etapa difícil y en la que suelen surgir frecuentes desavenencias entre padres e hijos, determinadas en muchos casos por la existencia de perspectivas diferentes en la vida del adolescente”* (p.7).

Sin embargo la comunicación familiar entre padres e hijos durante la adolescencia se ve afectado por los problemas presentados,

considerándose un riesgo para la salud mental de los hijos, tal como indica Estevez y otros (2005), señalan que: *“Durante el periodo adolescente, los contextos familiar y escolar juegan una papel crucial en el ajuste psicológico del individuo; investigaciones previas señalan que la existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos así como síntomas: depresivos, de ansiedad y estrés”* (p.82).

Las investigaciones evidencian que la calidad de comunicación en la familia puede llegar a favorecer o de lo contrario deteriorar el autoestima del adolescente tal como indica Fering y Taska (1996), citado en Jimenez y otros (2007), afirman que: *“La calidad de la comunicación familiar es importante en la configuración de recursos de autoestima en los adolescentes”* (p. 481).

## **2.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **2.2.1 Alimentación humana**

La alimentación humana no adquiere la importancia correspondiente desde las primeras etapas de vida; siendo de vital trascendencia para

el posterior desarrollo del ser humano, tal como señala, Yeveno, (2005): *“La importancia de la alimentación para el ser humano está dada desde el primer instante de la concepción, puesto que depende de cómo somos alimentados, para la determinación del estado de nutrición en las siguientes etapas de nuestra vida”* (p.57)

A lo largo del proceso alimentario se van adquiriendo hábitos, conductas y actitudes entorno a la alimentación; según Garandillas y otros, (2003): *“La alimentación humana se ve influida por múltiples estilos de vida, pautas, hábitos, preferencias, conductas, actitudes y apetitos”* (p.15).

Tales hábitos tienen que ver no solo con la conducta biológica destinada a la supervivencia, sino que son actos que tienen en conjunto un gran significado social y cultural.

Tomando en cuenta la importancia y la atención que merece el proceso alimentario para nuestra salud se deben tomar en cuenta el tipo, el momento y la forma de tomar los alimentos; así como indica Curcuy (2000) que: *“La alimentación es el hábito que más influye en nuestra salud, no solo refiere al tipo de comida, sino también al momento y la forma de tomarla; que afectan decididamente en nuestro organismo”* (p.11).



Definitivamente la alimentación humana determina el estado de salud en cada una de las etapas del ser humano; por lo que Yeveno, 2005, señala que: *“La alimentación no solo influye en nuestro estado de nutrición sino también en nuestro estado de salud de forma integral siendo un determinante importante de crecimiento y del desarrollo, del estado de salud del adulto y finalmente del anciano”* (p.57).

Debe tomarse en cuenta que la conducta asumida entorno al proceso alimentario, está sujeta a ciertos eventos, que por su lado también se encuentran ligadas a emociones que determinan su significado, más allá de la necesidad misma de alimentarse como tal, así como señalan Garandillas y otros, (2003): *“El comportamiento alimentario se asocia a múltiples circunstancias que suelen estar vinculadas con frecuencia a las emociones, contribuyendo a que este proceso se enriquezca de significados que van más lejos de la propia necesidad de nutrirse como ocurre en los TCA”* (p.15). De igual manera señalan Halgin y Krauss, (2004) que: *“Más allá de la dependencia física de los humanos hacia la comida, se encuentran asociaciones emocionales fuertes, puesto que personas hambrientas se sienten irritantes e infelices, en contraste una buena comida puede causar que las personas se sientan satisfechas y nutridas”* (p.532).

Debido a la gran carga simbólica que existe en la conducta de comer, ésta puede servir como un vehículo para la expresión de múltiples

enfermedades, como es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria que no dependen de una perturbación del hambre y la sed, sino que pueden llegar hacer recursos expresivos. A pesar de que los efectos psicológicos de los alimentos han sido mucho menos estudiados que los efectos físicos, en realidad tienen una importancia fundamental en el acto de comer.

## 2.2.2 Imagen corporal

### 2.2.2.1 Definición

La imagen corporal es la representación mental de nuestro cuerpo en cuanto al tamaño, figura y forma, así como indica Slade (1988), citado en Garcia, (2004), que: *“La imagen corporal es la representación mental que tenemos del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos y de las formas que lo componen, es decir la forma en que vemos nuestro cuerpo y la forma en que creemos que los demás nos ven”* (p.101).

Por otro lado también la imagen corporal refiere a la manera de percibir y actuar sobre su propio cuerpo, como señala Rosen (1990), citado en Garcia (2004) que: *“El concepto de Imagen corporal se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa con respecto a su propio cuerpo”* (p.101).

Es importante señalar que existe diferencia entre lo que es la apariencia física y la imagen corporal, puesto que la apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social sin embargo la imagen corporal es la manera de percibir y actuar sobre nuestro propio cuerpo; así como señala Salaberria, y otros (2007) : *“Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así”* (p.172).

De acuerdo con Raich (2000), citado en Garcia (2004): *“la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este; la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos, sentimientos y el modo de comportamiento derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”* (p.101).

Así pues entonces la imagen corporal es la representación mental de nuestro cuerpo en cuanto a la percepción de la forma, tamaño y figura; respecto a su constitución incluye un proceso evolutivo, que según el tiempo sufre considerables variaciones, que influyen decisivamente en la manera de actuar con nuestro cuerpo. Al respecto Salaverria y otros (2007), consideran que: *“La imagen corporal va construyéndose evolutivamente, así en diferentes etapas de la vida vamos*

*interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos” (p.172).*

Sin embargo es importante señalar que la imagen corporal, está considerablemente relacionada con aspectos sociales que determinan nuestra manera de observar y aceptar nuestro propio cuerpo tal como indica Chávez (2004), que: *“la imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético corporales específicos para cada uno” (p.183).*

Ahora bien una alteración de la imagen corporal, demostrara características que están fuera de la realidad, tanto en la forma, tamaño y figura que evidencian una insatisfacción con su propio cuerpo, tal como indica Sepulveda y otros (2001), que: *“Se entiende como alteración de la imagen corporal a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales” (p.7).* Así mismo Sepulveda y otros, 2001, indica que: *“la alteración de la imagen corporal es solo una proyección de una insatisfacción con su cuerpo y no de un déficit perceptivo” (p.13)*

Tomando en cuenta que la imagen corporal es la representación mental de nuestro propio cuerpo, una alteración de la misma conlleva a una reestructuración mental de su propio cuerpo con parámetros que no coinciden con la realidad a nivel perceptivo (forma y tamaño), cognitivo afectivo (sentimientos, pensamientos y actitudes), y conductual; que revelan la insatisfacción con su propio cuerpo.

#### 2.2.2.2 Componentes

La imagen corporal está es un constructo multidimensional y comprende tres aspectos en continuo cambio e interacción: perceptivo, cognitivo – afectivo y conductual, que contribuyen en la elaboración de una representación mental del cuerpo, tal como señala Sepulveda y otros, (2001): *“la imagen corporal está integrada por componentes perceptivos, cognitivos – afectivo y conductual”* (p.7)

##### 2.2.2.2.1 Perceptivo

Es la apreciación del tamaño y la forma del cuerpo, de acuerdo con Thompson (1990), citado en García (2004): *“La estimación del tamaño es diferentes segmentos corporales del cuerpo en su totalidad. Su alteración produce una sobreestimación (percepción en dimensiones mayores) y una subestimación (percepción en dimensiones inferiores)”* (p.102),

*Por tanto en el caso de alteración la persona puede ver su defecto como mayor, más acentuado o desviado de lo que es en realidad.*

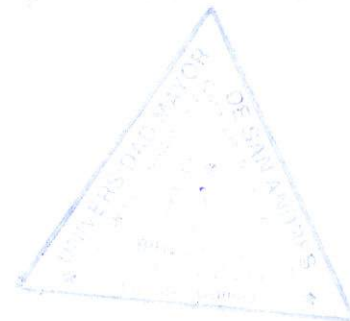
#### 2.2.2.2.2 Cognitivo – Afectivo

Área que refiere al conocimiento, sentimientos, emociones que se interiorizan sobre el propio cuerpo a través de la percepción, así como indica Thompson (1990), citado en García (2004): *“Sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el propio cuerpo como objeto de percepción” (p.102).*

#### 2.2.2.2.3 Conductual

Es la manera de comportarse y asumir acciones respecto a su propio cuerpo, de acuerdo a la percepción, cognición y emociones suscitadas anteriormente, de acuerdo con Thompson (1990), citado en García (2004) son: *“Conductas que la percepción del propio cuerpo y sentimientos asociados, evocan, como conductas de exhibición, conductas de evitación” (102).*

### 2.2.2.3 Importancia de la Imagen corporal en los TCA



Muchas investigaciones hacen alusión a la imagen corporal como un criterio diagnóstico para los trastornos de la conducta alimentaria tal como indica Rodríguez y Beato, (2002) citado en Ramos y otros (2003), señalan que: *“entre todos los factores de riesgo, los relacionados con la insatisfacción corporal y la preocupación excesiva por el peso son considerados como elementos clave en la psicopatología de los TCA”* (p.66). He ahí la importancia de tomar en cuenta la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria.

La valoración del cuerpo está determinada por la sociedad, tal como señala Toro (1996), citado en García (2004), que: *“la valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores esta drásticamente determinada por la cultura”* (p.105).

Por su parte esos valores dados por la sociedad son transmitidos a través de los medios de comunicación, que generan ideales de cuerpo perfecto, siendo mucho más exigentes con el sexo femenino, convirtiéndose en una población bastante vulnerable, así como indica García, (2004) : *“el anhelo por conseguir un cuerpo delgado está presente en la gran parte de personas, especialmente mujeres, afectando principalmente a las adolescentes debido en parte a los medio de comunicación, la publicidad, presión social y la imitación”* (p.104). Así también Baile y otros (2003), señala que: *“las chicas*

*muestras mayor insatisfacción corporal que los chicos en una muestra de adolescentes de entre 14 y 17 años” (p.191).*

La presión social por conseguir el ideal de cuerpo perfecto, genera una preocupación e insatisfacción con la propia imagen corporal, de acuerdo con Garcia (2004), señala que: *“Muchas personas tienden a preocuparse extremadamente por su imagen corporal y esto les causa gran trastornos emocional e interfiere en su vida diaria” (p.104).*

Sin embargo la persistente preocupación e insatisfacción con la propia imagen corporal lleva lamentablemente a un posterior desarrollo de Trastorno de la conducta alimentaria, de acuerdo con Baile y otros (2003) indican que: *“Dentro de esta constelación de factores se ha postulado la insatisfacción con la propia figura, como uno de los factores claves, en la explicación del origen de los mismos, entrándose importantes relaciones entre la IC y la Instauración de un TCA” (p.187).*

De acuerdo con Ramos y otros (2003), quienes señalan que: *“Los Trastornos de Conducta Alimentaria se encuentran estrechamente relacionados, como causa y/o efecto, con las modificaciones de la imagen corporal; por ello la distorsión de ésta es considerada como un criterio de diagnóstico en los TCA” (p. 65).* Así pues entonces las modificaciones, es decir los cambios en la imagen corporal son



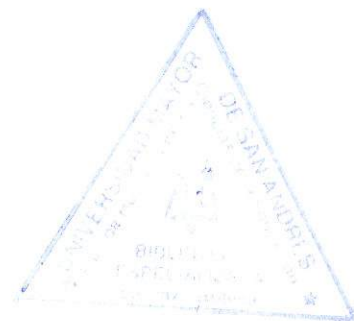
considerados como desencadenantes de trastornos de la conducta alimentaria.

Por tanto la alteración de la imagen corporal es un criterio importante para el diagnóstico de algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, tal como señala Rosen (1990), citado en Garcia (2004), señala que: *“Las alteraciones de la imagen corporal forman parte de los criterios diagnósticos de los TCA, son los que distinguen a estos trastornos de otras condiciones en las que también se presentan alteraciones en la ingesta y oscilaciones en el peso, siendo la base para un criterio diagnóstico”* (p.100). Argumentando Garcia 2004, señala que: *“El DSM – IV reconoce las alteraciones de la imagen corporal como característica esencial de la AN como de la BN.”* (p.100). *Por tanto la Imagen Corporal es un criterio importante en la identificación de Trastornos de la Conducta Alimentaria, reconocido por distintos investigadores señalados anteriormente.*

## 2.2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria

### 2.2.3.1 Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones en la conducta alimentaria que van a estar caracterizadas por la ingesta excesiva de alimentos y falta extrema de alimentos, tal como indica el



DSMV (1995), indica que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria (p.553); así como también según APA (1994); Becker; Grinspoon Klinbanki y Herzog (1999), citado en Papália, indica que: *“los trastornos alimenticios como comer en exceso y la falta extrema de alimento, son más comunes en sociedades industrializadas donde la comida es abundante y el atractivo se equipara con la delgadez”*. (p.438)

Sin embargo el padecimiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria produce alteraciones emocionales que son evidenciados a través de luchas constantes para controlar sus propias actitudes y conductas alimentarias, así Halgin y Krauss, 2004, señalan que: *“Las personas con trastornos alimentarios luchan por controlar sus actitudes y comportamientos perturbados relacionados con la comida y para angustia de quienes están cerca de ellas, muchas ponen en riesgo sus vidas”* (p.532).

#### 2.2.3.2 Etiología

A través de una revisión acerca de la etiología, muchas investigaciones señalan que los trastornos de la conducta alimentaria se deben a diversos factores predisponentes a su desarrollo así como desencadenantes y mantenedores del mismo, no encontrándose una causa específica como tal; según Garner y Garfinkel, (1986); Toro y

Vilardell (1987), citado en Baile y otros (2003) señala que: *“Los trastornos de la conducta Alimentaria tienen una etiología policausal interactuando de una forma compleja factores predisponentes, factores desencadenantes y mantenedores”* (p.187). Así mismo Garner, (1998), señala que: *“Los trastornos de la alimentación son muy heterogéneos en su forma de presentación y estas diferencias se deben a los variados factores de predisposición y mantenimiento”* (p.11).

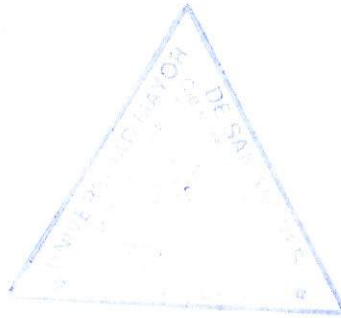
Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades psicosomáticas, de causa multifactorial, que debe comprenderse tomando en cuenta factores psicológicos y fisiológicos para poder comprender su complejidad, según Garandillas y otros, (2003), indica que: *“Los TCA son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial que solo pueden entenderse por la integración de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural”* (p.15).

Durante el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria influyen factores: biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, sin embargo cada uno de estos factores afectara más o menos de acuerdo al tipo de población afectada, es decir es diferente en cada población; de acuerdo con Garner, (1998), indica que: *“En el desarrollo de estas conductas asociadas a los TCA influyen factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, aunque la contribución relativa de cada factor pueda variar mucho entre los heterogéneos grupos de población afectado”* (p.9).

Por tanto los trastornos alimenticios son condiciones complejas que se derivan de una combinación entre los distintos factores. Los científicos e investigadores están todavía aprendiendo sobre las causas subyacentes de estas perturbaciones en un terreno emocional y físico. Así los factores que predisponen la posibilidad de que aparezcan los TCA:

- Biológico, que incluye la genética
- Social, presión por la delgadez
- Entorno familiar, clima y comunicación.
- Carácter personal, miedo a madurar, perfeccionismo y autocontrol.

### 2.2.3.3 Clasificación



#### 2.2.3.3.1 Anorexia

La anorexia termino considerado en su significación “sin apetito”, sin embargo estas personas no pierden el interés para alimentarse, tal como señala Halgin y Krauss, (2004), que: *“la palabra anorexia significa “sin apetito”, término algo engañoso ya que las personas con este trastorno están interesadas en alimentarse y tiene dificultades en leer sus claves de hambre”* (p.534).

En la anorexia nerviosa el deseo más importante es alcanzar el ideal de cuerpo perfecto, es decir estar delgadas; que conduce a desarrollar un temor extremo el de volverse obesas, para evitar tal situación, acuden a dietas que ponen en riesgo su vida sin estar conscientes del mismo, como señala Halgin y Krauss, (2004): *“las personas con trastorno alimentario de anorexia nerviosa llevan el deseo de estar delgadas al extremo y desarrollan un temor intenso de volverse obesas, que las conduce a hacer dieta hasta el punto de la demacración”* (p.532). Así también señala la APA, 2004: *“La anorexia nerviosa es definida como el dejar de comer de manera voluntaria, lo que origina una pérdida excesiva de peso”* (P.21). Entre los síntomas se encuentran, además de los ya mencionados, la preocupación excesiva por la imagen corporal, la motivación para adelgazar, el control de lo que se come y otras conductas compensatorias. *Situación que muchas veces permite que presenten ciertos rasgos características como ser: obsesivas, perfeccionistas, altamente competitivas, inteligentes, inmaduras emocionalmente y dependientes de su familia.*

Durante la anorexia nerviosa existe un rechazo de mantener el peso normal, debido al miedo de incrementar de peso, generando una alteración en la percepción de su cuerpo, así como señala el DSMIV (1995), que: *“la característica central es el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo”* (p.553).

Criterio A, Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor normal considerando la edad y la talla. La pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total o a través de la utilización de purgas o el ejercicio excesivo.

Criterio B, Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, incluso estado por debajo del peso normal. Este miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterio C, Alteración del peso y de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta que están delgadas pero continúan estando preocupadas por algunas partes de su cuerpo. Emplean una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo como: pesarse constantemente, medida de las diferentes partes del cuerpo, mirarse repetidamente sobre un espejo. El nivel del autoestima depende de la forma y el peso del cuerpo, considerando un logro perder peso y signo de autodisciplina, en cambio ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol; algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que pueda tener implicaciones clínicas.

Criterio D, En las mujeres (obs.1) pos púberes presencia de amenorrea. En niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

## Tipos

### Anorexia restrictiva

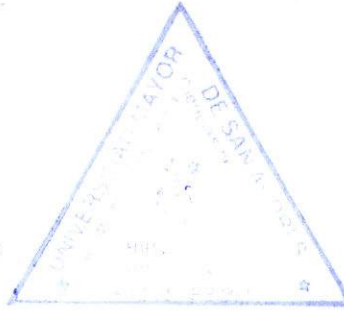
Realizan todo tipo de acciones para perder peso, restringiéndose de comer a través de dietas, ejercicios además de laxantes y otros, así Halgin y Krauss, (2004), señalan que: *“los anoréxicos tipo restrictivos emprenden diversos comportamientos dirigidos a perder peso como abusar de laxantes, o volverse ejercitadores compulsivos”* (p.532). Por su parte el DSMIV, señala que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso.

### Anorexia purgativa

Durante el episodio de la anorexia nerviosa, existen episodios de atracones es decir comen en exceso, posteriormente sienten tanta culpa por la cantidad de alimentos ingeridos que no tardan en purgarse para eliminar todo lo que comieron, de acuerdo con Halgin y Krauss, (2004), indican que: *“Los anoréxicos tipo purgativo comen en exceso y luego se obligan a sí mismo a purgarse o deshacer lo que acaban de comer”* (p.532); así también el DSMIV, señala que el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. La mayoría de

individuos que pasan por episodios atracones también recurren a purgas.

Complicaciones médicas



En la anorexia nerviosa la debilidad adquirida por la ausencia de una buena alimentación, genera perturbación menstrual, piel seca, debilidad muscular, reducción de la actividad gastrointestinal y debilidad muscular, tal como indican Halgin y krauss, (2004),: *“La inanición asociada con la anorexia nerviosa causa diversas anormalidades físicas, como perturbación menstrual, piel seca y agrietada, disminución del ritmo cardiaco reducción de la actividad gastrointestinal y debilidad muscular”* (p.532).

En la anorexia purgativa, se observa erosión del esmalte dental y cicatrices en la piel de la mano por el contacto con los dientes, además de un daño en las glándulas salivales a nivel médico, por el exceso de purgas, así como lo indican Halgin y Krauss, (2004), señalan que: *“en la anorexia purgativa por lo común se experimentan anormalidades de las glándulas salivales, erosión del esmalte dental y cicatrices en la piel de la mano por el contacto con los dientes”* (p.534).



## Patrón familiar

El DSMIV señala que existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado.

### 2.2.3.3.2 Bulimia

La bulimia nerviosa se caracteriza por atracones y la utilización de métodos compensatorios (vómitos, etc.) con el fin de evitar aumentar de peso, tal como señala el DSMIV, la característica esencial de la Bulimia Nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Los atracones constantes en un tiempo corto van acompañados de sentimientos de culpa, que buscan aliviarlos a través de purgas o vómitos, así como señala Halgin y Krauss, (2004), consideran que: *"En la bulimia nerviosa alternan entre los extremos de ingerir grandes cantidades de alimento en poco tiempo compensando luego las calorías ingeridas al vomitar o realizar otras acciones extremas"* (p.536).

*Existen dos características importantes para identificar un atracón:*

1. -Consumo rápido de gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo.

2. - La persona tiene la sensación de haber perdido el control ante esta comida.

#### Criterios Diagnósticos según el DSMIV:

Criterio A, Presencia de atracones recurrentes: Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento a corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

Criterio B, Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vomito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo.

Criterio C, Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses

Criterio D, La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Criterio E, La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

### Subtipos

Tipo purgativo, durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo, durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diurético o enemas en exceso.

### Patrón familiar

Varios estudio han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

### Complicaciones médicas

Muchas de las complicaciones se deben al excesivo y recurrente vómito, de acuerdo con Halgin y Krauss, (2004) señalan que las complicaciones médicas en la bulimia nerviosa son: *“Caries dental, por el vómito recurrente, además de que las glándulas salivales se agrandan y se desarrollan callosidades en la piel de la mano, así también en mujeres se presentan irregularidad menstrual, deshidratación y daño gastrointestinal”* (p.537).

#### 2.2.3.4 Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo

Definitivamente los trastornos de la conducta alimentaria afectan a la población de adolescentes y mujeres jóvenes, tal como señala Pyle, Halvorson, Neuman y Mitchell 1986, citados por Garner (1998): *“Se reconoce de forma general que los trastornos de la conducta alimentaria son problemas muy frecuentes que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes”* (p.8)

El miedo excesivo a incrementar de peso y el ideal de cuerpo perfecto genera muchas veces insatisfacción con el propio cuerpo, desarrollando trastornos de la conducta alimentaria, así como señala Gómez y otros (2002), señala que: *“En E.E. U.U. la fobia hacia la gordura ha contribuido a que algunas mujeres sufran problemas de nutrición y se incremente la incidencia de trastornos de la alimentación, así como también el aumento en la prevalencia de insatisfacción con el propio cuerpo haciéndose presente en mujeres adolescentes y adultos”* (p.221).

Sin embargo muchas de las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, no están conscientes de la gravedad de dicho trastorno, que en los peores casos puede llevarles a la muerte a muy temprana edad así como indican Halgin y Krauss, (2004) que: *“La muerte es común ya que entre los casos más graves que requieren hospitalización uno de cada diez muere como resultado de la inanición por complicación médicas o por suicidio, además de ocurrir en cualquier punto de la edad adulta, pero la mayor parte de esas muertes ocurre en los años iniciales a la madurez”* (p.534)

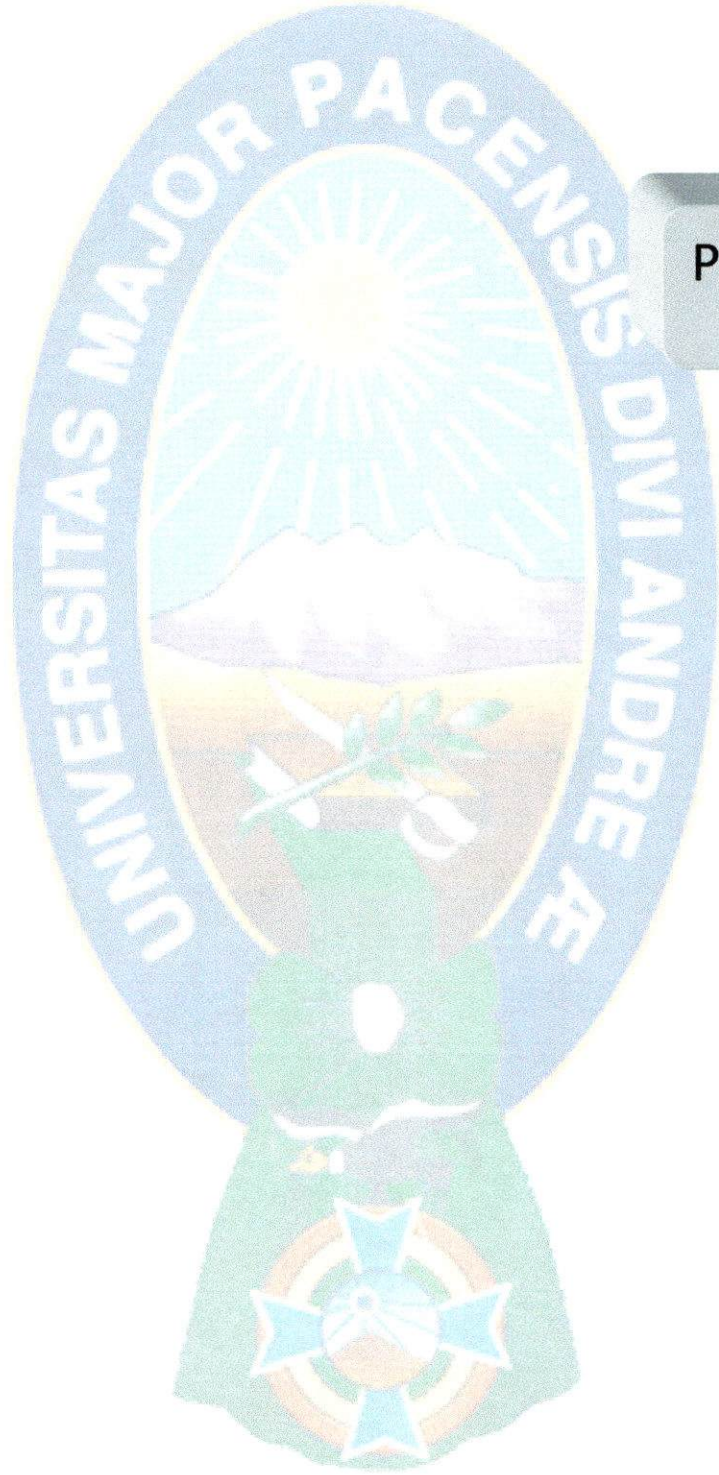
#### 2.2.3.5 Diferencia entre AN y BN

La imagen corporal, es decir la representación mental de su propio cuerpo es una de las diferencias más importantes, sin

embargo Halgin y Krauss, (2004), señalan la existencia dos características críticas que las distinguen:

*"La imagen corporal, las personas con AN tienen percepciones distorsionada de su tamaño corporal, en contraste en la BN las personas tienen una percepción precisa de su cuerpo.*

*Cantidad de peso que se ha perdido, las personas con AN tienen un peso por debajo de la normal para su estatura y compleción sin embargo las personas con BN tienen un peso promedio o por encima al promedio" (p.536).*



PARTE TERCERA

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **TIPO DE ESTUDIO**

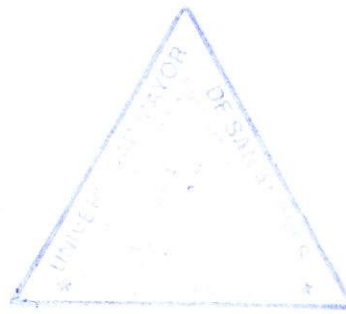
Tipo de estudio es correlacional, puesto que lo que se espera es encontrar la relación entre los Estilos de comunicación familiar y el riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria, en adolescentes de 16 a 18 años de edad de la Unidad Educativa Fuerza Aérea Boliviana.

##### **DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño de la presente investigación es no experimental transaccional debido a que el objetivo es investigar la existencia de la relación entre el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, en un grupo de estudiantes adolescentes en un determinado tiempo y espacio, en la Unidad Educativa Fuerza Aérea Boliviana.



### **3.2 VARIABLES**



#### **ESTILOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR**

Según Jimeno (1999), señala que: “los estilos de comunicación familiar, son estables, patrones fijos que actúan como un contexto próximo en el cual los mensajes particulares significado y contribuyen a estabilizarse” (p.180).

#### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

El DSM IV, (1995) señala que: “los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria” (p. 553).

### **3.3 POBLACION Y MUESTRA**

#### **POBLACION**

La unidad Educativa se encuentra administrada por personal de la Fuerza Aérea Boliviana, manteniendo una estructura jerárquica dentro de la Unidad Educativa. Respecto al número de estudiantes pertenecientes a U.E. F.A.B., cuentan con 1500 estudiantes entre mujeres y varones del nivel secundario,

de los cuales la población adolescente comprendida entre las edades de 16 a 18 años de edad, son 350 estudiantes correspondientes a 5to y 6to de Secundaria.

## **MUESTRA**

La muestra será tomada de la población por un proceso no probabilístico de manera intencional, dicha muestra está integrada por sujetos que voluntariamente acceden a la investigación, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Estar en 5to o 6to de Secundaria de la U.E. F. A. B.
- Tener entre 16 a 18 años de edad
- Tener interés de participar

Finalmente la muestra estuvo compuesta por 60 estudiantes, 40 mujeres y 20 varones que se sometieron voluntariamente a la investigación, formando parte de una muestra de sujetos voluntarios.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

La técnica usada para la presente investigación es la entrevista que permite una situación de encuentro entre el entrevistado y el entrevistador con el objetivo de obtener información acerca de las dos variables de investigación.

Respecto al tipo de Entrevista según la organización de la misma, se hará uso de la: entrevista cerrada, caracterizada por preguntas que generan respuestas concretas y concisas. Cabe recalcar que cada entrevista es individual las mismas que se encuentran presentes en ambos instrumentos que se detallaran a continuación:

#### **Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar CEFC**

Autor: Barnes y Olson (1982). Nombre original de la Escala de Comunicación Padres- Adolescente – PACS-

Adaptación: Equipo LISIS. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología (2001).

Nº de ítems: 20

Tiempo aproximado de Aplicación: 9-11 minutos.

Población a la que va dirigida: Adolescentes de 11 a 20 años.

Factores (para el padre y la madre):

- Comunicación Abierta.
- Comunicación Ofensiva.
- Comunicación Evitativa.

Validez: La comunicación abierta entre padres y adolescentes presenta correlaciones positivas con las distintas dimensiones de la autoestima y el apoyo familiar y del amigo, y correlación negativas con estrés percibido y sintomatología depresiva en el hijo/a. Al contrario, los problemas de comunicación familiar correlacionan positivamente con la conducta delictiva y negativamente con las dimensiones de la autoestima y el apoyo familiar y del amigo.

Fiabilidad: el coeficiente alpha de Cronbach las subescalas es: 0.87 para comunicación abierta, 0.76 para comunicación ofensiva y 0.75 para comunicación evitativa.

### **Cuestionario de Actitud Alimentaria EAT- 26**

Autor: David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979, la primera versión EAT-40 y la segunda versión EAT – 26.

Forma de Aplicación: Cuestionario auto administrado

Objetivo: Diseñado para evaluar actitudes y conductas asociados a los trastornos alimentarios en muestras no clínicas.

Factores:

Dieta, Bulimia y Control oral.

Fiabilidad:

1.-Consistencia Interna

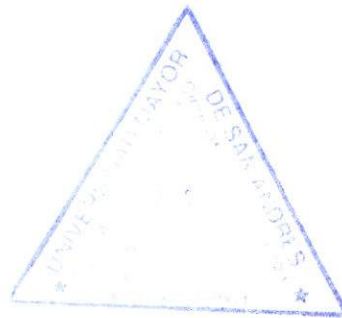
Los 26 ítems presentan correlación moderada con la puntuación total,  $r > 0.44$ .

2.-Fiabilidad test-retest

Para 2 a 3 semanas la correlación fue de 0.84.

Validez:

1.-Validez Concurrente



Ha mostrado utilidad para diferenciar TCA de población normal, así como trastorno por atracón de la AN y BN, pero no diferencia entre AN y BN.

## 2.-Validez predictiva

Sensible a cambios terapéuticos, o a cambios en la sintomatología de pacientes anoréxicas.

## 3.-Validez discriminante

La puntuación total clasifica correctamente al 83,6% de los casos.

### 3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CATEGORÍA	DIMENSION	INDICADOR	MEDIDOR	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Estilos de comunicación familiar	Abierta	Respeto Afectividad Empatía	Presencia Ausencia	Entrevista cerrada	CECF
	Ofensiva	Sentimiento de culpa. Agresiones Críticas Reproches	Presencia Ausencia	Entrevista cerrada	CECF
	Evitativa	Cautela Reserva Discreción	Presencia Ausencia	Entrevista cerrada	CECF
Trastornos de la conducta Alimentaria	Anorexia	-Auto restricción de la alimentación  -Temor intenso a engordar.	Presencia Ausencia	Entrevista cerrada	EAT - 26
	Bulimia	- Atracones de comida en un periodo de 2hrs.	Presencia Ausencia	Entrevista cerrada	EAT - 26

### 3.6 PROCEDIMIENTO

Primeramente se solicitó el permiso correspondiente a Director General de la Unidad Educativa, explicando los objetivos de la investigación.

Posteriormente se sugirió coordinar con el departamento de psicología, seguidamente, se hicieron los contactos con el Psicólogo a cargo con quien se coordinó la fecha y hora para la ejecución de la investigación.

Previamente a la aplicación se explicó a los estudiantes los objetivos de la investigación, y se les invitó a participar de manera voluntaria.

Se procedió a entregarles la primera prueba el Test de actitudes alimentarias, posteriormente el Cuestionario de Evaluación de la Comunicación familiar.

Al finalizar la aplicación se les dio las gracias correspondientes por participar de la investigación reiterándoles la importancia de la misma.

Para analizar los datos, se empleó el programa estadístico SPSS versión 18.0. En primer lugar, se obtuvieron los coeficientes alpha



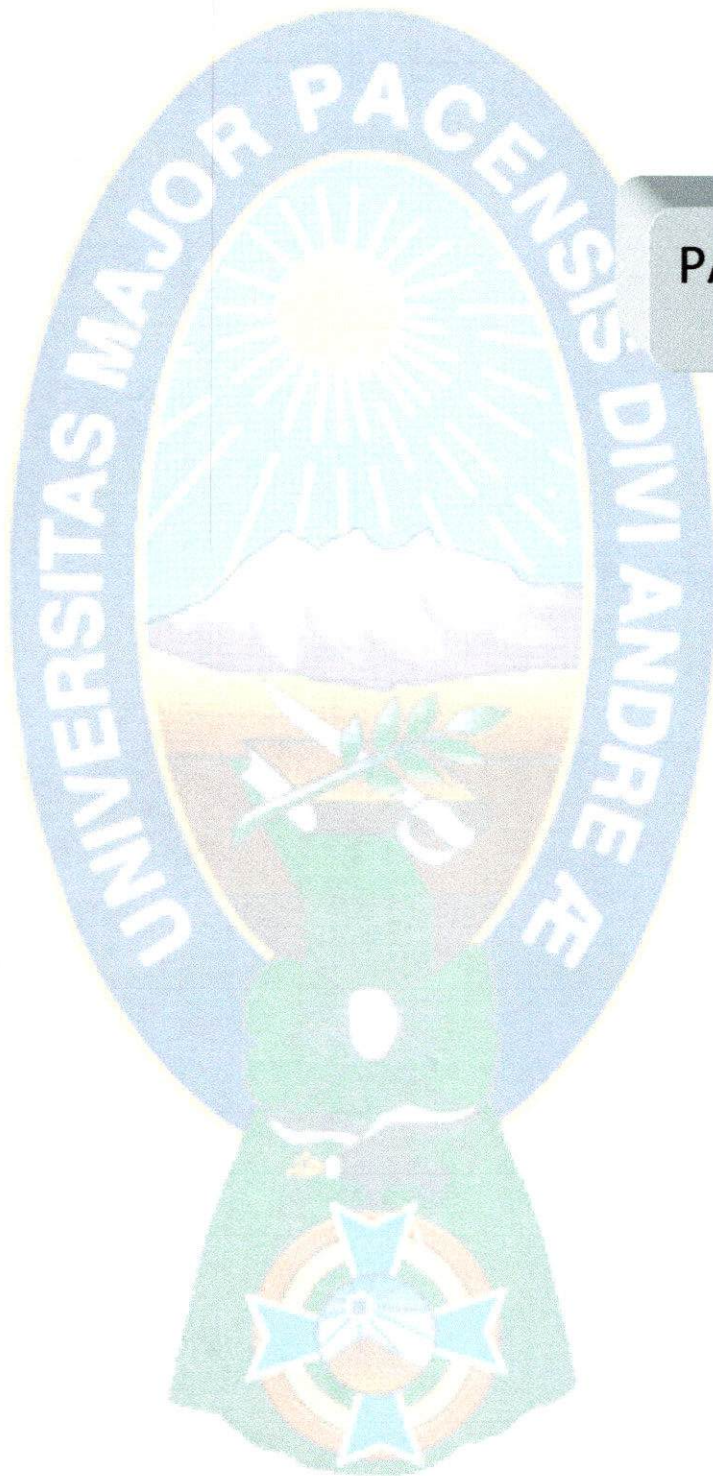
de Cronbach del Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar (CEFC) y del Test de Actitudes Alimentarias (Eat-26) constatando así la confiabilidad de las pruebas.

Posteriormente se emplearon medidas de tendencia central para la descripción de la muestra y el análisis de las dimensiones del Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar; así como también de los factores del Test de Actitudes Alimentarias y los resultados totales de la prueba.

Finalmente se utilizó la correlación de Spearman para asociar las variables de Estilos de comunicación familiar y el riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria.

#### 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación. Inicialmente se presenta una descripción respecto a los datos demográficos de la muestra, posteriormente los resultados en cuanto a la Escala de comunicación Padres - Adolescentes, así como del Test de Actitudes Alimentarias EAT- 26 y finalmente, la relación entre ambas variables.



PARTE CUARTA

#### 4.1 Datos sociodemográficos

##### *Edad de la muestra*

Se observa que el rango de edad de la muestra es de 16 a 18 años de edad y la frecuencia más alta es 29, que representa la edad de 17 años; con relación a las frecuencias bajas 19 y 12 que representan 16 y 18 años de edad respectivamente. Por tanto la edad de la muestra está comprendida entre 16 a 18 años de edad, que corresponden a la etapa de la adolescencia tal como indican Papalia y otros (2005), que: "La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20 y conlleva grandes cambios interrelacionado en todas las áreas del desarrollo" (p.427).

Tabla N° 1: Descripción de la edad de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
16	19	31,7	31,7	31,7
17	29	48,3	48,3	80,0
18	12	20,0	20,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

En el gráfico N° 1 se observa que la edad más usual de los sujetos de la muestra, es de 17 años con una frecuencia de 29; en contraste con las edades de 16 años y 18 años que presentan las frecuencias de 19 y 12 respectivamente.

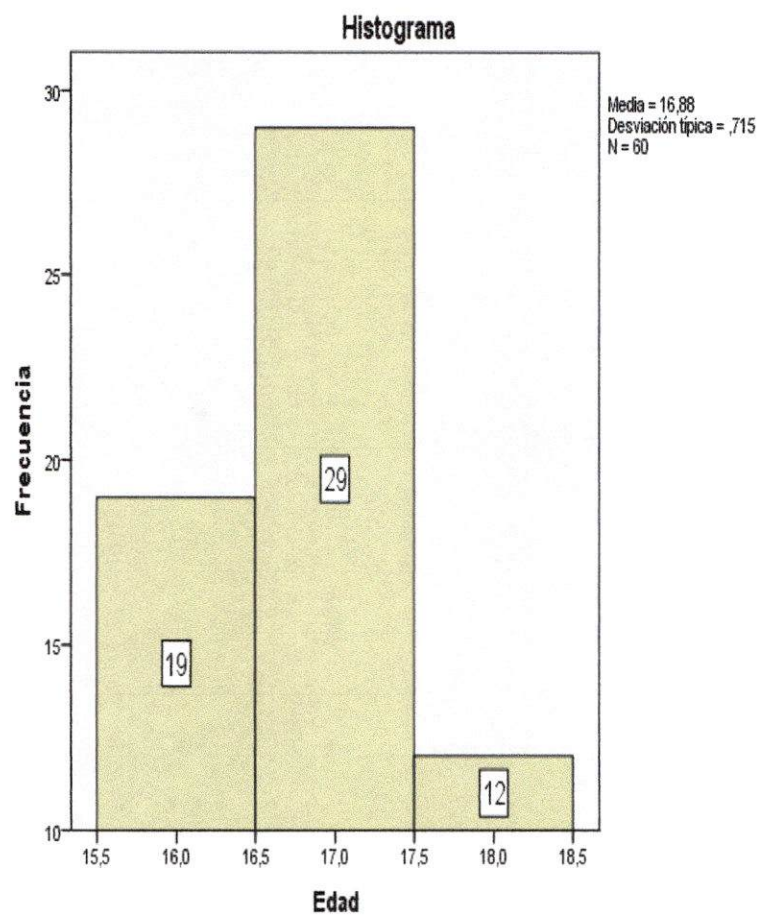


Grafico N°1: Descripción de la edad en frecuencia

### *Género de la muestra*

La frecuencia más alta es 40 que representa al género femenino. En el caso del género masculino se observa una frecuencia 20. Respecto al género de la muestra se tomó en cuenta a 40 mujeres y 20 varones, considerando que las mujeres son la población con mayor riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria, tal como señala García, (2004) que: *“el anhelo por conseguir un cuerpo delgado está presente en la gran parte de personas, especialmente mujeres, afectando principalmente a las adolescentes debido en parte a los medios de comunicación, la publicidad, presión social y la publicidad”* (p.191).

**Tabla N° 2: Descripción del Género**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	40	66,7	66,7	66,7
Masculino	20	33,3	33,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Se observa que el 66.67 % corresponde al género femenino y el 33.33% al género masculino, del total de la muestra de la investigación. Es importante señalar que la población femenina presentaba mayor interés y predisposición para participar en la investigación.

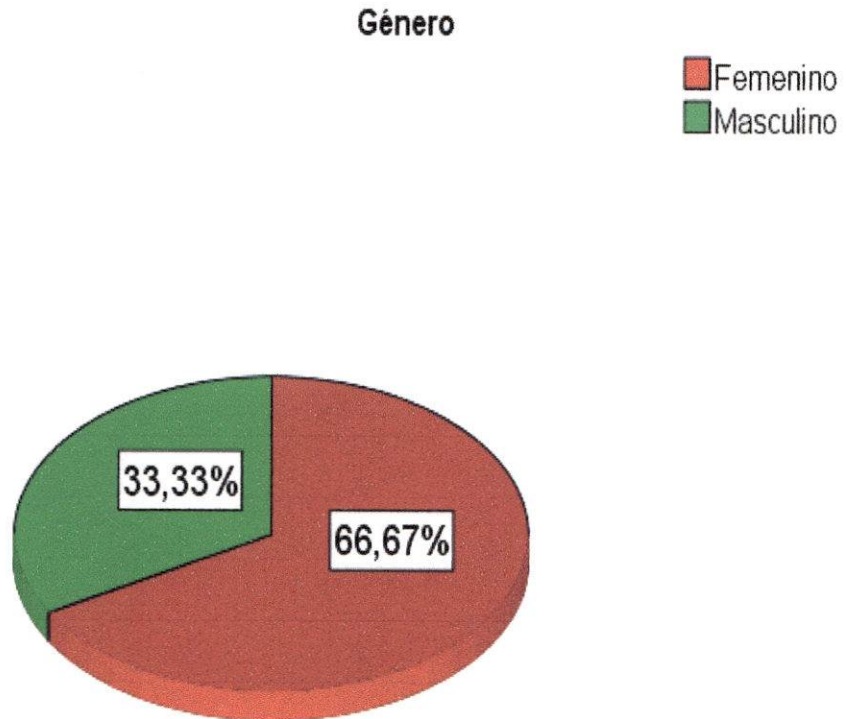


Gráfico N° 2: Descripción del porcentaje de género

## 4.2 Análisis del Cuestionario de Comunicación Familiar Padres-Hijos

### 4.2.1 Escala de Comunicación con la Madre

#### *Grado de relación con la madre*

A partir de los datos obtenidos, en la pregunta **¿en quién estabas pensando cuando respondías?**, se evidencia que la frecuencia más alta es 56 para la opción madre y de 4 para la opción otra mujer. No existiendo ningún dato expresado para la opción madrastra.

**Tabla N° 3: Descripción del grado de relación materna**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
otra mujer	4	6,7	6,7	6,7
Válidos madre	56	93,3	93,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

De los 60 sujetos de la muestra se observa que 93.33% pensó en su madre cuando llenaba la Escala de comunicación Padres – hijos y un 6.67 % en otra mujer que cuida de ellos. Por tanto la mayoría de los adolescentes vive con su madre o de lo contrario tiene contacto frecuente con la misma; permitiendo una representación mental de madre inmediata y una minoría considera como madre a otra mujer que cuida de ellos o ellas.

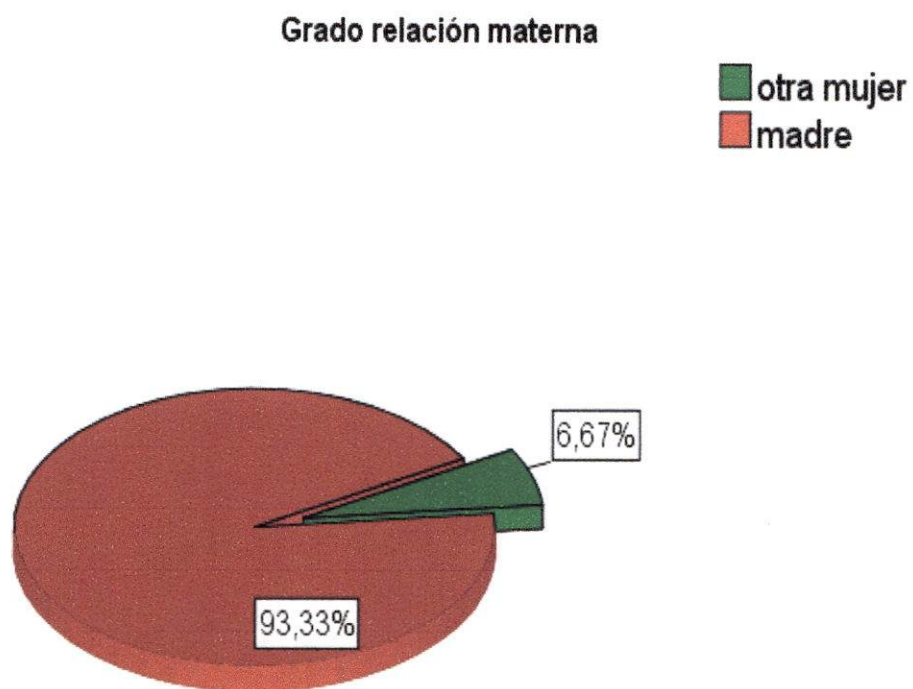


Gráfico N° 3: Distribución porcentual del grado de relación materna



### *Dimensión Comunicación Abierta con la madre*

Para un mejor análisis de la dimensión comunicación abierta se ha dividido la puntuación en tres categorías: de 11-25=1Baja, de 26 – 39 = 2 Media y de 40 puntos en adelante Alta. Ahora bien la frecuencia más alta es de 33, señalando la existencia de una comunicación abierta Alta, seguidamente se observa la frecuencia 22 que señala la comunicación abierta media y finalmente la frecuencia 5 indicando una comunicación abierta baja.

**Tabla N° 4 : Descripción de la Comunicación Abierta – Madre**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos BAJA	5	8,3	8,3	8,3
MEDIA	22	36,7	36,7	45,0
ALTA	33	55,0	55,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Del 100% de los sujetos de la muestra un 55% de adolescentes presentan una alta Comunicación Abierta con la madre, el 36.67% una media y finalmente un 8.33% que representa a una comunicación abierta baja. Entonces más de la mitad de adolescentes considera tener una comunicación abierta alta con la madre, intercambiando pensamientos y sentimientos de manera clara, respetuosa y empática; debido a no solo la frecuencia física

sino a la interacción fluida de pensamientos y emociones, tal como señalan Noller y Callan (1990), citado en Parra y Oliva (2002) que: “los

*chicos y chicas perciben a sus madres de forma más cercana que a sus padres, por lo que la mayor comunicación con ellas, estará reflejado no solo por una mayor presencia física, sino también por una mayor proximidad emocional” (p.225).*

### Comunicación Abierta Madre

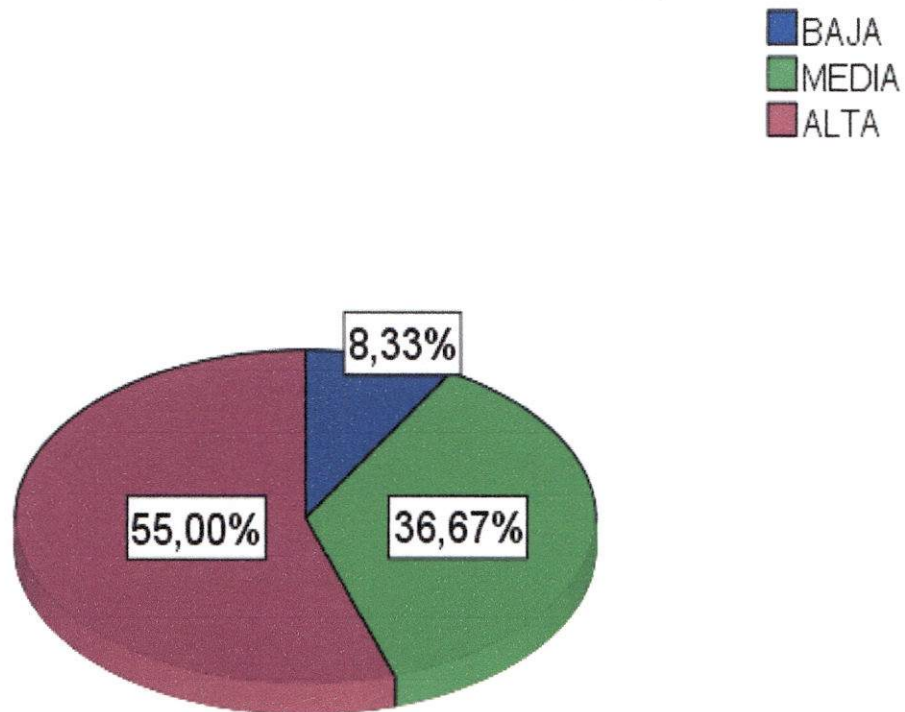


Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la comunicación abierta con la madre

### *Dimensión Comunicación ofensiva con la madre*

La dimensión Comunicación Ofensiva ha sido dividida en tres categorías: 4-9 = Baja, 10 -15 = Media y 16 puntos en adelante obtiene el valor de Alta. Según los datos recogidos se observa la frecuencia más alta es de 40 que representa a una comunicación ofensiva baja, seguidamente la frecuencia 18, indicando una comunicación ofensiva media y finalmente la frecuencia 2 que representa a una comunicación ofensiva alta. (ver tabla N° 5)

**Tabla N° 5: Descripción de la Comunicación Ofensiva con la Madre**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJA	40	66,7	66,7
	MEDIA	18	30,0	96,7
	ALTA	2	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0

En la dimensión comunicación ofensiva con la madre, se observa que del 100% un 66.67% presenta una comunicación ofensiva baja, un 30% un puntaje medio referente a la comunicación ofensiva y un 3.33 % alta comunicación ofensiva. Resultados que reafirman el resultado anterior (puntaje alto en comunicación Abierta con la madre), más de la mitad afirmó que no utilizan estilos de interacción negativos con la madre, porque afirman tener un estilo de comunicación abierta con la madre.

### Comunicación Ofensiva Madre

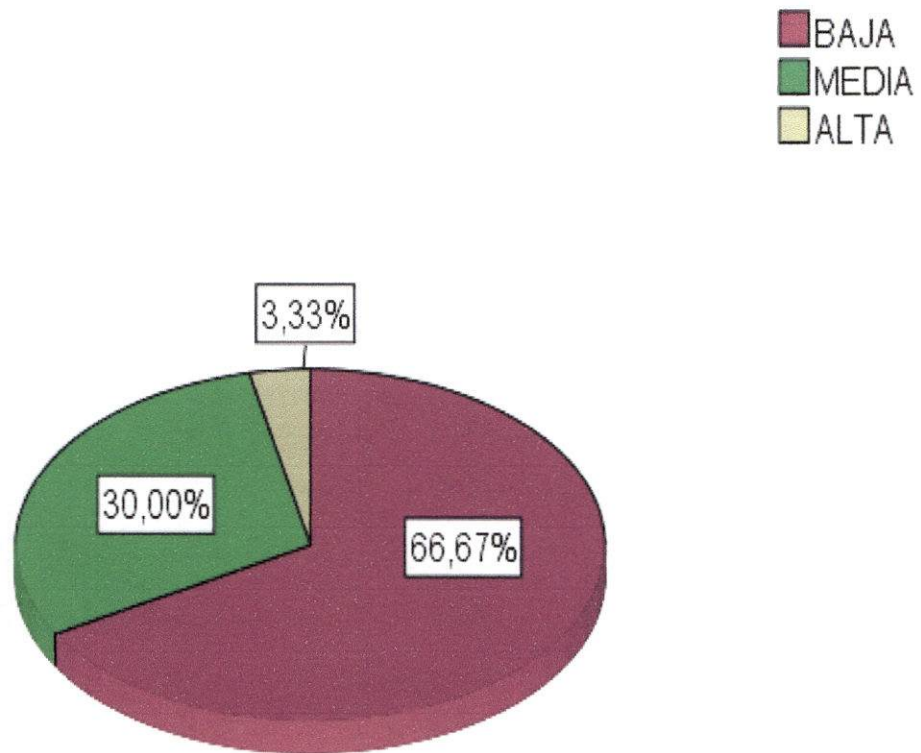


Gráfico N° 5: Distribución porcentual de la comunicación ofensiva con la madre

*Dimensión* Comunicación Evitativa con la madre

Para la dimensión Comunicación Evitativa con la madre se ha categorizado las puntuaciones del siguiente modo: 5-11 = baja, 12-18 = Media y 19 puntos en adelante categoría alta. En la comunicación evitativa la frecuencia 45 que corresponde a la comunicación evitativa media es la más alta, seguido de la frecuencia 9, 6 referente a alta y baja comunicación evitativa.

**Tabla N° 6 : Descripción de la Comunicación Evitativa con la Madre**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJA	6	10,0	10,0	10,0
MEDIA	45	75,0	75,0	85,0
ALTA	9	15,0	15,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Del 100% de sujetos de la muestra, un 75% presenta un puntaje medio referente a la comunicación evitativa con la madre, el 15% alta comunicación evitativa y un 10% baja comunicación evitativa. Las puntuaciones afirman que después de la comunicación abierta alta con la madre, señalan tener una comunicación evitativa en un puntaje medio con la madre, caracterizado por resistencia a compartir selectividad y cautela.

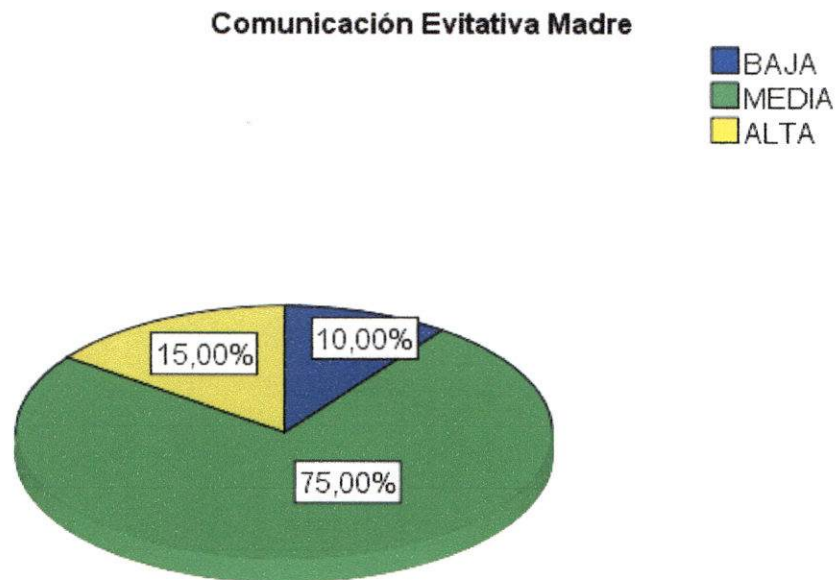


Grafico N° 6: Distribución porcentual de la comunicación Evitativa con la Madre

#### 4.2.2 Escala de Comunicación con el Padre

Grado de relación con el padre

A la pregunta ¿en quién estabas pensando cuando respondías?, se observa que la frecuencia más alta es 51 para la opción padre, otro hombre que cuida de mi con la frecuencia de 8 y finalmente la frecuencia 1 para la opción padrastro.

**Tabla N° 7 : Descripción del grado relación paterna**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
otro hombre	8	13,3	13,3	13,3
Válidos padre	51	85,0	85,0	100,0
padrastro	1	1,7	1,7	15,0
Total	60	100,0	100,0	

Tomando en cuenta el 100% de sujetos de la muestra, se identifica que el 85.00% pensó en su padre cuando llenaba la Escala de comunicación Padres – hijos, así como un 13.33 % en otro hombre que cuida de ellos y un 1.67% en el padrastro. Por tanto la mayoría de los adolescentes vive con su padre o de lo contrario tiene contacto frecuente con el mismo; permitiendo una representación mental de padre inmediato y una minoría considera como padre a otro hombre que cuida de ellos o ellas, así como también con el padrastro.

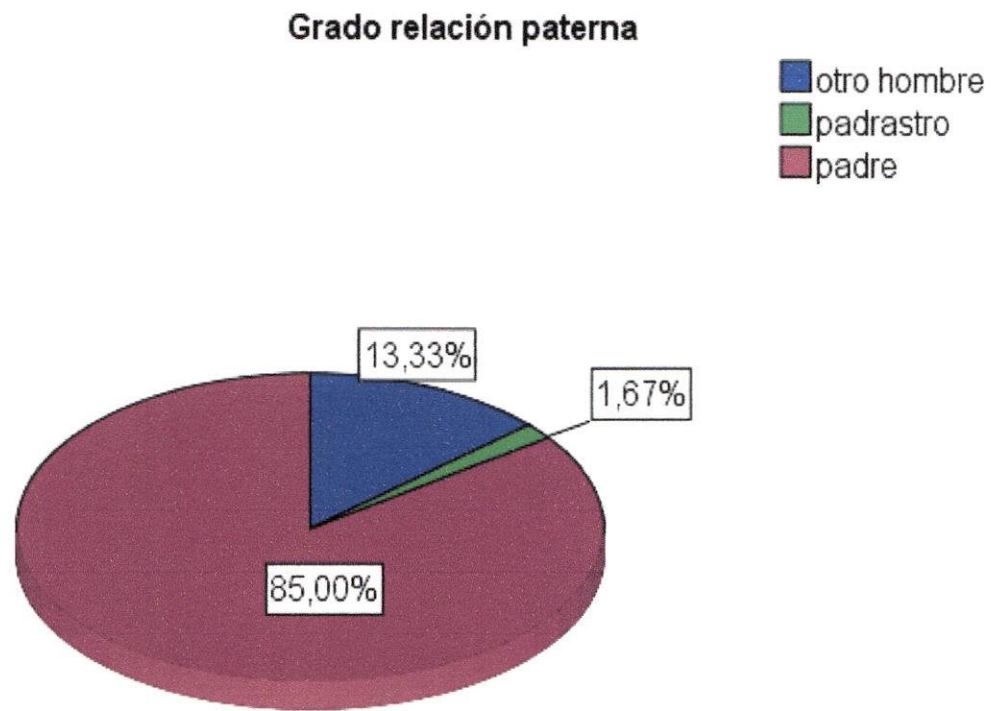


Gráfico N° 7: Distribución porcentual del grado de relación con el padre

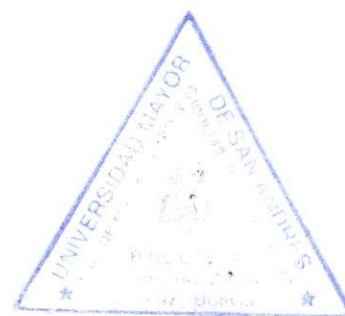


### Dimensión *Comunicación Abierta con el padre*

La frecuencia más alta es de 28 referente a la puntuación media en la dimensión comunicación abierta con el padre, seguido de la frecuencia 21 que correspondiente a una alta comunicación abierta y finalmente aparece la frecuencia 11 que corresponde a la comunicación abierta baja.(ver tabla N°8)

**Tabla N° 8: Descripción de la Comunicación Abierta con el Padre**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJA	11	18,3	18,3	18,3
Válidos MEDIA	28	46,7	46,7	65,0
ALTA	21	35,0	35,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	



Del total de datos obtenidos el 46,67 % indica tener una puntuación media en cuanto a la comunicación abierta con el padre, seguido de un 35 % que afirma tener una alta comunicación abierta y un 18,33 % baja comunicación abierta con el padre. Menos de la mitad afirma tener una comunicación abierta media con el padre, lo que afirma que la comunicación con el padre es mucho más superficial que con la madre.

#### Comunicación Abierta Padre

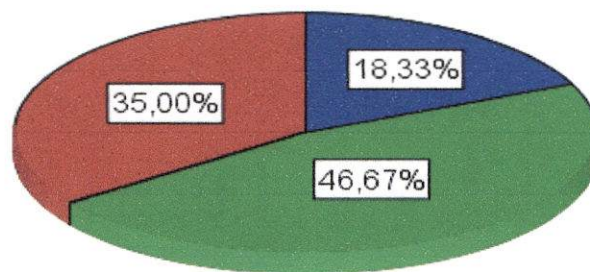
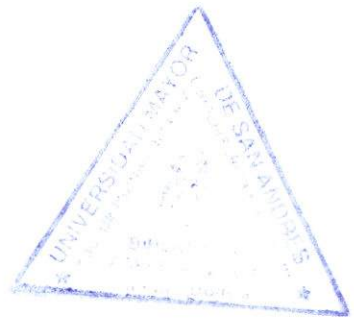


Gráfico N° 8: Distribución porcentual de la comunicación Abierta con el Padre

## Dimensión Comunicación Ofensiva con el padre



La frecuencia más alta es 43, correspondiente a la categoría baja, una frecuencia de 15 en la categoría media y finalmente una frecuencia de 2 categoría alta, en comunicación ofensiva con el padre.

**Tabla N° 9: Descripción de la Comunicación Ofensiva Padre**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
BAJA	43	71,7	71,7	71,7
MEDIA	15	25,0	25,0	96,7
ALTA	2	3,3	3,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

En la comunicación ofensiva con el padre se observa que un 71.67% del total de sujetos considera tener una baja comunicación ofensiva con el padre, seguido de un 25 % que indica una puntuación media con relación a la comunicación ofensiva con el padre y 3.33 % una alta comunicación ofensiva. La mayoría de los sujetos afirma que el estilo de comunicación negativo cargado de críticas, no que es usual si no es bajo con el padre; por la poca presencia física del mismo así como por la interacción discontinua para llegar a este estilo de comunicación.

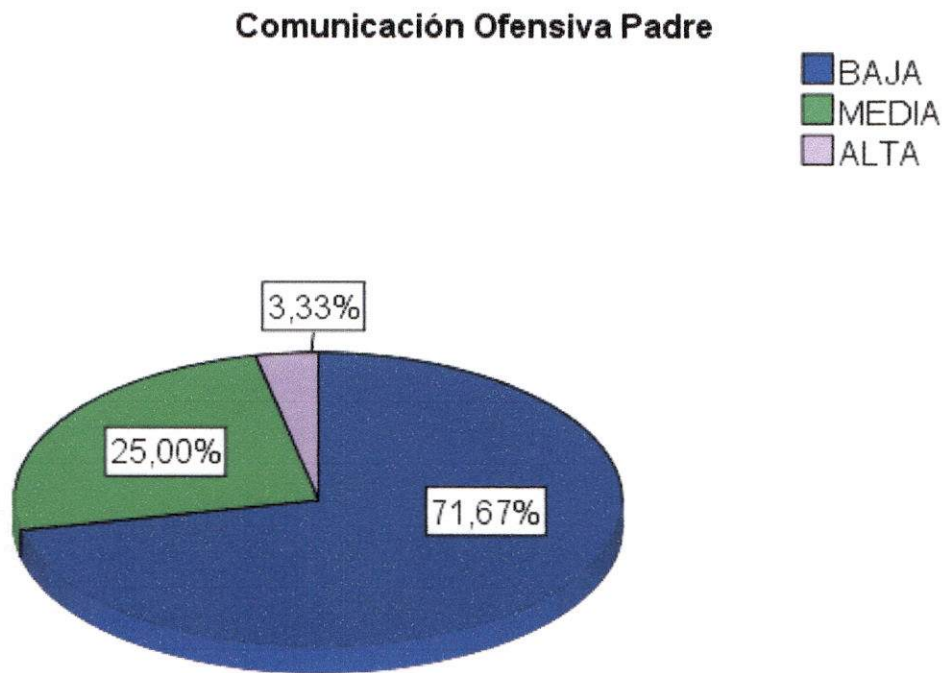


Grafico N° 9: Descripción porcentual de la comunicación ofensiva con el Padre.

### Dimensión Comunicación Evitativa con el padre

En la dimensión comunicación evitativa con el padre se presenta la frecuencia 37, referente a la puntuación media en comunicación evitativa con el padre, seguida de la frecuencia 12 que corresponde a una baja comunicación evitativa con el Padre y finalmente una frecuencia de 11 perteneciente a la categoría alta comunicación evitativa.

**Tabla N° 10: Descripción de la Comunicación Evitativa con el Padre**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJA	12	20,0	20,0	20,0
Válidos MEDIA	37	61,7	61,7	81,7
ALTA	11	18,3	18,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

El 61.67% mantiene una puntuación media en la comunicación evitativa con el padre, seguida de 20% de sujetos que considera tener una baja comunicación evitativa y un 18.33% tiene una alta comunicación evitativa. La mayoría de los sujetos considera tener una comunicación evitativa media con el padre es decir sus interacciones estarían caracterizados por la resistencia a compartir, la selectividad y la cautela, por la poca presencia física del padre lo que dificulta desarrollar una mejor comunicación.

### Comunicación Evitativa Padre

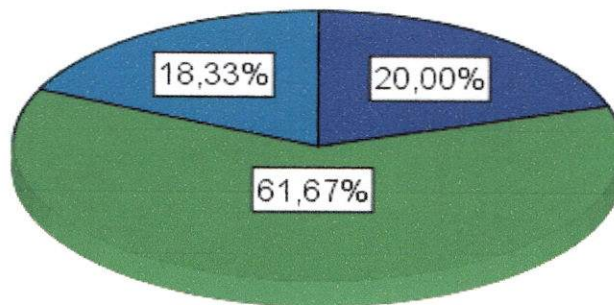


Gráfico N° 10: Distribución porcentual de la comunicación evitativa con el padre

#### 4.3 Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)

##### Práctica de deportes

En la pregunta ¿practica algún tipo de deporte?, se observa un frecuencia de 41 para las personas que practican y la frecuencia 19 para los que no practican algún deporte.

**Tabla N°11: Descripción de la práctica de Deportes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no práctica	19	31,7	31,7	31,7
Válidos Práctica	41	68,3	68,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	



Gráficamente se observa que el 68,33% practica algún tipo de deporte y el 31,67% no practica deportes. Hallamos que la mayoría de los sujetos de la muestra practican deportes, factor que evita la preocupación por el peso, ya que están en constante actividad física, permitiéndoles satisfacción con su propio cuerpo, por tanto la práctica algún tipo de deporte ayuda a evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. (Ver gráfico N° 11)

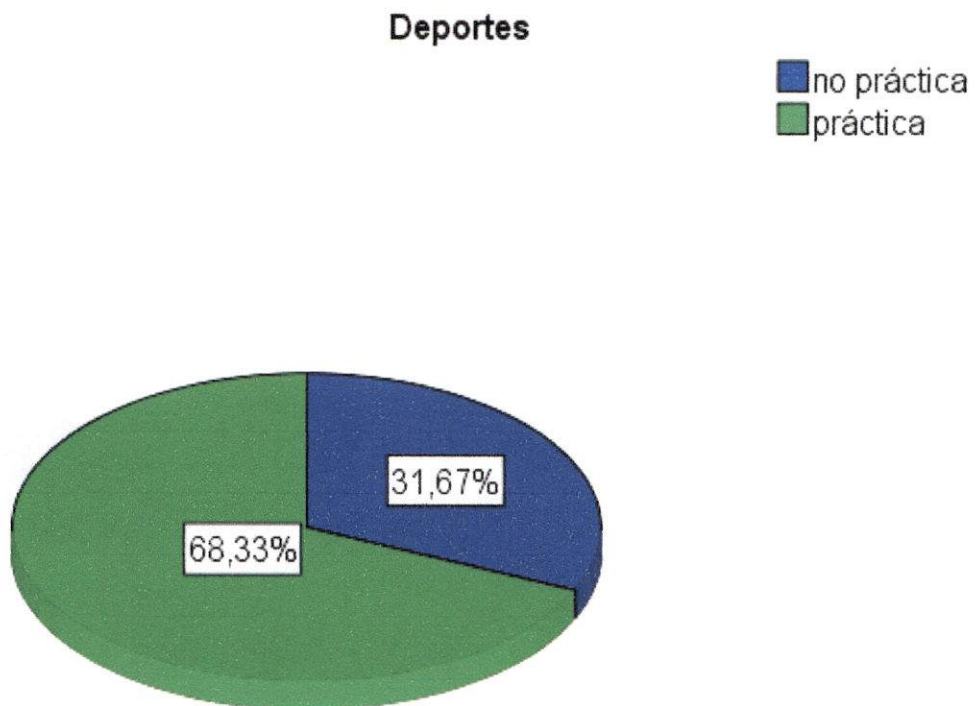


Gráfico N° 11: Distribución porcentual de la práctica de Deportes



## Factor Dieta

Para una mayor comprensión de los resultados se realizó una categorización de los puntajes para el factor dieta: de 0 – 19 = puntaje bajo y 20 a más puntaje Alto. La frecuencia más alta es de 55, que representa a una puntuación baja, y una frecuencia 5 para el puntaje alto.

**Tabla N° 12: Descripción del factor Dieta en dos categorías**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
bajo puntaje	55	91,7	91,7	91,7
alto puntaje	5	8,3	8,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Del 100% de casos tomados en la muestra un 91,67% obtuvo un puntaje menor a 19 en el factor Dieta y un 8,33 % un puntaje alto. Por tanto se considera que la mayoría de los sujetos no evita alimentos que engordan y no se preocupan por estar delgados (as).

### Dieta dos categorías

■ bajo puntaje  
■ alto puntaje

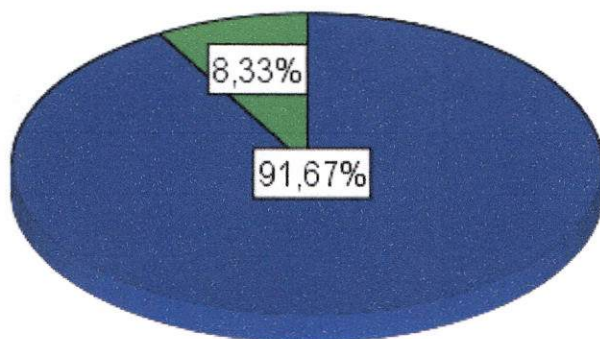


Gráfico N° 12: Distribución porcentual del factor Dieta

### *Factor Bulimia*

Se realizó una categorización de los puntajes: de 0-9 = puntaje bajo y de 10 en adelante puntaje alto. El total de casos representados por una frecuencia de 60 puntuaron bajo, lo que indica que no existen puntajes mayores a 10. (Ver tabla 13)

**Tabla N° 13: Descripción de Bulimia en dos categorías**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos bajo puntaje	60	100,0	100,0	100,0

A nivel porcentual en el factor bulimia se observa el 100% de casos obtuvieron puntajes menores a 9 puntos, lo que indica la puntuación baja. Ninguno de los sujetos *tiene preocupación por la comida con indicadores de Bulimia considerable, como un factor riesgo.*

### Bulimia dos categorías

■ bajo puntaje

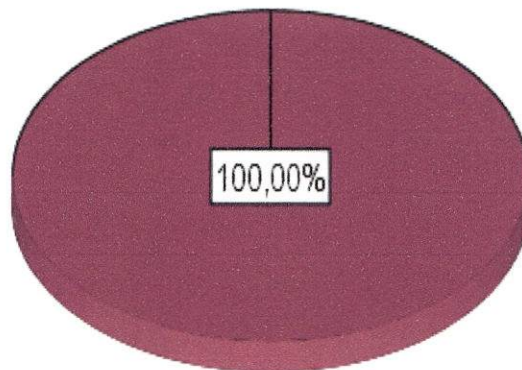


Gráfico N° 13: Distribución porcentual de bulimia

## Factor Control Oral

La categorización de sus puntuaciones se realizaron del siguiente modo: 0-10 = puntuación baja y de 11 a 21 = puntuación alta. La frecuencia más alta para el control oral es de 57 que corresponde a una puntuación baja y finalmente la frecuencia 3, perteneciente a un puntaje alto en control oral.

**Tabla N° 14: Descripción control oral dos categorías**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo puntaje	57	95,0	95,0	95,0
Válidos alto puntaje	3	5,0	5,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

El 95% de sujetos presentaron una puntuación baja en control oral y solo 5% del total obtuvo una puntuación alta. La mayoría de los sujetos no presenta problemas con el autocontrol en el comer y en percibir presión de los otros por aumentar de peso, ya que se encuentran conformes con su cuerpo.

### control oral dos categorias

■ bajo puntaje  
■ alto puntaje

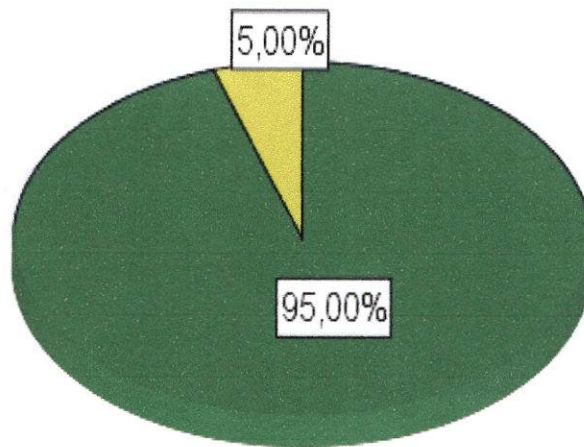


Gráfico N° 14: Distribución porcentual del control oral

### *Análisis del puntaje total*

El puntaje final del EAT-26 comprende la sumatoria de los 3 factores: dieta, bulimia y control oral; cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos, si puntuación es igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo, relacionadas con desórdenes alimentarios.

A través de las puntuaciones totales del EAT-26, se identifican la población en riesgo, relacionadas con desórdenes alimentarios. En la tabla N° 18, observamos que de los 60 sujetos de la muestra, la frecuencia 46 indica que tales sujetos están sin riesgo de padecer desórdenes alimentarios y la frecuencia 14 indica que 14 sujetos obtuvieron puntajes que revelan el riesgo de padecer desórdenes alimenticios.

**Tabla N° 15: Descripción del EAT – 26 Puntuación Total**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sin riesgo	46	76,7	76,7	76,7
En riesgo	14	23,3	23,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Las puntuaciones del EAT\_ 26 en la distribución porcentual de la muestra, del 100% de sujetos un 76,67% presenta puntuaciones por debajo de 20, que indica que no están en riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios y solo un 23,33% de la población presenta puntuaciones igual o superior a 20, que se asocia a actitudes y conductas alimentaria de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios. Situación que corrobora los datos encontrados con los tres factores (Dieta, bulimia y control oral), puesto que los puntajes no eran altos si no bajos; sin embargo una 11/4 % de la población si presento puntuaciones considerables que se atribuyen a un riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios. (ver grafico 15)



## EAT Puntuación Total

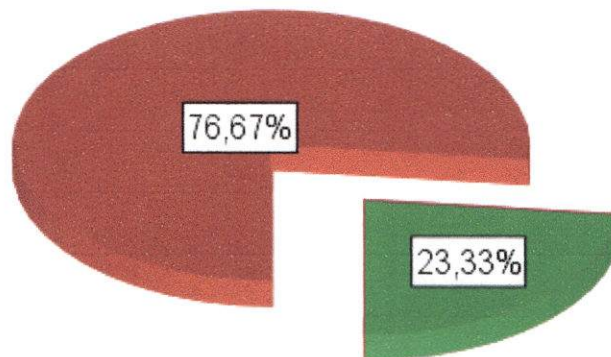
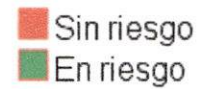


Grafico N° 15: Distribución porcentual de las puntuaciones totales del EAT-26

### 4.4 Correlación de la Escala de Comunicación Familiar y el Test de Actitudes Alimentarias

En las correlaciones obtenidas con el Coeficiente de correlación de Pearson, se observa que la correlación entre el Eat-26 y la **Comunicación Abierta con la madre** genera una correlación - **0,137** con un nivel de significancia **0,297** que indica una **correlación negativa muy débil**.

El Eat-26 y la **Comunicación ofensiva** con la madre generan  $r=0,129$  con  $s=0,327$  lo que evidencia una **correlación positiva muy débil**, pero el coeficiente **no es significativo**.

El Eat\_26 con la **Comunicación Evitativa** con la madre genera una  $r = 0,270$  con un nivel de  $s = 0,037$  que indica que *el coeficiente es significativo*, sugiriendo una **correlación positiva débil** pero no considerable.

El Eat-26 con la **comunicación Abierta con el Padre** se obtiene una  $r=0,027$  y el nivel de  $s=0,836$  el coeficiente **no es significativo** por tanto no existe correlación.

El Eat\_26 con la **Comunicación Ofensiva con el Padre** presenta  $r=0,050$  y el nivel  $s=0,703$  de igual manera que el anterior el coeficiente **no es significativo** no existiendo una correlación entre ambas variables; ahora bien el Eat\_26 con la **Comunicación Evitativa con el Padre** presenta  $r=0,195$  y  $s=0,135$  correlación positiva muy débil, pero el coeficiente **no es significativo**.

**Tabla N° 16: Correlaciones del Eat-26 y la Comunicación Padres – hijos**

		EAT 26	C. Abierta Madre	C. Ofensiva Madre	C. Evitativa Madre	C. Abierta Padre	C. Ofensiva Padre	C. Evitativa Padre
EAT 26	Correlación de Pearson	1	-,137	,129	,270*	,027	,050	,195
	Sig. (bilateral)		,297	,327	,037	,836	,703	,135
	N	60	60	60	60	60	60	60
C. Abierta Madre	Correlación de Pearson	-,137	1	-,391**	-,229	,339**	,104	,019
	Sig. (bilateral)	,297		,002	,079	,008	,431	,882
	N	60	60	60	60	60	60	60
C. Ofensiva Madre	Correlación de Pearson	,129	-,391**	1	-,006	-,200	,174	-,130
	Sig. (bilateral)	,327	,002		,963	,125	,184	,323
	N	60	60	60	60	60	60	60
C. Evitativa Madre	Correlación de Pearson	,270*	-,229	-,006	1	-,353**	-,060	,165
	Sig. (bilateral)	,037	,079	,963		,006	,650	,207
	N	60	60	60	60	60	60	60
C. Abierta Padre	Correlación de Pearson	,027	,339**	-,200	-,353**	1	-,007	-,032
	Sig. (bilateral)	,836	,008	,125	,006		,956	,811
	N	60	60	60	60	60	60	60
C. Ofensiva Padre	Correlación de Pearson	,050	,104	,174	-,060	-,007	1	,168
	Sig. (bilateral)	,703	,431	,184	,650	,956		,200
	N	60	60	60	60	60	60	60
C. Evitativa Padre	Correlación de Pearson	,195	,019	-,130	,165	-,032	,168	1
	Sig. (bilateral)	,135	,882	,323	,207	,811	,200	
	N	60	60	60	60	60	60	60

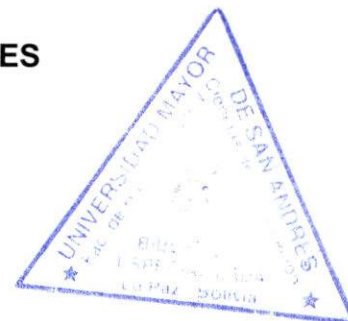
\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



PARTE QUINTA

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



### 5.1 Análisis general y discusión

En esta investigación se ha pretendido hallar una relación entre el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Según los resultados obtenidos a partir de los datos estadísticos, nos permiten afirmar que la correlación entre el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria es débil y no considerable, lo cual sustenta su naturaleza multifactorial citada en varias investigaciones antecesoras, por tanto se acepta la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

Sin embargo es importante recalcar que dentro de los tres estilos de comunicación familiar se halló mayor nivel de significancia en la correlación de Pearson del EAT- 26 con el estilo de comunicación familiar evitativo con la madre, lo que requiere mayores estudios presentándose como un indicador bajo. Así también se encontró que las madres son quienes hacen uso en un porcentaje más alto del estilo de comunicación familiar negativo (ofensivo y evitativo).

Por otro lado la práctica de deportes funciona como factor compensatorio para evitar actitudes y conductas de riesgo relacionadas con los desórdenes alimentarios, puesto que dentro de la muestra de los sujetos la mayoría afirmaban realizar algún tipo de deporte, la misma presentó tener menor riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, por tanto mientras menos se practique algún tipo de deporte existe mayor tendencia a desarrollar actitudes y conductas de riesgo.

## **5.2 Conclusiones**

- La edad de la muestra está comprendida entre 16 a 18 años de edad, que corresponden a la etapa de la adolescencia. Así como también dentro del género de la muestra se tomó en cuenta a 40 mujeres y 20 varones, considerando que las mujeres son la población con mayor riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Para la Escala de Comunicación familiar las respuestas a la pregunta ¿en quienes estabas pensando cuando respondías? el 93.33% respondieron que pensaban en su propia madre y solo 6.67% de personas pensaron en otra mujer; respecto al

padre 85 % de personas pensaron en su propio padre, 13.33 % otro hombre que cuida de mí y solo 1.67% persona pensó en su

padraastro. Entonces podemos inferir que la mayoría de los sujetos provienen de familias integradas lo que les permite tener una comunicación más fluida; en contraste para el caso de las familias desintegradas los sujetos consideran tener una relación estable con sus padres y madres respectivamente. En la opción otra mujer que cuida de mí y otro hombre que cuida de mí, son referentes paternos y maternas que asumen dicho rol con los adolescentes.

- En la dimensión comunicación abierta, para la categoría alta se obtuvieron puntuaciones por encima de 40, el 55% en la comunicación con la madre y el 46,67 % para el padre. La categoría media comprende puntuaciones de 26 a 39, en la comunicación abierta con la madre el 36.67% y el 35% con el padre. La categoría baja que comprende puntuaciones de 11 a 25, el 8.33% con la madre y el 18,33 con el padre. Tales comparaciones de datos permiten señalar que la comunicación abierta se da más frecuentemente con la madre, que con el padre.
  
- Para la dimensión Comunicación ofensiva, en la categoría baja que comprende puntuaciones de 4 a 9, tenemos 66,67 % con

la madre y al 71,67 % con el padre. La categoría media presenta puntuaciones de 10 a 15 puntos, el 30% obtuvo un puntaje medio con la madre y de igual manera 25 % puntuó media comunicación ofensiva con el padre. La categoría alta comprende puntuaciones 16 en adelante, el 3,33% puntuó alto en la comunicación ofensiva

con la madre de igual manera con el padre. Entonces se concluye que el uso de comunicación ofensiva con ambos progenitores es baja, sin embargo es mucho más baja con el padre que con la madre, sugiriendo que posiblemente sean las madres quienes hagan mayor uso de este tipo de comunicación.

- *La dimensión Comunicación evitativa, en la categoría media que corresponde a puntuaciones entre 12 a 18, tenemos 75% con la madre, 61,67 % con el padre. La categoría alta con puntuaciones mayores a 19, presentan el 15% con la madre y 18,33 % con el padre. En la categoría baja que comprende de 5 a 11 puntos, tenemos un 10% con la madre y 20% con el padre. La mayoría de los adolescentes de la muestra obtuvo una puntuación media en comunicación evitativa con ambos padres, es decir que la brecha entre la comunicación abierta y evitativa está a un paso, sin embargo es evidente que este tipo de interacción fría, indiferente y distante es mayormente utilizada por la madre.*



- *Respecto al Test de Actitudes Alimentarias en la pregunta ¿practicas algún tipo de deporte? Un 68 % del total respondió que sí y solo 31,67% dijo que no. Si tomamos en cuenta estos datos y comparamos con la población que no está en riesgo de desarrollar un desorden alimentario que es 76.67%, hallamos que la diferencia es solo el 8,34%; entonces asumimos que el deporte es un factor compensatorio importante para evitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria y que cuanto más*

*practique deportes tendrá mayor satisfacción con su propio cuerpo evitando actitudes y conductas de riesgo, o de lo contrario a menor práctica de deportes mayor insatisfacción corporal.*

- *Para el factor 1 Dieta, un 91,67% puntuó bajo y solo 8,33% puntuó alto, se considera que la mayoría de los sujetos no evita alimentos que engordan y no se preocupan por estar delgados (as). Situación que evidencia una satisfacción corporal en la mayoría de los sujetos que está relacionado con la práctica de deportes. Lo que no ocurre con el 8,33% de sujetos que puntuaron alto en Dieta que muestran preocupación por estar delgados y evitación de alimentos que engordan que indican una insatisfacción con su propio cuerpo, situación relacionada con una alteración su propia imagen corporal. Situación que indica la probabilidad del desarrollo de*

*anorexia nerviosa, ya que el deseo de estar delgadas y el miedo de volverse obesas las conduce a una dieta extrema.*

- *El factor 2 Bulimia, el total de sujetos que corresponde al 100% puntuó bajo, situación que indica que no tienen preocupación por la comida con indicadores de Bulimia, caracterizada principalmente por atracones y la utilización de métodos compensatorios, con el fin de evitar la ganancia de peso tal como indica.*
  
- *El Factor 3 Control oral, el 95% puntuó bajo y el 5% puntuó alto, entonces solo el 5% está preocupado (a) con el autocontrol en el comer y en percibir presión de los otros por aumentar de peso. Siendo este un indicador de Anorexia nerviosa ya que existe un rechazo de mantener el peso normal, por miedo de incrementar de peso, generando una alteración en la percepción de su cuerpo.*
  
- *Dentro del análisis del resultado total del Eat-26 se ha encontrado que un 76.67% es la población del total que no está en riesgo y el 23,33% es la población que está en riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios. Por tanto más de la mitad de los sujetos, no son una población en riesgo de TCA, sin embargo la cuarta parte del total sí es una población en*

*riesgo; lo cual sustenta investigaciones recientes, que los trastornos de la conducta alimentaria han superado la barrera social, convirtiéndose en una amenaza no solo para estratos sociales altos, sino también para bajos y en general para la sociedad en su conjunto.*

- *A través de la correlación de Pearson del **Eat\_26 con el estilo de comunicación abierta con la madre** se halló una correlación negativa muy débil **-0,137**, con un nivel de significancia **0,297** el coeficiente **no es significativo**, tales datos no permiten el sustento de la hipótesis que a mayor comunicación abierta menor riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentari.*

- *La correlación del **Eat-26 con el estilo de comunicación ofensiva con la madre** que a mayor estilo de comunicación*

*ofensiva mayor riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, se observa un correlación positiva muy débil de **0,129** con un nivel de significancia **0,327** que no es significativo, por tanto los datos no sustentan tal relación.*

- *(obs. 4)El Test de Actitudes Alimentarias correlacionado con el estilo de comunicación evitativa con la madre, plantea que a mayor estilo de comunicación evitativa con la madre mayor riesgo de padecer trastornos de la conducta*

*alimentaria, presenta una correlación positiva débil de 0,270 con un nivel de significancia 0,037 que indica que el coeficiente es significativo, que puede sugerir ser un indicador más cercano que la comunicación familiar abierta y ofensiva, sin embargo no se encuentra dentro del margen de una correlación perfecta.*

- Para las correlaciones de los estilos de comunicación familiar con el padre y el Eat – 26, no se han encontrado correlaciones significativas tal como se detallan los resultados del *Eat – 26 y el estilo de comunicación abierta con el padre, puntúa una correlación de 0,027 y un nivel de significancia de 0,836 el coeficiente no es significativo por tanto no existe correlación entre ambas variables, de igual manera el Eat – 26 y la comunicación ofensiva con el padre, presenta el valor de 0,050 con un nivel de significancia de 0,135 el coeficiente no es significativo por tanto no existe correlación entre ambas variables, así como también el Eat -26 y la comunicación evitativa con la padre, sugiere que a mayor comunicación evitativa con el padre mayor riesgo de padecer trastornos de la*

*conducta alimentaria, se observa una correlación positiva muy débil de 0,195 y el nivel de significancia de 0,135 el coeficiente no es significativo.*

- Finalmente se ha logrado determinar que la relación entre el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer

trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 16 - 18 años de edad de la Unidad Educativa Fuerza Aérea Boliviana, presentan una correlación débil y no considerable, sugiriendo mayores estudios respecto a la comunicación familiar evitativa con la madre especialmente, puesto que presenta un nivel de significancia mayor que el resto de estilos de comunicación familiar, sin embargo no considerable. Por tanto esta investigación a partir de los datos estadísticos rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula: No existe relación entre el estilo de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, logrando corroborar resultados obtenidos en anteriores investigaciones respecto a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, tal como indica Garner, (1998): *“Los trastornos de la alimentación son muy heterogéneos en su forma de presentación y estas diferencias se deben a los variados factores de predisposición y mantenimiento”* (p.11).

### **5.3 Alcances de la investigación**

El análisis estadístico de la Escala de Comunicación de los 40 elementos, da como resultado un alfa de Cronbach 0,772 a nivel general del instrumento, que implica un valor de confiabilidad de 93%, que significa que el instrumento es confiable en adolescentes de 16 a 18 años de edad, tanto para el género masculino así como para el femenino.

Respecto al Test de Actitudes Alimentarias, bajo un análisis estadístico de los 26 elementos del instrumento, muestran un alfa de Cronbach de 0,905 con 99% de confiabilidad del instrumento en adolescentes de 16 a 18 años de edad y para ambos géneros.

La Escala de comunicación padres- hijos, permitió identificar el estilo de comunicación familiar predominante tanto con el padre así como con la madre.

El Test de Actitudes Alimentarias, ayudo a identificar la población adolescente con actitudes y conductas de riesgo, relacionadas con desórdenes alimentarios.

Finalmente los resultados de ambos instrumentos, fueron sometidos a la correlación de Pearson, permitiendo identificar la relación del EAT – 26 y los estilos de comunicación familiar: abierta, ofensiva y evitativa. Investigación que permitió reconfirmar las investigaciones anteriores respecto a la heterogeneidad de los trastornos de la conducta alimentaria, evidenciando que los estilos de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria presentan una correlación positiva débil pero no considerable, aceptando la hipótesis nula: no existe relación entre el estilo de comunicación familiar evitativa y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria; y rechazando la hipótesis alterna.

### ***5.5 Limitaciones de la investigación***

Dentro de las limitaciones de la investigación se presenta el acceso a la entrevista a las familias que proporcionen datos de mayor alcance para la investigación.

La predisposición mayor número de sujetos voluntarios, para participar de la investigación.

Se sugiere indagar en adolescentes de menor edad para identificar las edades de mayor riesgo, posteriormente realizar comparaciones según género.

Respecto al Test de Actitudes alimentarias es importante realizar investigaciones relacionadas con la insatisfacción corporal para posteriormente identificar no solo riesgo de actitudes y conductas, si no el nivel de insatisfacción corporal que va relacionada con el riesgo de desarrollar Trastornos de la conducta alimentaria.

### ***5.6 Recomendaciones***

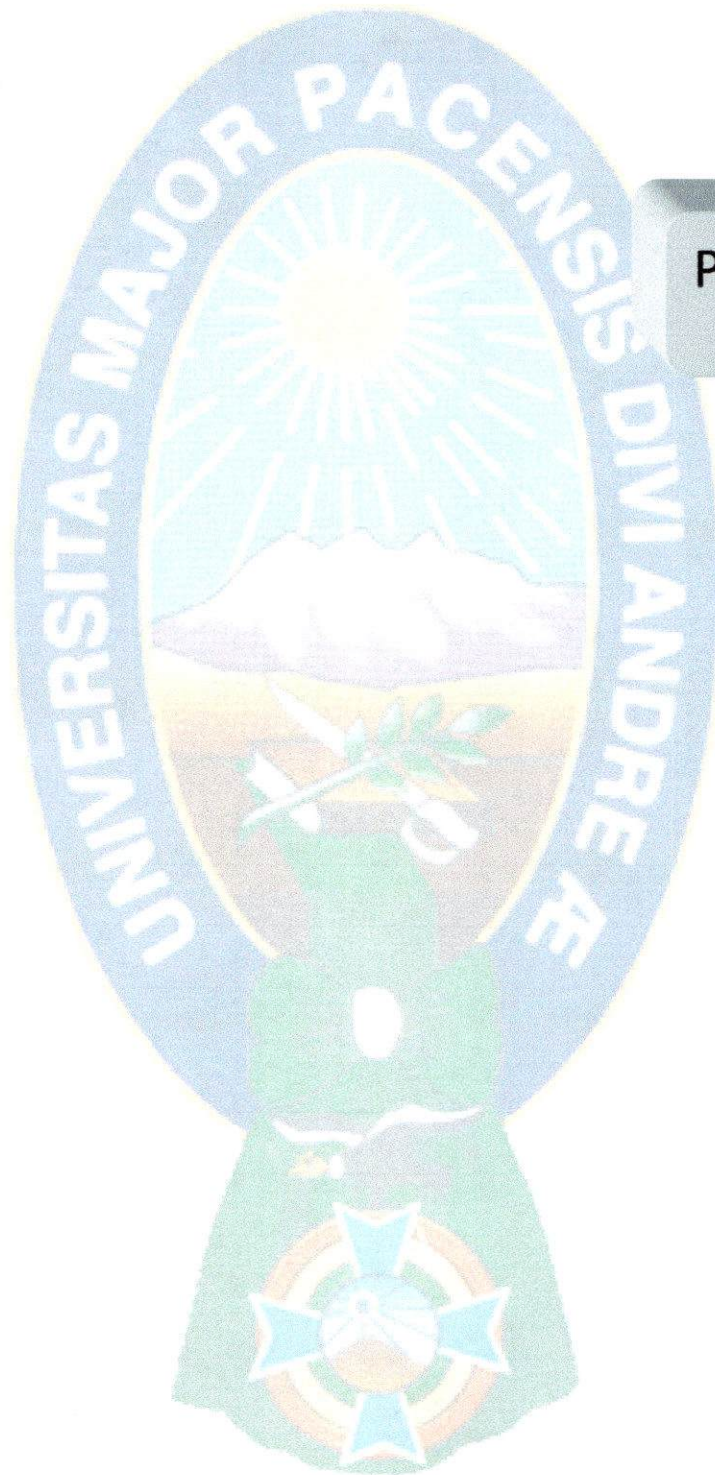
Se sugiere a los padres y madres de familia tomar en cuenta que la naturaleza respecto a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria es multifactorial, por tanto se deben evitar el sostenimiento de un solo factor como preponderante para el desarrollo y mantenimiento de un T.C.A. De igual forma estar atentos de los cambios en las actitudes y conductas alimentarias de sus hijos/as, que permitirán identificar a tiempo un signo o síntoma del inicio del desarrollo de algún TCA.



Por otro lado es importante fortalecer la comunicación abierta con la madre, sin descuidar la comunicación con el padre, para una mejor comunicación y funcionamiento familiar.

Así también tomar en cuenta que los trastornos de la conducta alimentaria han roto barreras de estrato social, presentándose en la cuarta parte de la población total, en situación de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria de la U. E. Fuerza Aérea Boliviana, señalando la creciente pero silenciosa presencia de TCA en la población estudiantil de dicha Unidad Educativa, demandando el desarrollo de campañas de prevención e información sobre el inicio y desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, a través de los medios masivos de comunicación puesto que se trata de preservar la vida humana.

Sin embargo es importante reconocer que el aporte de la presente investigación, ayudo a reconfirmar la heterogeneidad de la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria al no encontrar una correlación positiva perfecta entre el estilo de comunicación que favorece al incremento del riesgo de desarrollar Trastornos de la conducta alimentaria. Tales datos permitirán la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde distintos ámbitos lo que permite ampliar las posibilidades de prevención.



PARTE SEXTA

## BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

Andolfi Mauricio (1991). *Terapia Familiar*. España: Paidos Iberica S.A.

Aguila Yaima, (2006). *Comunicación en la vida cotidiana parte III*. *Psicología Latina*//<http://www.psicologialatina.com>

Aronne Evangelina (2007). *La Familia*. // <http://www.evangelinaaronne.com>

Asociación Psiquiátrica Americana (2004).

Baile, J., Raich, R., y Garrido, E., (2003). *Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes; efecto de la forma de administración de una escala*. *Anales Vol 19, N°2, SSN 212-9728*

Bruchon, L., y Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Carles Perez (2001). *La familia: nuevas aportaciones*. España: edebe.

Cava Maria Jesus (2003). *Comunicación familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes*. *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social, Universidad de Valencia, vol 1(1)*

Cibanal Luis (2008). *Introducción a la Sistémica y terapia familiar*.  
[//http://www.cibanal.com](http://www.cibanal.com)

Estevez Lopez, E., Musito Ochoa, G. y Herrero Olaizola J. (2005). *El rol de la comunicación Familiar y del Ajuste escolar en la salud Mental del adolescente; Rede de Revistas científicas de America latina y el Caribe España y Portugal, sección Salud Mental vol. 28 N° 004*

Estevez Lopez, E., (2005). *Violencia,Victimizacion y Rechazo Escolar*.  
Universidad de Valencia ISBN 84-370-63647

Estevez, E., Murgui, S., Moreno, D., y Musitu, G., (2007). Estilos de Comunicación, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. Universidad de Valencia, *Psicothema* vol. 19 N° 1.

García, N., (2004). Trastornos de la conducta Alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1, Tesis doctoral publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Garandillas, A., Zorrillas, B., y Sepulveda, A., (2003). Trastornos del comportamiento alimentario; prevalencia de casos clinicos en Mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública, sección servicio de promoción de la salud, //http://www.madrid.org/sanidad

Halguin, R., y Krauss, S., (2004). *Psicología de la Anormalidad*. Mexico: McGraw-Hili/Interamericana editores.

Hernandez,R., Fernandez, C. y Baptista, L.,(2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hili/Interamericana

Iriarte y Orsini (1995). *Conciencia Critica y Medios de Comunicación*. Bolivia: ColorGraf Rodriguez

Jimeno, A., (1999). *La Familia*. España: Ariel.

Jimenez, T., Murgui, S., Estevez, E. y Musitu, G., (2007). Comunicación Familiar y Comportamientos Delictivos en adolescentes españoles, el doble rol mediador del autoestima. Universidad de Valencia, *Revista Latinoamericana de Psicología* vol. 39 N°3

Martinez, A., Iraurgi, I., Galindez, E. y Sanz, M., (2006). Family Adaptability and Chesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 items en español.*International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600. 2006,Vol.6,N°2 pp 337-338.

Messoulam, N., Molina, M. y Abal, F. (2008). La Escala de Comunicación Padres – Adolescentes (PACS) de Barnes y Olson. Revista Interamericana de Psicología. ISSN 0034-9690. Vol 42 n.1 Porto Alegre

Narváez, M., (2002), La comunicación, Contasalud// <http://www.contasalud.com>

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2005). Desarrollo Humano, Mexico: McGraw-Hill/Interamericana editores.

Parra, A., y Oliva, A., (2002). Comunicación y Conflicto Familiar durante la adolescencia. Universidad de Sevilla publicado por Universidad de Murcia (España), Revista Anales Psicología ISSN 0212-9728 vol 18 N°2

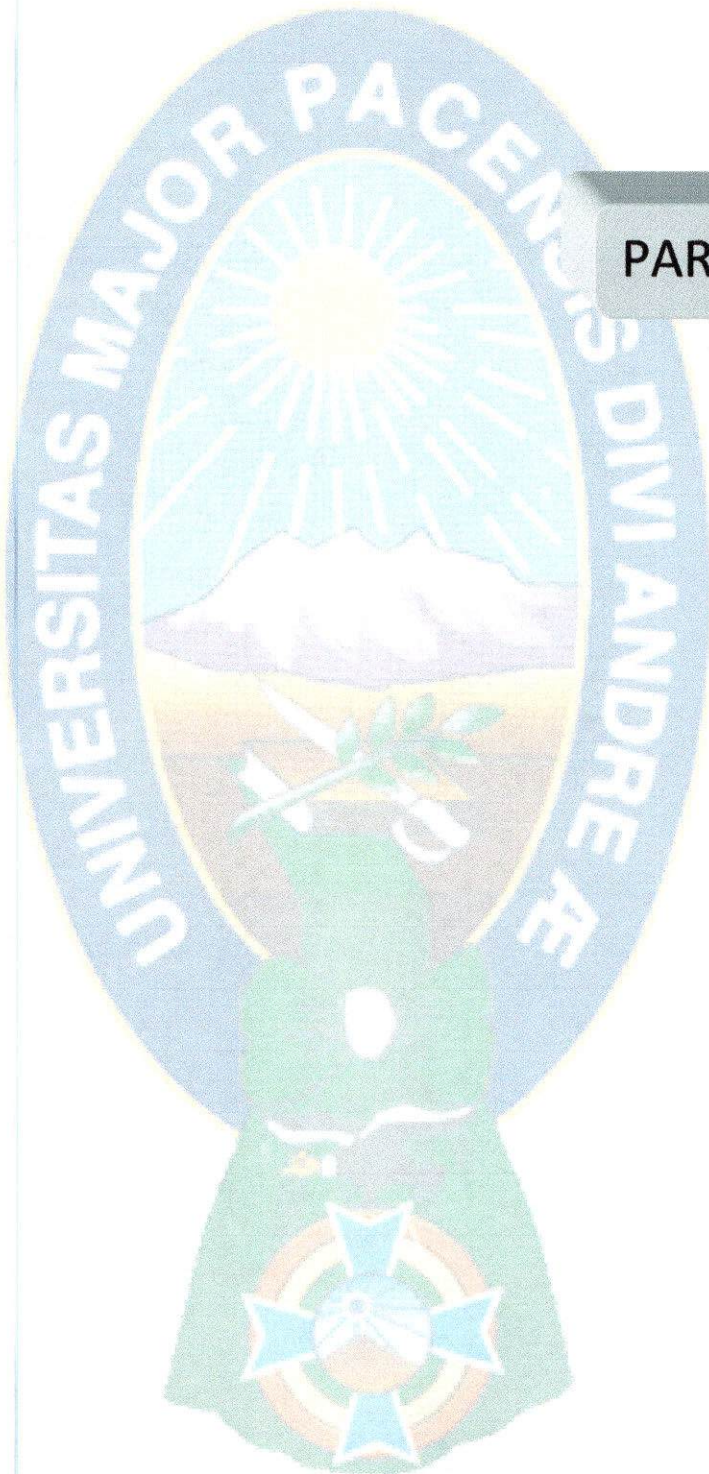
Paucar, E., (2006). Necesidad de realizar un autentico periodismo de Internacionales en el noticiero de red Global. Tesis publicada, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Peru – Lima.

Pichot, P., Lopez, J., y Valdes, M., (1995). Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales IV. España: MASSON.

Sánchez, M., y Nava, M., (2007). Sistemas y barreras en la comunicación en institutos universitarios tecnológicos del municipio de cabinas. Revista Venezolana de Informes de tecnología y conocimiento, N°3

Sepulveda, A., Botella, J., y Leon, J., (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación un meta análisis. Psicothema. Vol. 13 N°1

Salaberria, K., Rodríguez, S., Cruz, S.,(2007). Percepción de la imagen Corporal. UPV/EHU. Fac. de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. de Tolosa, 70. 20018 Donostia-San Sebastián. BIBLID [1577-8533 (2007), 8; 171-183]



PARTE SEPTIMA

## ANEXOS

1.

### 1. ANEXOS 1: TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS

#### EAT-26

Nombre: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

¿Practicas algún tipo de deportes

SI

NO



Por favor seleccione una respuesta para cada una de las siguientes preguntas

Nº	PREGUNTAS	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer aunque tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	He tenido atracones de comida (comer comida en exceso) en los cuales siento que no puedo parar de comer.						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese						

	más						
Nº	PREGUNTAS	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Consumo alimentos dietéticos						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer dieta.						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						



## 2. ANEXO 2: CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA COMUNICACIÓN FAMILIARPADRES – ADOLESCENTES CEFC

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Colegio: \_\_\_\_\_  
 Curso: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_

A continuación vas a encontrar unas frases que describen la **relación con TU madre y con TU padre**. Piensa en qué medida estas frases responden a tu verdadera situación con ellos. Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que **reflejen tu opinión personal**. Te recomendamos que empieces por MI MADRE. Cuando acabes, sigue con MI PADRE.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>

	MI MADRE	MI PADRE
1.- Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.- Suelo creerme lo que me dice.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.- Me presta atención cuando le hablo.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.- No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.- Me dice cosas que me hacen daño.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.- Puede saber cómo me siento sin preguntármelo.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.- Nos llevamos bien.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.- Si tuviese problemas podría contárselos.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9.- Le demuestro con facilidad afecto.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10.- Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11.- Tengo mucho cuidado con lo que le digo.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12.- Le digo cosas que le hacen daño.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13.- Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14.- Intenta comprender mi punto de vista.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15.- Hay temas de los que prefiero no hablarle.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16.- Pienso que es fácil hablarle de los problemas.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17.- Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18.- Cuando hablamos me pongo de mal genio.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19.- Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20.-No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

**¿En quienes estabas pensando cuando respondías?:**

Marca sólo una respuesta con una X: Marca sólo una respuesta con una X:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi propia madre            | <input type="checkbox"/> Mi propio padre             |
| <input type="checkbox"/> Mi madrastra               | <input type="checkbox"/> Mi padrastro                |
| <input type="checkbox"/> Otra mujer que cuida de mí | <input type="checkbox"/> Otro hombre que cuida de mí |

**3. Anexo 3: Análisis de confiabilidad del Test de Actitudes Alimentarias**  
**EAT-26**

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,905	26

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
dieta	11,07	115,555	,346	,906
control oral	11,45	118,523	,292	,906
bulimia	11,83	122,514	,152	,907
bulimia	11,78	120,240	,277	,905
control oral	11,50	116,831	,369	,905
dieta	11,10	113,414	,410	,905
dieta	11,23	112,284	,509	,902
control oral	11,47	112,931	,555	,901
bulimia	11,78	118,579	,323	,905
dieta	11,37	112,101	,568	,900
dieta	11,42	107,773	,783	,895
dieta	11,43	108,928	,751	,896
control oral	11,52	113,881	,578	,900
dieta	11,42	109,468	,740	,897
control oral	11,50	112,797	,610	,900
dieta	11,55	111,574	,685	,898
dieta	11,62	111,935	,710	,898
bulimia	11,82	119,949	,362	,904
control oral	11,50	115,881	,469	,903
control oral	11,52	116,830	,381	,904
bulimia	11,88	120,579	,340	,905
dieta	11,72	114,410	,588	,900
dieta	11,75	115,682	,511	,902
Dieta	11,73	115,589	,513	,902
Dieta	11,72	116,173	,453	,903
Bulimia	11,75	117,208	,464	,903

4. Anexo 4: **Análisis del Confiabilidad del Cuestionario de Comunicación**

**Familiar padres - hijos**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	N	%
Válidos	60	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	60	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CAM	117,75	235,919	,425	,759
CAM	117,27	248,470	,133	,772
CAM	116,90	238,024	,404	,761
CEM	118,08	257,230	-,088	,781
COM	118,82	260,254	-,176	,782
CAM	117,52	238,762	,397	,761
CAM	116,55	244,930	,365	,764
CAM	117,92	234,518	,451	,758
CAM	116,98	240,830	,352	,763
CEM	117,57	260,487	-,179	,782
CEM	117,38	260,647	-,173	,784
COM	118,88	259,088	-,133	,782
CAM	117,13	244,423	,245	,767
CAM	117,07	234,334	,501	,756
CEM	117,58	263,705	-,260	,786
CAM	117,92	246,891	,152	,771
CAM	117,38	232,478	,500	,756
COM	118,92	256,993	-,087	,777
COM	118,68	259,881	-,160	,782
CEM	118,53	260,050	-,180	,781
CAP	118,30	236,281	,448	,759
CAP	117,60	238,583	,400	,761
CAP	117,55	235,777	,430	,759

CEP	118,32	247,203	,165	,770
COP	118,87	245,134	,275	,766
CAP	117,92	235,332	,409	,760
CAP	117,03	237,355	,482	,758
CAP	118,08	227,061	,586	,750
CAP	117,52	238,661	,370	,762
CEP	117,92	239,264	,355	,763
CEP	117,37	244,270	,221	,768
COP	118,98	249,678	,131	,771
CAP	117,53	237,304	,344	,763
CAP	117,72	229,393	,523	,754
CEP	118,00	238,644	,337	,763
CAP	118,22	240,444	,291	,765
CAP	117,95	227,133	,546	,752
COP	118,93	246,267	,255	,767
COP	118,80	250,298	,094	,773
CEP	118,32	241,237	,330	,764

La Paz, 19 de Julio del 2012

Señor:

T. Cnl. José Cervantes G.  
DIRECTOR GENERAL DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA FUERZA AÉREA BOLIVIANA  
Presente.-

**Ref: SOLICITUD DE APROBACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA TESIS  
ESTILOS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR Y EL RIESGO DE PADECER  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA U. E. F.A.B.**

En primer lugar le hago llegar mis saludos más cordiales, deseándole éxito en las funciones que desempeña en beneficio de los estudiantes

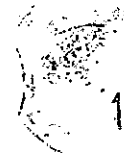
El motivo de la presente es **para solicitar aprobación para la aplicación de la tesis estilos de comunicación familiar y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria**, en la población de la U. E. Fuerza Aérea Boliviana, para lo cual se aplicara el Cuestionario de Evaluación de la Comunicación Familiar y el Test de Actitudes Alimentarias a 60 estudiantes de 16 – 18 años de edad; por otro lado finalizando la investigación se brindara un informe escrito de los resultados obtenidos.

Sin más que decirle me despido de usted, esperando una respuesta positiva.

Atentamente,



Nenza Miguelina Blanco Ayca  
C.I. 6752556 L.P.



19 JUL 2012

2841640-101

**Resumen de Tesis: Presentada a la Facultad de Humanidades y  
Ciencias de la Educación.  
Carrera Ciencias de la Educación – Área Psicopedagogía.**

**Tema:** Adaptación y Aplicación del Programa de Entrenamiento Cognitivo, una Experiencia de Aprendizaje Mediado para lograr la modificabilidad cognitiva hacia la resolución de problemas socio-cognitivos en niños y niñas de 5 a 6 años de la "UNEK".

**Univ:** Teresa Kasandra Gutierrez Palacios.

La Educación Infantil es una etapa esencial a la cual no se le da la importancia que se merece, pues en esta etapa es cuando los niños y niñas comienzan a formar sus constructos mentales significativos.

Existen lugares dentro de Bolivia y específicamente dentro de la ciudad de La Paz, en escuelas y hogares de zonas periféricas donde se considera a la educación infantil como una etapa sin trascendencia, sin tomar en cuenta que esta puede ser una actividad que puede guiar a los niños y niñas hacia el camino de un mayor nivel de funcionamiento cognitivo, crecimiento y fortalecimiento de sus relaciones sociales. Vemos que en la mayoría de los niños y niñas les resulta muy difícil el solucionar problemas que se les van presentando tanto en el constructo de sus aprendizajes, en su relaciones en el hogar, con sus iguales, con adultos, etc, que los lleva hacia la baja autoestima.

Entonces la investigación esta dirigida a cubrir un vacío existente en los currículos escolares de la mayoría de las escuelas que trabajan con nivel inicial, y en la mayoría de los hogares donde esta etapa de la niñez pasa desapercibida.

Esta es la aplicación de un Programa de Entrenamiento Cognitivo cuyas bases son construidas de la Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva y la mediación de Reuven Feuerstein, para lograr la modificabilidad cognitiva a través del entrenamiento de estrategias y habilidades hacia la resolución de problemas socio-cognitivos, adaptado para niños y niñas de 5 a 6 años de zonas periféricas de la ciudad de La Paz, en nuestra investigación específicamente para el nivel inicial de la Unidad Educativa Kalajahuirá de la zona de Kalajahuirá. Este programa es guiado bajo la metodología mediacional cuyos criterios de mediación, bases esenciales de la mediación deben ser conocidos, practicados y manejados por los mediadores o mediadoras en la escuela y por los padres y madres dentro del hogar. También le damos suma importancia a las buenas relaciones de comunicación y empatía que proponemos que existan entre la familia y la escuela, pilares donde se van construyendo nuevos aprendizajes.

En este contexto debemos tener en cuenta que la educación infantil viene a significar un eslabón en el cual debemos tanto educadores(as) como padres y madres entrenar el mayor tiempo posible al desarrollo de habilidades y estrategias hacia la resolución de problemas socio-cognitivos para enriquecernos como personas pensantes y razonantes.