



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

*“RELACION DE LA DISFUNCION FAMILIAR CON LA ANOREXIA  
NERVIOSA EN ADOLESCENTES EN EL PERIODO 2010-2011”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

Autor: Med. Boris Santiago Castro Reyes ([boriscas@hotmail.com](mailto:boriscas@hotmail.com)).

Director de la disertación: Dr. José Sola V.

Cuenca, Ecuador

2011

## **DEDICATORIA**

A mi familia nuclear, y a cada subsistema que la conforma.

A mi abuelo Rolando que en paz descansa, quien fue de gran ayuda para equilibrarnos a los adolescentes rebeldes en esas épocas difíciles, abuela Raquel y tu ejemplo de abnegación al hogar e inagotable cariño, abuela Aida que en paz descansa, y tu ejemplo de fortaleza.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias hermanas, por hacer su trabajo en producir entropía, gracias madre por tu gran trabajo y ejemplo de justicia, honradez, dedicación y responsabilidad, gracias padre por tu ejemplo de paciencia, calma y resiliencia.

Gracias a los que siempre estuvieron dispuestos a darme un lugar donde dormir y una comida caliente que comer, gracias en especial a los profesores y autoridades y su burocracia, que me ayudaron a ser el rebelde que soy, sin ustedes seguiría sin reclamar mis derechos.

Gracias Barón Carl Von Drais que en paz descansa por su gran invento, la bicicleta.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de tablas y gráficos.....	v
Índice de anexos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	10
1,1.- Historia.....	10
1,2.- Etimología.....	10
1,3.- Diagnostico.....	11
1,4.- Etiología.....	14
1,5.- Epidemiologia.....	16
1,6.- Manejo.....	18
1,7.- Curso y pronostico.....	19
1,8.- Bioética.....	19
Método.....	22
Resultados.....	23
Discusión.....	25
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	29
Referencias bibliográficas.....	30
Anexos.....	34

## INDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Figura 1.1.....	16
-----------------	----

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1.....	34
Anexo 2.....	35
Anexo 3.....	36

## RESUMEN

Anorexia nerviosa es un trastorno psiquiátrico caracterizado por comportamientos anormales de alimentación que resultan en pérdida de peso y tiene consecuencias médicas serias. Debido a que los pacientes niegan la gravedad de su enfermedad retazan la búsqueda de tratamiento médico. Los factores que indican buen pronóstico para este trastorno de alimentación incluyen diagnóstico oportuno e intervención médica entrenada para prevenir el deterioro físico inexorable que la pérdida de peso marcada puede causar.

Encontrar vínculos entre la disfunción familiar y su aporte en la incidencia de la enfermedad; determinar las características de las familias con hijos diagnosticados de anorexia nerviosa y plantear vías de manejo desde la perspectiva de la medicina familiar mediante un estudio de tipo descriptivo en adolescentes que reciben tratamiento por esta condición, aplicando instrumentos de valoración de la funcionalidad familiar, se compararan los datos presentados por literatura actualizada.

Cerca del 90% de las adolescentes del estudio presento una moderada funcionalidad familiar, mientras que el 10% presento una disfunción familiar, lo que no se correlaciona con la bibliografía disponible que sugiere que la relación es proporcional a la disfunción familiar.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, disfunción familiar, instrumentos de valoración de funcionalidad familiar.

## ABSTRACT

*Anorexia nervosa is a psychiatric disorder characterized by abnormal eating behaviors that results in weight loss and has serious potential medical consequences. Because patients deny the severity of their illness, they delay seeking medical treatment.*

*Factors that foster good prognoses for this eating disorder include early diagnosis and skilled medical intervention to prevent the inexorable physical decline that marked weight loss can cause.*

*To find relationship between familiar dysfunction and it's roll on disease's incidence; to determine the family's characteristics with children diagnosed with anorexia nervosa and to provide management pathways from the family medicine perspective with a descriptive trial in teenagers that have treatment for this condition applying functional familiar score instruments, will compare the presented data from the current literature.*

*Approximately 90% of the teenagers from the study had presented medium family functionality, meanwhile 10% had presented familiar malfunction, what isn't in correlation with available data that it suggests that the relationship is proportional to familiar malfunction.*

**Keywords:** *anorexia nervosa, familiar dysfunction, functional familiar score instruments.*

Estas son algunas de las entradas del blog: <http://acostadeprincesa.blogdiario.com>, en el que se dan “consejos” para adolescentes con anorexia nerviosa, de otras adolescentes con anorexia nerviosa:

“Maréate a ti mismo provócate nauseas, así no querrás comer”

“¡Piensa más de ti que lo que eres, eres demasiado para poner eso en tu boca!”

“¡En lugar de comprar comida, compra flores para ti misma! ¡La comida te deprime pero las flores te hacen feliz!”

“Conviértete en vegana y ocupa tu tiempo siendo activista en esta causa.”

Estas, algunas opiniones de adolescentes en el blog, algunas dejan su e-mail para ser aconsejadas:

“yo quiero estar flaca te juro cuando me veo mi asqueroso cuerpo lleno de grasa me siento mal y me dan ganas de llorar y no sé qué puedo hacer para bajar rápido de peso quiero estar flaca antes de enero por qué me siento asquerosa te juro me doy asco yo llevo un día sin comer pero quiero dejar de comer por 1 semana”

“yo entiendo a todas aquellas que necesitan enflacar porque quizás no están gordas pero nos sentimos así yo las entiendo lo que yo hago es no comer casi nada y si como es barras de esas dietéticas y mucha agua tomo 6 litros diarios y hago 20 horas de ejercicio a la semana y no como nada de grasas y no ceno y muchas cosas más y para aquellos que nos critican es porque no saben lo que se siente y no es porque estemos idiotas o estúpidas no es que nos arriesgamos a cosas que la demás gente no se atreve”

Fuente: <http://acostadeprincesa.blogdiario.com/1191163860/>.

## INTRODUCCIÓN

### **Historia**

Los desórdenes alimentarios se describen hace siglos, como lo demuestra la existencia de los "vomitoriums" romanos. La anorexia nerviosa (AN) ha existido por mucho tiempo entre nosotros. Así lo sugieren las narraciones sobre los santos medievales y otros casos históricos de ayuno auto inducido. Richard Morton reconoció por primera vez la AN como enfermedad, quien la mencionó en la literatura médica en 1689 en Inglaterra, en el "Tratado para la consunción", en donde distinguía claramente la AN de otros estados de emaciación causados por enfermedad (Lenoir M 2006), también descrita hace mas de 100 años por Lasegne en Francia y Gull en Inglaterra, caracterizada por Hilde Bruch como la "búsqueda constante de la delgadez", la AN ha sido considerada como una forma de histeria, de trastorno obsesivo compulsivo, perfeccionismo (Cassin SE 2005 y Tomotake M 2002), de fobia, de depresión y aun de esquizofrenia (Luis E; Yepes R 2004). Se ha propuesto también el paso de la bulimia nerviosa a la anorexia nerviosa (Tozzi F 2005).

### **Etimología**

El término anorexia proviene del griego *a-/ an-*(negación) + *orégo* (apetecer) (Lenoir M 2006).

## **Diagnostico**

Los criterios diagnósticos se encuentran en el manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV) y son:

- A. Negación a mantener un peso corporal a nivel o sobre el peso mínimo normal para edad y talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En mujeres pos púberes: amenorrea (por lo menos 3 periodos consecutivos)

Los criterios diagnósticos del CIE-10 son:

Pérdida de peso significativa. En pre púberes, fracaso en la ganancia de peso esperable.

La pérdida de peso es auto inducida mediante evitación de alimentos que engorden y dos o más de los siguientes síntomas: vómitos auto inducidos, toma de laxantes, exceso de ejercicio físico, uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos.

Una psicopatología específica según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o la flacidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.

Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como falta de interés sexual e impotencia. Puede haber niveles elevados de GH y cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anormalidades en la secreción de insulina.

Si la aparición es prepuberal, se interrumpe el crecimiento. En las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria, en los niños los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación generalmente se completa la pubertad pero se retrasa la menarquía.

El miedo intenso a ganar peso y la falta de autoestima no puede superarse y son factores que hacen de esta condición tan dolorosa para el adolescente con anorexia nerviosa. Además estos pacientes tienden a ser perfeccionistas y obsesivo-compulsivos, depresivos, aislados sociales.

El paciente con anorexia nerviosa puede ser del subtipo restrictivo (restringiendo exclusivamente la ingesta de alimento o puede experimentar episodios de auto provocación del vomito (subtipo compulsivo-purgativo).

Mientras las mujeres con anorexia nerviosa frecuentemente experimentan síntomas como debilidad, mareo o fatiga, a menudo buscan ayuda por amenorrea. El mecanismo exacto de la amenorrea en estos pacientes todavía no es muy conocido. Pero la supresión extrema de caloría inhibe al eje hipotálamo-hipófisis, mediadores en este proceso incluyen cortisol, leptina, hormona del crecimiento y factor de crecimiento tipo insulina I. el resultado es una supresión dramática en la producción pituitaria de hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH). Sin este ciclo normal de LH y FSH el nivel circulante de estrógenos es muy bajo y la ovulación no ocurrirá. El paciente con anorexia nerviosa esta en alto riesgo de desarrollar osteopenia y osteoporosis debido a una insuficiente mineralización.

En el consultorio:

1. Historia clínica. En la primera cita preguntar a la paciente y a la familia por separado acerca de los signos y síntomas descritos previamente. Pueden usarse algunos cuestionarios en la entrevista (EAT, EDI I y II, Abos, COOPER, etc.)
2. Exploración física: Peso, talla, IMC (17,5-18 ó menos sugieren AN), tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria. La inanición puede provocar trastornos endocrinos y médicos diversos, pudiéndose afectar la mayoría de aparatos y sistemas.
3. Pruebas complementarias:
  - Hemograma: puede ser normal, existir anemia y/o leucopenia
  - Bioquímica completa: glucosa (tendencia a hipoglucemia), función renal, iones (hipopotasemia), colesterol (aumentado por hipotiroidismo), triglicéridos, proteinograma, transaminasas (normal o aumentadas) y amilasa (aumento en rumiadores/vomitadores).
  - Análisis elemental de orina
  - EKG. Puede haber: bradicardia sinusal, prolongación del espacio QT, alteraciones propias de la hipopotasemia y/o arritmias.
  - Estudio hormonal: hormonas tiroideas (disminución de T3), disminución LH y FSH (lo que causa la amenorrea), disminución de prolactina, disminución de 17-betaestradiol, aumento de GH, hipercortisolemia con pérdida del ritmo diurno.
  - Estudio radiológico: densitometría ósea si amenorrea mayor de 12 meses.

## **Etiología**

Factores Psicológicos.- Déficit subyacente del “si mismo”, identidad y autonomía, y que estaría relacionada con los estados fronterizos, la esquizofrenia y los trastornos narcisistas (Toro J 2000).

La paciente se siente especial y única, al ser capaz de pasar tanto sin comer. Hay un placer corporal en todo ascetismo, pues la consunción modifica la percepción de goce. Este triunfo en solitario puede reciclar la patología alimentaria anoréxica y convertirla en algo difícilmente reversible. Una pobre autoestima suele rodear este cuadro (Cabetas I 2004).

Factores familiares.- A) Sobre involucramiento, un grado excesivo de fusión entre todos los miembros con disminución consecuente de la autonomía e independencia. B) Rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones. C) Sobreprotección. D) Evitación y falta de resolución de conflictos.

Factores socio-culturales.- Medios publicitarios con la imagen delgada de las mujeres con las cinturas pequeñas, han promovido rechazo ante cualquier imagen no semejante a estas. Todo ello estrechamente asociado a la difusión de los valores occidentales que acompañan al desarrollo socioeconómico, y más concretamente a la difusión del modelo estético corporal femenino delgado cuya vigencia se inicia en Occidente tras la Primera Guerra Mundial, diseminándose y generalizándose a partir de la segunda Guerra Mundial.

Factores biológicos.- Existe un aumento de riesgo de AN en los familiares de primer grado de los pacientes afectados (Toro J 2000).

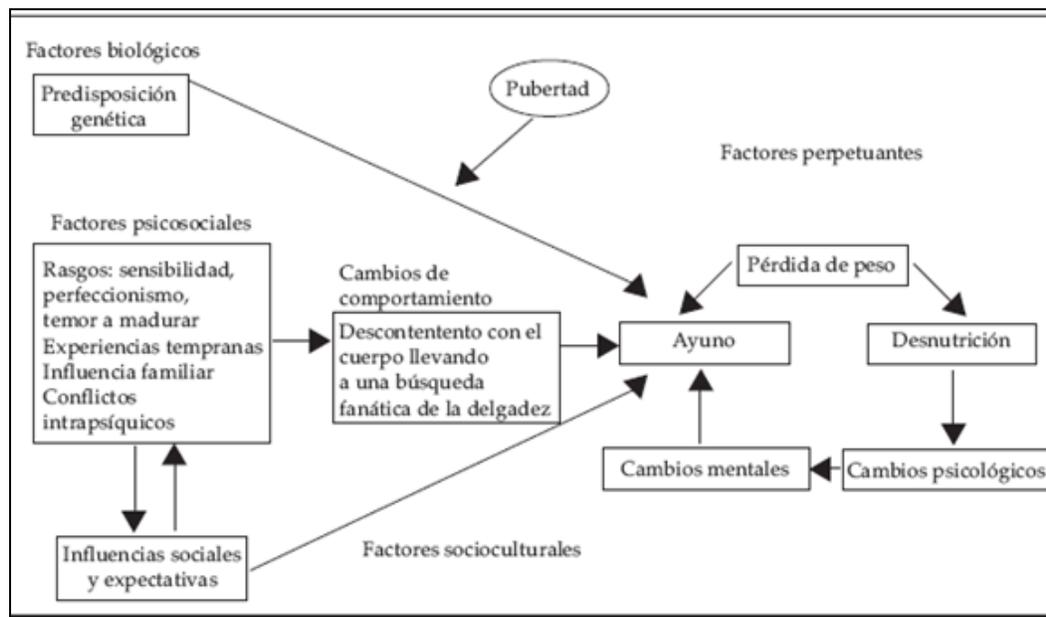
El término alimento procede del latín “*alimentum*” y posee a lo menos dos claras acepciones. La primera consiste en el “conjunto de cosas que el hombre y los animales comen o beben para subsistir”; una segunda apunta a “la cosa que sirve para mantener la existencia de algo que, como el fuego, necesita de pábulo”. En

ambos sentidos, “alimentación” hace siempre referencia a algo fundamental e indispensable.

En la biología, la alimentación es un proceso radicalmente fisiológico. En el hipotálamo se ubican los centros del hambre y saciedad, los que, a través de la corteza cerebral, coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto. Todo ello con el objetivo de conseguir alimento.

Sin embargo, en nuestra especie, la alimentación no es sólo un proceso mecánico. El desarrollo psicológico parece estar influido por la alimentación. Desde el seno materno, el niño aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación del alimento con éstos y otros afectos dura y se va desarrollando a través de toda la vida, motivo por el cual ciertos sentimientos como el dolor, la ansiedad, la depresión y el desamparo podrían influir en los procesos de alimentación.

Cada necesidad fisiológica parece tener una temporalidad propia. Como urgencia biológica los alimentos sólidos se asocian con un apremio temporal que se expresa en un tiempo medido en semanas o meses, los líquidos bebestibles los relacionamos con una temporalidad vivida en días o algunas semanas mientras que la falta de aire, que transporta lo más necesario, lo más preciado y lo único insustituible, es vivenciada por todos de manera casi idéntica, sin variaciones interpersonales. El aire tiene la urgencia temporal de minutos, y quizás por eso es que, a diferencia de las necesidades anteriores, no se desarrolla patología psíquica en relación a él (Behar R 2005).



*Fig. 1.1. Modelo biopsicosocial para la anorexia nerviosa. (Tomado de Lenoir M., Silver T. 2006. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch Argent Pediatr. Vol. 104).*

## Epidemiología

Incide en un 0,5 a 1% de los adolescentes, 0,2 a 4% en USA (Marjorie E 2001). Hay casos más leves que no llenan los criterios diagnósticos que llegan al 5%, en Colombia la prevalencia es de 3,8%, la incidencia de 0,2%, existen casos más graves especialmente en los pre-púberes, el 95% de casos son mujeres (Luis E; Yepes R 2004 y Weaver L 2011).

La información proveniente de otros países iberoamericanos es escasa. En Perú se estudiaron las historias clínicas de 58 pacientes con AN atendidos entre 1982 y 1998, donde se encontró una prevalencia del sexo femenino de 91,4% y un 87,9%

de pacientes menores de 24 años. En Maracaibo, Venezuela, se estudió una población de 1.363 alumnos seleccionados al azar, con una prevalencia de AN del 0% (1,58% para bulimia nerviosa). En Chile se estudió una población de 284 alumnos universitarios, con una prevalencia de 9,86% de trastornos de la conducta alimentaria (12,6% para las mujeres, 3,49% para los hombres). En Colombia se estudiaron 10 pacientes con AN, de los cuales 90% eran mujeres y el promedio de edad fue de 13,9 años. En Minas Gerais, Brasil, se estudiaron 1.807 estudiantes escolares entre 7 y 19 años, con una prevalencia de 13,3% de trastornos de la conducta alimentaria (1,1% con bulimia nerviosa). En Navarra, España, se estudió una población femenina representativa de 2.862 participantes de 12 a 21 años de edad, encontrándose una prevalencia de 3,1% de trastornos alimentarios y de 0,3% de anorexia nerviosa. En Barcelona, España, se estudiaron 108 pacientes con anorexia nerviosa de los cuales el 90,7% eran mujeres y la edad promedio, de 15 años (Lenoir M 2006).

La revisión de estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y Estados Unidos por Van Hoeken, Seidell y Hoek (2003) indica que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1% para la bulimia nerviosa. La incidencia total es al menos 8 por cada 100 mil personas al año para la anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al año para la bulimia. Se estima que su prevalencia en España es del 0,3% en mujeres de 12 a 21 años (Castro M). Además, la incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad, otros señalan el pico en edades de 14 a 18 años.

La incidencia de anorexia nerviosa parece haber aumentado en las décadas recientes, tanto en nuestro país como en países extranjeros (Maturana 2003). Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.

## **Manejo**

La rehabilitación nutricional es el objetivo principal (Weaver L 2011).

A pesar de algunos reportes optimistas de terapistas del comportamiento y la familia, el tratamiento de esta condición sigue siendo muy difícil, la mayoría de las autoridades concuerda en sostener que llevar a la paciente a un peso normal es relativamente fácil mas no su mantenimiento. Tampoco son fáciles las modificaciones de los patrones psicológicos.

La persona que ha perdido mucho peso debe ser hospitalizada para evitar desnutrición mortal, se debe incluir en la terapia al psicólogo, internista, dietista, enfermera, trabajadora social, etc. La alimentación por sonda naso gástrica y el reposo absoluto son necesarias en las primeras etapas. Estudios han demostrado menor adherencia al tratamiento hospitalario que al ambulatorio (Gowers SG 2010), además, se han estudiado en cuanto a ganancia calórica, resultados a largo plazo y a complicaciones, con los siguientes resultados: ganancia calórica semanal superior en el hospitalizado, largo plazo: similar en ambos grupos y complicaciones superior en los hospitalizados (Diamanti A 2008).

Algunos objetivos:

**Reeducación de hábitos alimentarios:** prescribir una dieta inicial de 1000-1500 calorías e ir aumentando el contenido calórico hasta cubrir sus necesidades. La paciente no debe comer sola ni saltarse ninguna comida, sin presionarla.

**Control de peso:** pesarla desnuda o en ropa interior para evitar engaños bajo la ropa. La ganancia esperada es de 250-500 gramos por semana.

**Ejercicio físico:** eliminarlo inicialmente e introducirlo progresivamente

**Control analítico** para vigilar las complicaciones.

Diversos psicofármacos han sido utilizados sin mayores resultados, en casos aislados se han reportado buenos resultados con amitriptilina, clomipramina, algunos inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, litio, zinc, sulpiride y pimozide.

La ciproheptadina, un estimulante del apetito, ha sido utilizada con éxito en algunos pacientes y con pocos efectos secundarios.

Ocasionalmente la terapia electroconvulsiva ha sido efectiva (Luis E; Yepes R 2004).

### **Curso y Pronostico**

El curso es muy variable, se presenta recuperación espontanea, el episodio único con recuperación completa con diversos tratamientos, evolución cíclica, y en otros casos progresiva hasta la muerte por inanición. Las estadísticas de seguimiento muestran una mortalidad entre el 5 y el 20%, por desnutrición y otras por suicidio. Existe también depresión en algunas pacientes recuperadas y en algunos casos en parte de familiares cercanos.

### **Bioética**

La ética de máximos comprende la vida privada del paciente que escoge y se apropia libremente -la "perfección" a la que aspira-, a diferencia de la de mínimos, que estipula sus obligaciones públicas que pueden exigírsela coactivamente para su cumplimiento -los "deberes" básicos pero ineludibles que debe satisfacer-. Hemos visto que la conducta del médico oscila entre promover el principio de beneficencia o acatar el de autonomía; al confrontar ambos actúa al interior de la ética de máximos, esto es, de una "responsabilidad fuerte" o de excelencia. Sin embargo, desde su nacimiento la bioética ha conferido primacía implícita a la autonomía por sobre la beneficencia, en contra de la tradición médica milenaria;

así, prioriza aquellas perfecciones morales a las que el paciente, como sujeto personal, tiene derecho a aspirar en conformidad con su voluntad soberana. Su consecuencia es crucial: cada acción terapéutica debe justificarse con razones muy poderosas cuando, contrariamente, no se sigue o no se obedece el sistema explícito de valores de la paciente (ej.: el "privilegio terapéutico" sólo como medida extrema de protección).

También se procede contra la práctica histórica el impedir al médico que la fuerce activamente a realimentarse para que no muera. Desde Hipócrates imperaba sin contrapeso el precepto de favorecer o "beneficiar" la vida. Ahora domina el de "no hacer daño" o no-perjudicar "la libertad". Vale decir, nunca se puede hacer el bien o aun salvarle la vida sin el consentimiento de la persona; se puede apelar, inducir o convencer a que el enfermo acepte la terapéutica, pero no imponérsela argumentando que se obra así por su beneficio.

Conviene hacer una precisión que suele pasar inadvertida. En bioética se habla de autonomía al referirse a un paciente capaz de y legitimado para tomar decisiones acerca de cuestiones de salud que la afectan vitalmente, es un derecho general. Pues bien, lo que está en juego en el paciente con AN es otro aspecto: la autorrealización individual antes que la noción universal de autonomía de la voluntad. Son sus ideales privados de propia realización, sus proyectos íntimos frente al de los otros, su idea de vida virtuosa o felicidad. Esto es, "autorrealización" individual frente a "autonomía" humana. Cuando el médico evalúa la paciente lo hace pensando en su existencia irrepetible asumida con responsabilidad, en el "sentido" de sus acciones y decisiones, antes que en las "razones" o "argumentos lógicamente deducidos" -"sentido más pleno" contra "razones correctas". Sólo esto le autoriza a cuestionar, más aún, dejar en suspenso las convicciones que sustenta el paciente. Considerada desde la perspectiva del enfermo, sus creencias parecen expresar "razones" nacidas desde su voluntad, pero su autorrealización individual está ejercida sin reflexión vital genuina: moda, imitación, capricho, oposicionismo, esto es, asumida sin "sentido" biográfico, vale decir, impropia. El inconveniente está en que no ha sido posible elaborar

instrumentos para objetivar el voluntarismo versus la autenticidad de sus creencias y hábitos (Figueroa G 2008).

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo con la respectiva búsqueda de estudios previos relacionados con el tema planteado, mediante la identificación e inclusión de los pacientes encontrados se aplicaran instrumentos de calificación de la funcionalidad familiar (test de FF-SIL), y se buscara la relación de los objetivos planteados.

Se aplica el test FF-SIL a 10 adolescentes diagnosticados de AN de entre 11 y 19 años de edad, con una media de 17. A cuatro adolescentes se aplico el test vía telefónica debido a su procedencia fuera de la provincia aunque fueron tratados en esta ciudad.

Se encontraron problemas durante la realización del estudio, estos incluyeron: el número de la muestra, se tenía una meta en cuanto al número de participantes pero el porcentaje de pacientes que regresa a la consulta psicológica a continuar con el tratamiento es escaso, este problema se vio resuelto una vez analizados los 10 casos ya que el porcentaje que se obtuvo de los mismos ha dado suficiente visión de lo que se quería comparar.

## RESULTADOS

Se realizó el cuestionario FF-SIL a pacientes que recibieron tratamiento psicológico en el periodo 2010 - 2011, que comprendían el diagnóstico de Anorexia nerviosa, con las siguientes calificaciones según mencionado cuestionario:

Preguntas	1	2	3	4	5
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes		5	2	3	
En mi casa predomina la armonía			3	5	2
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades			5	3	2
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana		1	4	3	2
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa		2	3	3	2
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos			5	4	1
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes		5	3	2	
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan			3	3	4
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado		2	4	3	1
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones		3	1	2	2
Podemos conversar diversos temas sin temor		1	4	3	2
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas		2	3	4	1
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar			1	4	5
Nos demostramos el cariño que nos tenemos			2	3	5

De los pacientes analizados, 9 obtuvieron puntuaciones de 43 a 56 que ingresan como Familia moderadamente funcional y tan solo 1 paciente obtuvo entre 28 a 42 puntos lo que le califica como Familia disfuncional.

### Algunos testimonios

Extracto del diario de una paciente: “lo único que puedo controlar es la comida, ahora solo quiero que los hombres me vean caminando como en la pasarela y me vean como una modelo”.

Tristes palabras del diario de mi hermana, antes de su enfermedad ella me contaba todos sus secretos y yo los míos, me confiaba prácticamente todo, un día decidí conversar con ella porque ya no era la misma durante los almuerzos, siempre habían gritos, peleas, llanto, se quejaba de cualquier comida que le ponían en frente, resolví hablar porque “a mi si me hacía caso”, pero cada palabra nos alejaba mas, todo el proceso trajo consecuencias en la comunicación del hogar, ahora apenas y conversamos.

Para comprender esto, fue necesario leer un par de entradas a uno de los tantos blogs de la red para apoyo entre lo que llaman “Ana” y “Mia” y las tienen como ejemplos de comportamiento, “Ana” hace referencia a la anorexia nerviosa, y “Mia” a la bulimia, por lo tanto podemos darnos cuenta que ellas saben que están enfermas, pero en la etapa más grave no quieren cambiar, tienen esos ejemplos muy claros, siguen cada consejo como si fuera palabra divina, a continuación otro testimonio:

"Cada Kilo que pierdo es un sueño logrado, cada centímetro que se va es un pecado menos, ser perfecta es mi meta ahora soy un ángel pero pronto seré princesa perfecta, no importa lo que haga para ser perfecta, mejor muerta que gorda, nadie podrá separarme de las princesas por más que lo intente, el amor mantiene viva mi alma pero Ana y Mia mantienen vivo mi cuerpo por culpa de tu amor me estoy muriendo pero Ana y Mia me están renaciendo, tu amor no será sincero pero Ana y Mia tienen para mí un gran sueño, mi gran sueño es ser princesa, pero mi meta es ser perfecta”.

## DISCUSIÓN

La bibliografía consultada sugiere que en las familias disfuncionales existe una mayor incidencia de trastornos alimenticios, con la realización de este estudio se pudo comparar que dicha relación no es general y se necesitarían estudios a mayor escala para establecer diferencias y sus razones y así establecer si es o no posible adelantarse a los adolescentes en el inicio de la enfermedad y crear guías anticipadas, y tomar los cuestionarios con calificaciones disfuncionales como factores de riesgo de presentar o no en el futuro la enfermedad estudiada.

En lo que respecta al origen biológico del problema se podría considerar como origen a la posibilidad de escoger, pienso que si en el país no tuviéramos opción en cuanto a alimentos, habría menos casos de anorexia nerviosa.

La mirada psicológica de las adolescentes que tienen la posibilidad de escoger si comen o no, se ha basado en televisión fundamentalmente, este modelo anoréxico de las presentadoras de televisión, modelos de pasarela, ha cambiado la percepción de la mujer hermosa, esto junto con una baja autoestima, lleva a la persona victima a caer en este problema.

Desde el punto de vista social, en Cuenca sucede también el fenómeno de popularidad basado en el físico y el status económico al igual que en el resto del país, pero dicho fenómeno se ve acentuado al ser una ciudad donde un grupo de amigos se conocen con otro, y así, la mayoría de personas de similar edad se conocen, es esto lo que hace que las adolescentes se preocupen mas por lo que pueden controlar que es con la ingesta alimenticia, se proponen esculpir sus cuerpos a base de morir de hambre para ser vistas como las modelos esqueléticas de las revistas que acostumbran leer.

No existen trabajos sobre anorexia nerviosa y su relación con la disfunción familiar que puedan ser discutidos en la ciudad, es por esto que se debe poner como meta el analizar con más detalle y a mayor escala este problema psico-social para tener más posibilidad de discusión.

## CONCLUSIONES

La Anorexia Nerviosa (AN), es un trastorno de alimentación caracterizado por la limitación en la ingesta de alimentos y además puede acompañarse de una práctica de ejercicios intensa, en las mujeres se presenta en un 0,3 a 1% durante su vida y de este porcentaje apenas la decima parte ocurre en hombres (Yager J-Andersen A 2005).

Es una condición bio-psico-social, que afecta a mujeres más que a hombres en relación de 6 a 10/1, su presentación puede ser incluso en menores de 12 años, factores predisponentes como un hogar sobreprotector, en el que el adolescente vea disminuida su autonomía o su autocontrol, junto con influencia televisiva o social, pueden desencadenar la enfermedad.

El médico de atención primaria debe estar entrenado para reconocer este trastorno así como diagnosticar y tratar efectivamente las complicaciones médicas mientras educa al paciente sobre ellas, además, está envuelto también en crear y coordinar un programa multidisciplinario que incluya tratamiento dietético y de salud mental. El equipo multidisciplinario es responsable en asegurar restauración segura del peso y un plan de realimentación juiciosa.

En los adolescentes analizados, 9 de los 10 (90%) incluidos en el estudio, obtuvo una calificación entre 43 a 56, lo que les califica como una familia moderadamente funcional y de los 10 pacientes incluidos, 1 (10%) obtuvo entre 28 a 42 puntos lo que le califica como Familia disfuncional.

La Funcionalidad familiar dentro de la enfermedad es variable, así como lo demuestran estudios en los que hogares disfuncionales predisponen a la presentación de casos, el presente estudio demostró lo contrario, ya que la mayoría de pacientes provenían de hogares moderadamente funcionales.

La falta de estudios que correlacionen la enfermedad con la funcionalidad familiar en Ecuador, hacen difícil la correlación con otros estudios.

Es difícil, buscar pacientes en riesgo de desarrollar la enfermedad basándonos en la funcionalidad familiar, aunque podemos tomar como referente lo relacionado a los hogares sobreprotectores y en los cuales el adolescente no tiene la oportunidad de emprender actividades “de riesgo”.

## RECOMENDACIONES

Luego de haber pasado por este proceso, podemos asegurar que el médico de familia tiene un papel imprescindible en estos casos, el manejo de crisis, el ayudar a recuperar el equilibrio familiar es fundamental.

Mantener vigilancia en el hogar, los hábitos alimenticios de los integrantes, en los colegios, los grupos aislados de adolescentes, abrir, crear, motivar en la participación de actividades que los alejen de la televisión y sus programas superficiales.

Debido a la escases de estudios ecuatorianos sobre el tema, sugiero emprender el estudio de las familias que hayan pasado o que estén pasando por este proceso, para tener la posibilidad de conocer más a los adolescentes y el porcentaje que en realidad se ve afectado por la influencia televisiva, así, se puede tratar parte de la raíz del problema con solo aplastar un botón.

Se recomienda realizar estudios comparativos de colegios mixtos y de mujeres (debido a la incidencia superior en este género), para poner mayor atención en estos o incluso generar propuestas de cambio en las instituciones dependiendo de los resultados y si son concluyentes o no.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Estévez E, Dueso García C, Ceinos Arcones M. 2001. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detención precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. *Aten Primaria*. Pp.271-74.
- Behar R. 2005. Anorexia nerviosa y bulimia: Clínica y terapéutica. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*. Vol. 43. Pp. 61-63. Recuperado en julio 2011. De [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000100008&script=sci_arttext).
- Cabetas I. 2004. Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutr Hosp*. Vol. 19. Pp. 225-28. Recuperado en julio del 2011. De [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112004000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000400004).
- Carrillo E, Cerda G, Cuevas H. 2008. Interacción familiar y anorexia: Estudio de caso. Recuperado en diciembre. 2010. De [www.apsique.com/blog/interaccion\\_familiar\\_y\\_anorexia\\_estudio\\_caso](http://www.apsique.com/blog/interaccion_familiar_y_anorexia_estudio_caso)
- Cassin SE, von Ranson KM. 2005. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev*. Vol. 25. Pp. 895-916. Recuperado en diciembre. 2010. De [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VB8-GWC157-1&\\_user=10&\\_coverDate=11%2F30%2F2005&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_view=c&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=d408d7ef823d552578e7e2cd1c49ab02&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VB8-GWC157-1&_user=10&_coverDate=11%2F30%2F2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=d408d7ef823d552578e7e2cd1c49ab02&searchtype=a).

- Castro M. 2004. Anorexia nerviosa. *Fisterra: Guías Clínicas* Recuperado en noviembre. 2010. De <http://www.fisterra.com/guias2/anerviosa.asp>.
- Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R. Mayo 2008. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhé*. Vol.17 n.1. Recuperado en noviembre. 2010. De [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282008000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282008000100008&script=sci_arttext).
- Diamanti A, et al. 2008 Feb. Clinical efficacy and safety of parenteral nutrition in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Adolesc Health*. Vol. 42(2). Pp. 111-8.
- Figueroa G. 2008. Bioética de la anorexia nerviosa ¿autonomía, beneficencia o responsabilidad?. *Rev Méd Chile*. Vol. 136. Pp. 659-65. Recuperado en Julio 2011. De [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000500017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000500017&script=sci_arttext).
- Gowers SG, et al. 2010. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*. Vol. 14. Pp. 1-98.
- Hobbs WL, Johnson CA. 1996. Anorexia nervosa: an overview. *Am Fam Physician*. Vol. 15;54(4). pp.1273-9, 1284-6.
- Lázaro L., Toro J., Canalda G., Castro J., Martínez E., Puig J. 1996. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Med Clin (Barc)*. Pp. 169-74.
- Lenoir M., Silver T. 2006. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch Argent Pediatr*. Vol. 104. Recuperado en Julio 2011. De [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s0325-00752006000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s0325-00752006000300011&script=sci_arttext).

- López-Ibor Aliño, Juan J. Valdés Miyar. 2002. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*.
- Marjorie E, Kaplan S. 2001. Impact of Anorexia, Bulimia and Obesity on the Gynecologic Health of Adolescents. *Am Fam Physician*. Vol. 1; 64. Pp. 445-51.
- Mehler PS. 2001. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med*. Vol. 134(11). Pp. 1048-59.
- Misra M, Aggarwal A, Miller KK. 2004. Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls. *Pediatrics*. Vol. 114(6). Pp. 1574-83.
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. 1999. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. Vol. 319 (7223). Pp. 1467-8.
- Seidenfeld ME, Rickert VI. 2001. Impact of anorexia, bulimia and obesity on the gynecologic health of adolescents. *Am Fam Physician*. Vol. 64(3). Pp. 367-8.
- Tomotake M, Ohmori T. 2002. Personality profiles in patients with eating disorders. *J Med Invest*. Vol. 49(3-4). Pp. 87-96. Recuperado en noviembre. 2010. De <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12323011>.
- Toro J. 2000. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med. Clin (Barc)*. Vol. 114. Pp. 543-44. Recuperado en noviembre. 2010. De [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet? f=7064&ip=201.238.146.23&articulo id=9830&revistaid=2](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=201.238.146.23&articulo id=9830&revistaid=2).
- Tozzi F, et al. 2005. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*. Vol. 162(4). Pp. 732-40.
- Velez A, Rojas W, Borrero J. 2004. *Trastornos de la alimentación*. Psiquiatría. Corporación para investigaciones biológicas. 4ª edición. Pp. 258-62.
- Weaver L, Liebman R. 2011. Assessment of Anorexia Nervosa in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*.

- Yager J, Andersen A. 2005. Anorexia nervosa. *N Engl J Med*. Vol. 353. Pp 1481-8. Recuperado en junio. 2011. De <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp050187>.

## ANEXOS

### 1.- Consentimiento informado:

RELACION DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES  
EN EL PERIODO 2010-2011

Consentimiento informado

Gracias por tomar su tiempo en participar de la investigación que se va a realizar su aporte es muy importante para mejorar el conocimiento de la enfermedad.

En ningún momento serán publicados sus nombres simplemente se manejaran los datos totales de la investigación.

Usted no está obligado a participar.

Si usted ha leído el presente consentimiento y está de acuerdo en aportar con la investigación firme a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

## 2.- Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
2. En mi casa predomina la armonía.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre

### 3.- Perfiles y resultados individuales

María Paz de 19 años de edad, se encuentra esperando resultados para ingresar a la universidad en el área de psicología, ella sufrió de anorexia nerviosa desde que cumplió los 14 años hasta hace 2 años, estuvo bajo tratamiento psicológico, con leve mejoría, ella cuenta que lo más relevante ha sido que sus padres dejaron de preocuparse por la ingesta de alimentos y ella decidió un día dejar los hábitos exagerados, nunca llegó a la desnutrición grave.

María Paz	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1		x			
2				x	
3			x		
4			x		
5				x	
6					x
7		x			
8			x		
9		x			
10				x	
11					x
12					x
13			x		
14			x		

Total: 48

Sus resultados demuestran una funcionalidad familiar moderada, en cuanto a los parámetros de:

Adaptabilidad vemos una mejor puntuación, esto nos correlaciona con la etapa en la que se encuentra de la enfermedad, y el grado de recuperación, ha sabido arreglárselas para adaptarse de cierta forma al cambio y sus padres han hecho lo mismo, lo que está haciendo más fácil el camino a la mejoría.

Rosana, de 16 años cursa el colegio, lleva una vida social aceptable, desearía llegar a ser profesora del colegio, a veces recae y se deja llevar por la tentación de alimentarse poco o nada.

Rosana	casí nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casí siempre
1				X	
2				x	
3			x		
4		x			
5					x
6			x		
7		x			
8				x	
9			x		
10				x	
11			x		
12				x	
13					x
14				x	

Total: 50

Los mejores parámetros en esta paciente son los de armonía, esto se ve reflejado en las relaciones sociales y sus deseos de ser maestra, es una buena oportunidad para darle motivación y hacerle saber que lo importante no es la meta sino los obstáculos que supere para llegar a ella.

Tanya de 17 años se encuentra terminando el colegio, proviene de una familia desestructurada, vive con su madre y abuelo, empezó con la enfermedad a la edad de 15 años, se sentía bien controlando su hambre para verse bien ante los ojos de los demás, ahora se encuentra en una etapa más estable, ha recibido ayuda psicológica.

Tanya	casí nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casí siempre
1				x	
2					x
3			x		
4				x	
5				x	
6			x		
7		x			
8					x
9			x		
10		x			
11				x	
12			x		
13					x
14					x

Total: 52

Podemos ver que l mejor puntuación en el test se lleva la armonía, a pesar de vivir en un hogar desestructurado, percibe como armónica su convivencia en el hogar, tal vez se debe al apoyo de su abuelo, que cumple la función de figura paterna.

Marcela de 16 años, cursa el cuarto curso en el colegio, proviene de una familia extendida, vive con sus padres y una abuela, es una adolescente callada, con apariencia muy tímida y muy difícil de acceder, se encuentra recibiendo tratamiento psicológico desde hace 4 meses, con leve mejoría hasta la fecha.

Marcela	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1		x			
2			x		
3				x	
4			x		
5		x			
6				x	
7			x		
8				x	
9		x			
10		x			
11			x		
12		x			
13				x	
14			x		

Total: 41

Vemos que todas las puntuaciones se encuentran por debajo del promedio, la comunicación está comprometida y se nota al tratar de comunicarse con ella, el seguimiento al manejo de su terapeuta es fundamental en la ganancia de confianza para con el médico de cabecera.

Sofía tiene 18 años vive en Riobamba con su hermana mayor, sus padres son de Quito y viven lejos del hogar por asuntos laborales, a veces acude a Cuenca con sus tías y es con ellas con las que acude a las consultas psicológicas, se encuentra en una etapa de la enfermedad estable, no ha llegado a la desnutrición grave.

Sofía	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1		x			
2			x		
3					x
4				x	
5			x		
6				x	
7		x			
8				x	
9				x	
10		x			
11					x
12			x		
13					x
14					x

Total: 51

Podemos darnos cuenta que Sofía es una mujer resiliente, a pesar de la estructura del hogar los puntos del test referentes a roles y afectividad tienen una buena puntuación por la situación de vivir con su hermana mayor y las tías que están dispuestas a su ayuda, no así los referentes a permeabilidad, tal vez por lo separación del hogar y como mecanismo de defensa.

Tamara tiene 20 años y estudia estimulación temprana en la universidad, desde los 15 años tuvo problemas de alimentación, empezó con bulimia nerviosa y cambio a anorexia nerviosa, desde hace 3 años ha recibido tratamiento psicológico con mejoría.

Tamara	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1			x		
2				x	
3					x
4			x		
5				x	
6			x		
7				x	
8					x
9				x	
10					x
11		x			
12			x		
13				x	
14					x

Total: 54

Vemos como los puntajes de roles, armonía y permeabilidad, tienen buenos resultados, puede ser debido a la edad en la que se encuentra y el hecho de pertenecer a otra etapa de su vida social, donde hay más contacto humano y es donde nos damos cuenta cual es nuestra función en el hogar.

Vanesa tiene 17 años cursa el ultimo años de colegio, vive en Machala con sus padres, recibe tratamiento psicológico intermitente, debido a la distancia y a la confianza que tiene con su psicóloga no desea ser tratada en su provincia de origen, pero los horarios de clases hacen difícil la continuidad de las terapias.

Vanesa	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1				x	
2			x		
3				x	
4					x
5		x			
6				x	
7				x	
8					x
9			x		
10			x		
11				x	
12		x			
13					x
14					x

Total: 53

Se puede correlacionar la buena funcionalidad con los puntajes referentes a la cohesión del hogar de Vanesa, además del puntaje en lo referente al afecto.

Verónica tiene 19 años proviene de una familia desintegrada, vive con su madre y hermanos, empezó su enfermedad a los 16 años por una ruptura con su novio, llegó a perder mucho peso, ahora se mantiene en un peso limite controlado, recibe tratamiento psicológico intermitente.

Veronica	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1		x			
2				x	
3			x		
4				x	
5			x		
6				x	
7		x			
8					x
9				x	
10					x
11			x		
12				x	
13				x	
14					x

Total: 52

Los puntajes de adaptabilidad, demuestra su capacidad para adaptarse a los roles y a la desintegración del hogar, esto es un pilar del cual aferrarnos si hiciéramos tratamiento conjunto.

Eulalia de 15 años padece de anorexia nerviosa desde hace 8 meses, estudia en el colegio, tiene problemas con su educación y amenorrea secundaria, procede de una familia nuclear moderna.

Eulalia	casi nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casi siempre
1		x			
2					x
3				x	
4					x
5			x		
6			x		
7			x		
8			x		
9					x
10				x	
11				x	
12				x	
13					x
14				x	

Total: 54

El puntaje más bajo se lo encuentra relacionado a la cohesión, a pesar de provenir de un hogar integrado, nuclear, tiene una percepción distante de sus padres, sin embargo, en lo referente al armonía se ve un buen puntaje, tal vez siente armonía el estar mentalmente alejada de su familia.

Dolores de 17 años de edad, se encuentra en una etapa estable de la enfermedad, proviene de un hogar mono parental por el fallecimiento de su padre hace 5 años, vive con su madre y hermano menor.

Dolores	casí nunca	pocas veces	a veces	muchas veces	casí siempre
1			x		
2				x	
3			x		
4			x		
5					x
6			x		
7			x		
8			x		
9			x		
10					x
11			x		
12				x	
13				x	
14				x	

Total: 50

En este caso, casi todos los puntajes mantienen un nivel promedio, la pérdida del padre y la falta de la figura paterna en el hogar dificultan la percepción del hogar como si tuviera mejor funcionalidad familiar, a pesar de esto su puntaje lo encasilla en una funcionalidad familiar moderada.