



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL RIESGO A DESARROLLAR  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DEL  
NIVEL SECUNDARIO DEL DISTRITO DE CERRO COLORADO DE LA CIUDAD  
DE AREQUIPA”**

Tesis presentada por el Bachiller.  
**LUIS ERNESTO FLORES FORERO**  
Para optar el Grado Académico de:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Asesora: Dra. Ada Frecia Huerta De Bermejo**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

# ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA .....	1
AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.1 Justificación de la investigación .....	8
1.2 Formulación del problema .....	9
1.3 Limitaciones del estudio .....	9
1.4 Objetivos de la investigación .....	9
1.5 Hipótesis:.....	10
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 Antecedentes de la investigación .....	11
2.2 Bases teóricas .....	19
2.3 Definiciones Conceptuales .....	40
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	41
3.1 Diseño metodológico: .....	41

3.2 Población y Muestra: .....	41
3.3 Operacionalización de las variables: .....	43
3.4 Instrumentos: .....	45
3.5 Procedimiento: .....	50
3.6 Técnicas de Procesamiento de datos: .....	52
3.7 Cronograma- Planificación del tiempo.....	52
 <b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN .....</b>	<b>84</b>
<b>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>91</b>
 6.1 Conclusiones: .....	91
6.2 Sugerencias: .....	93
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>100</b>

## **ÍNDICE DE TABLAS**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Conductas de riesgo hacia la Anorexia (EAT-26) .....	54
Tabla 2: Conductas de riesgo hacia la BulimiaEAT-26) .....	55
Tabla 3: Relación entre el riesgo a desarrollar Control, Oral y colegio(EAT-26).....	56
Tabla 4: Relación entre casos posibles de Anorexia y el tipo de colegio(M.I.N.I) .....	57
Tabla 5: Relación entre casos posibles de Bulimia y el tipo de colegio(M.I.N.I) .....	58
Tabla 6: Casos de TCAs y tipo de colegios.....	59
Tabla 7: Relación casos posibles de Anorexia y estrato socioeconómico .....	60
Tabla 8: Relación casos posibles de Bulimia y el estrato socioeconómico.....	61
Tabla 9: Casos de TCAs y Estrato socioeconómico (Estadísticas de grupo) .....	62
Tabla 10: Relación casos posibles de Anorexia y el grado de estudios .....	63
Tabla 11: Relación casos posibles de Bulimia y el grado de estudios.....	64
Tabla 12: Relación casos posibles de Anorexia y Bulimia y el grado de estudios .....	65
Tabla 13: Relación casos posibles de Anorexia y el sexo .....	66
Tabla 14: Relación casos posibles de Bulimia y el sexo .....	67
Tabla 15: Relación casos posibles TCAs y el sexo (Estadísticas de grupo).....	68
Tabla 16: Relación tipo de funcionamiento familiar y tipo de colegio.....	69
Tabla 17: Relación tipo de funcionamiento familiar y estrato socioeconómico .....	70
Tabla 18: Tipo de funcionamiento familiar y grado de estudios.....	71
Tabla 19: Hábitos y tipo de relación familiar (estrato socioeconómico) .....	73
Tabla 20: Hábitos y tipo de relación familiar ( tipo de colegio).....	74
Tabla 21: Hábitos y tipo de relación familiar y grado de estudios.....	76
Tabla 22: Hábitos y tipo de relación familiar y casos posibles de Anorexia y Bulimia .....	78
Tabla 23: Casos posibles de Anorexia y el tipo de funcionamiento familiar .....	80
Tabla 24: Casos posibles de Bulimia y el tipo de funcionamiento familiar .....	82

## **Dedicatoria**

*A mis padres, por ser incondicionales en todo momento, por su apoyo, afecto, aprecio y comprensión; gracias por inculcarme el ser perseverante en mis sueños, con valores y principios que me hacen ser mejor persona cada día. Gracias por ser una motivación para mí, por su empeño, responsabilidad, y por enseñar con el ejemplo siempre.*

*A mis hermanos, por su afecto, comprensión, apoyo sincero y tiempo compartido a lo largo de mi vida, por sus consejos, por motivarme a ser mejor cada día.*

*A mis docentes, por sus enseñanzas, consejos a nivel de la práctica y quehacer profesional, por su apoyo todos estos años gracias por brindarme con conocimiento y experiencia la búsqueda de solución a mis dudas y dificultades propias del aprendizaje sobre psicología a lo largo de estos 5 años, muchas gracias.*

*A mis compañeros del programa profesional de psicología, por su amistad en estos años, su generosidad y apoyo constante en el desarrollo de proyectos y trabajos de investigación que exigían responsabilidad, consideración y respeto mutuo.*

## **Agradecimientos**

*Agradezco en primer lugar a Dios, por haberme llenado de fortaleza y fe en los momentos más difíciles, que me permitió afrontar los retos con valentía y deseos de superación.*

*A mis padres por guiar mis pasos desde pequeño, por siempre inculcarme lo realmente auténtico, bueno y verdadero en esta vida que es ser un hombre de bien, con valores, principios y por ser el principal motivo de mi esfuerzo y deseos de superación cada día.*

*A mis asesores, Ada Huerta y Renzo Rivera, por sus disposición en tiempo y estudio compartido sobre mi investigación, por sus consejos, por su conocimiento, por escuchar con sinceridad y atender mis dudas e inquietudes.*

*A los directores de las instituciones educativas, profesores y estudiantes del nivel secundario en general por su apoyo, colaboración y disposición al momento de la evaluación, a los que siempre llevare conmigo en mis recuerdos con un gran afecto y consideración.*

## Resumen

*El presente estudio de tipo descriptivo correlacional, de corte trasversal, tuvo como objetivo identificar la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria, provenientes de colegios particulares y nacionales, para lo cual se trabajó con una muestra de 746 estudiantes de nivel secundario (254 varones y 492 mujeres) del distrito de Cerro Colorado, Arequipa, el 69% lo conformaron los alumnos de los colegios privados (particulares) y el 31% los alumnos del colegio estatal (nacional). Para su evaluación se aplicó tres pruebas, las cuales cuentan con la validez y confiabilidad adecuada y pertinente: El Test de Actitud ante la Comida (EAT-26), El Instrumento de Confirmación de TCA (M.I.N.I), y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL). Entre los datos requeridos para el análisis de resultados se consideró el colegio, edad, sexo, grado de educación secundario que cursa el alumno, estrato socioeconómico y categoría (diferenciado y no diferenciado).*

*Los resultados evidenciaron la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en el nivel secundario. Aquellos adolescentes provenientes de familias moderadamente funcionales eran más proclives a desarrollar Anorexia; mientras que aquellos que provenían de familias disfuncionales eran más proclives a desarrollar Bulimia. Información que es acorde con la investigación recopilada y que ha sido debidamente sustentada en este estudio.*

*Se demostró la mayor prevalencia de casos de Anorexia y Bulimia en colegios privados sobre los estatales. A nivel de estratos socioeconómicos se determinó que hay diferencias en la presencia de Bulimia en instituciones particulares que en nacionales, mas no en Anorexia en donde si bien hay mayor número de casos en colegios particulares no resultó estadísticamente significativo al realizar la comparación. En cuanto al sexo pudo corroborarse una mayor presencia de casos en mujeres que en varones, y finalmente en función a la edad se encontró que alumnos de cuarto y quinto grado de secundaria poseen una mayor predisposición a desarrollar este tipo de trastornos.*

*Palabras clave:* Trastornos alimentarios, Anorexia y Bulimia, Funcionamiento familiar, Adolescencia, Tipo de colegio, Educación Secundaria, Categoría, Edad, Colegio, Estrato Socioeconómico, y Sexo.

## **Abstract**

*The present cross-sectional, cross-sectional descriptive study aimed to identify the relationship between family functioning and the risk of developing eating disorders in high school students from private and national schools. A sample of 746 secondary school students (254 males and 492 females) from the district of Cerro Colorado, Arequipa, 69% were made up of students from private schools and 31% from state (national) school students. For its evaluation, it applied three tests, which have the appropriate and pertinent validity and reliability: The Attitude Test to Food (EAT-26), the Instrument of Confirmation of TCA (MINI), and the Family Functioning Questionnaire (FF- SIL). Among the data required for the analysis of results, the school, age, sex, secondary education level, socioeconomic stratum and category (differentiated and undifferentiated) were considered.*

*The results showed the relationship between family functioning and the risk of developing eating disorders at the secondary level. Those adolescents from moderately functional families were more likely to develop Anorexia; while those who came from dysfunctional families were more likely to develop Bulimia. Information that is in accordance with the research collected and that has been duly sustained in this study.*

*The highest prevalence of cases of Anorexia and Bulimia in private schools over the state was demonstrated. At the level of socioeconomic strata, it was determined that there are differences in the presence of Bulimia in particular institutions than in national ones, but not in Anorexia where, although there are more cases in private schools, it was not statistically significant when comparing. As for sex, a greater presence of cases in women than in men was confirmed, and finally, according to age, fourth and fifth grade students were found to have a greater predisposition to develop this type of disorder.*

*Key words: Eating disorders, Anorexia and Bulimia, Family functioning, Adolescence, Type of school, Secondary education, Category, Age, College, Socioeconomic stratum, and Sex.*



## INTRODUCCIÓN

La preocupación constante por la estética física e imagen corporal es común en la sociedad actual; el cuidado a la apariencia, el no lograr cubrir las expectativas en cuanto a estándares de belleza, genera una insatisfacción progresiva la cual se hace continua en el tiempo tornándose patológica, unido a conductas negativas y dañinas sobre la alimentación que se instalan repentinamente, consolidan factores que predisponen y que pueden desencadenar la presencia de trastornos comunes como la Anorexia y Bulimia.

El aumento en cuanto a frecuencia y casos de estos desórdenes alimenticios es significativo durante los últimos años, siendo típica su aparición en la adolescencia, según Benítez Carrea & Cavarri (2004), esto se debe principalmente a tres aspectos: a la dinámica familiar y los hábitos alimenticios que se aprenden en ella, a un grado de preocupación obsesiva por el aspecto físico y a la influencia de los medios de comunicación a nivel publicitario y en contenido informativo.

Sin ser el único factor causal, el papel que adquiere la familia en la aparición de estos trastornos es relevante; si aquello que define al sistema es la disfuncionalidad existe una gran probabilidad que la formación de la identidad y personalidad del adolescente, el cual está en constante crecimiento físico, psíquico y emocional se vea alterada de forma negativa en estas tres dimensiones.

Problemas familiares entre padres e hijos, la tensión en las relaciones, la falta de expresión emocional positiva y adecuada de afecto y apoyo mutuo entre sus miembros, así como la falta de comunicación y la capacidad para resolver conflictos en el momento oportuno, como sostiene Hernández (2006), son algunas razones que explican el origen de la presencia de conductas de riesgo hacia la alimentación y nutrición negativa, y que repercute en la vida de los jóvenes proclives a desarrollar estos padecimientos.

A nivel social, según estudios realizados en Latinoamérica y alrededor del mundo, es frecuente una mayor presencia y evolución de TCAs en zonas urbanas, que en zonas rurales y de campo, esto se explica por las mayores carga de estrés y ansiedad, los motivos pueden ser complejos desde motivos personales a nivel familiar, laboral, de estudio, entre otros, unido a ello a una difusión significativamente mayor de los medios de comunicación y en el cómo influye la publicidad e información destinada al cuidado personal y a la apariencia física.

Estudios e investigaciones sostienen en síntesis que el desarrollo de casos posibles y definitivos de TCAs son de mayor probabilidad de ser reales en estratos socioeconómicos altos y medios y menores en aquellos grupos humanos pertenecientes a estratos bajos (Ávila y Jáuregui, 2015). En la sociedad occidental y en países desarrollados se cumple esta afirmación ya que aquellos estudiantes de nivel secundario que provienen de colegios y escuelas privadas tienen una mayor tendencia hacia estos desordenes que aquellos que provienen de escuelas estatales (Roberts, McGuiness, Bilton y Maxwell, 1999).

La edad de inicio y desarrollo de estos trastornos es variable, se sostiene que la edad de inicio de los mismos se da en púberes y adolescentes jóvenes y que se consolidan en el tiempo en grados de estudio superior, otros afirman que es cierta la presencia de conductas negativas hacia la alimentación a edades muy tempranas en este periodo, pero afirman que es en edades propias a los últimos años de secundaria en donde se hace más evidente los signos y síntomas más complejos, recurrentes y crónicos.

En cuanto al sexo predominante y más proclive a esta problemática, los estudios confirman la presencia de mayores casos de Anorexia y Bulimia en mujeres que varones de forma significativa, realidad constante a nivel mundial y social que se explica gracias a los modelos teóricos propuestos y que sustentan el origen de estas enfermedades, características propias a nivel cognitivo y de personalidad de ambos sexos (Melamed, Kohan, Bunge y Arias; 1999).

Existen muchos elementos, factores que explican el origen de estas enfermedades, sin embargo solo las variables mencionadas anteriormente se encuentran incluidas en la presente investigación, la cual busca identificar cómo influye el funcionamiento familiar, sus hábitos y tipo de relación entre sus miembros en la aparición y desarrollo progresivo de trastornos alimentarios en estudiantes del nivel secundario, con la finalidad de plantear a futuro proyectos de prevención e intervención más aproximados a nuestra realidad.

## **Capítulo I: Planteamiento del problema**

### **1.1 Justificación de la investigación**

Los desórdenes alimenticios han experimentado un aumento alarmante en los últimos años, un aspecto preocupante es la aparición de los mismos a edades muy tempranas, ello se debe, según los especialistas en forma especial a los hábitos alimentarios en la familia, al nivel de preocupación que existe en los adolescentes por el aspecto corporal y a la influencia gráfica- visual de los medios de comunicación (Benítez, A, Carrea L. y Cavarri G, 2004).

La inquietud por la imagen corporal está muy extendida a nivel mundial en la actualidad; el culto excesivo de la apariencia, junto a la insatisfacción que este produce al tornarse patológico, se convierten en factores predisponentes y desencadenantes a padecer trastornos típicos y comunes como la Anorexia y Bulimia, con especial énfasis (Cisneros, 2001). La adolescencia es reconocida e identificada como el periodo del ciclo de vida humana en donde generalmente se desarrollan este tipo de trastornos, caracterizados principalmente por una visión negativa de la propia imagen y del desarrollo corporal (Costil, 1998).

La influencia de la familia en la aparición de estos trastornos adquiere gran relevancia; sin ser el único factor asociado y predisponente al desarrollo progresivo de estos problemas alimentarios; características asociadas a la disfuncionalidad en mayor o menor grado, alteran la formación de la identidad y personalidad del adolescente que está en un constante crecimiento y maduración física, psíquica y emocional.

Los conflictos intergeneracionales, tensiones en las relaciones, la poca apertura a la comunicación y la falta de expresión de lazos de afecto son solo alguna de las razones del porqué se origina la presencia de conductas alimentarias negativas, y que repercute en la vida de quienes la padecen (Hernández, 2006).

Por ello la presente investigación busca identificar como influye el funcionamiento familiar, sus hábitos y tipo de relación entre sus miembros en la aparición y desarrollo progresivo de trastornos alimentarios en adolescentes, con la finalidad de plantear a futuro proyectos de prevención e intervención más aproximados a nuestra realidad.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de nivel secundario en el distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa?

## **1.3 Limitaciones del estudio**

En el presente estudio no se aplicarán pruebas psicológicas: que permitan determinar la influencia del entorno social (compañeros de clase y amistades); y el cómo influyen los medios de comunicación en la aparición de este tipo de trastornos. Siendo importante abordar esta problemática de una manera más integral y profunda.

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general:**

- Identificar la relación existente entre el funcionamiento familiar y el riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de nivel secundaria provenientes de colegios particulares y nacionales.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar la presencia de conductas de riesgo hacia los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de nivel secundario.
- Determinar la relación entre las variables demográficas señaladas como son: tipo de colegio, estrato, edad y sexo, y la presencia de casos posibles de Anorexia y Bulimia en estudiantes de nivel secundario.

- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las variables demográficas señaladas, independientemente de los casos de TCAs.
- Identificar la relación entre los hábitos y tipo de relación familiar y las variables demográficas señaladas, independientemente de los casos de TCAs.
- Identificar los hábitos y tipo de relación familiar existente propia a cada estrato social y nivel educativo y su relación con el riesgo a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria.

### **1.5 Hipótesis:**

#### **Hipótesis de estudio:**

La relación existente entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en alumnos del nivel secundario provenientes de colegios particulares y nacionales es significativamente mayor en adolescentes provenientes de familias disfuncionales y moderadamente funcionales, de sexo femenino, pertenecientes a colegios particulares que cursan el cuarto y quinto año de secundaria (16-18 años)

#### **Hipótesis de nulidad:**

La relación existente entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria, como la Anorexia y Bulimia en alumnos del nivel secundario provenientes de colegios particulares y nacionales no es significativamente mayor en adolescentes provenientes de familias disfuncionales y moderadamente funcionales, sin ser de sexo femenino, no pertenecen a colegios particulares que cursan el cuarto y quinto año de secundaria (16-18 años).

## Capítulo 2: Marco Teórico

### 1. Antecedentes de la investigación

**Adolescencia.** Papalia (1998) define a este ciclo de vida como un periodo de constante desarrollo, cambio y transformación tanto física como psíquica, en el cual aspectos relevantes de la formación humana como la personalidad y la identidad aún no se encuentran definidos claramente. La adolescencia implica además un proceso social y emocional. Se considera que dura unos diez años; comienza alrededor de los 12 años y termina hacia los 20.

Al inicio en la pubertad, a la edad de 11 y 13 años, lo que prima es el deseo de conocer, son ávidos de experiencia, inseguros, aún con conductas similares a las de un niño que se siente curioso ante lo nuevo y desconocido. En los años siguientes, en mitad de la adolescencia el aspecto físico, la sexualidad y su espacio único, la intimidad son temas que le generan interés y preocupación. Se centra en sí mismo pero al mismo tiempo necesita de los demás, del grupo de amigos imitándolos en su forma de comportamiento e ideales al considerarlos como originales. Se da inicio al enamoramiento y con ello la definición de la identidad sexual. A nivel moral se van adaptando a normas y opiniones que les sean útiles para explicar sus actos e intereses (Papalia, 1998).

El desarrollo de su memoria se asocia a sus emociones, aprende aquello que le genera motivación e interés intrínseco. La resolución de problemas va en proceso y desarrollo utilizando el saber previo para encontrar la respuesta indicada.

Cuando llega el final de la adolescencia, entre los 16 y 17 años, la adultez es parte de sus pensamientos y de su cuerpo, adquiere mayor seguridad y toma mejores decisiones; su personalidad está desarrollada y formada en gran medida. Es más selectivo en sus relaciones sociales, con tendencia a la extroversión y a involucrarse en relaciones sentimentales de carácter inestable. Es en esta fase

final, a puertas de la adultez, donde asume responsablemente las consecuencias individuales de sus propios actos y decisiones (Papalia, 1998)

Las características típicas del pensamiento adolescente se asocian según Papalia (1998), en seis atributos en particular: encontrar fallas en la figura de autoridad, en una tendencia a discutir, en la indecisión, en una hipocresía aparente que consiste en que no registran la diferencia entre un ideal y la búsqueda del mismo, en la autoconciencia como la predisposición a verse y sentirse juzgado por los demás y finalmente a centrarse en sí mismos que implica en reconocer sus experiencias como únicas, sin el control y dominio de las leyes que gobiernan a la sociedad y el mundo, asumiendo riesgos en sus vidas por considerar que nada malo podrá ocurrir.

Ahora bien, el adolescente busca abrirse camino a otras ideas, formas de ver el mundo. Necesita del ejemplo, de la enseñanza, de la experiencia adulta de padres, maestros y personas mayores para afrontar las dificultades y problemas que se aproximan en el futuro, para esa apertura es esencial la confianza, la escucha activa y un dialogo dinámico, ameno, no autoritario y rígido.

Lo anterior responde a aquellas características típicas de esta etapa de vida, a nivel cognitivo, emocional y social. Sin embargo, no se puede dejar de lado la preocupación por el aspecto físico y la apariencia característica típica en esta etapa de desarrollo y que si va encaminada negativamente podría ocasionar consecuencias nefastas en la vida de quien lo padece.

En la sociedad occidental, se entiende como atípica la despreocupación por la apariencia y el ideal físico corporal; lo que genera progresivamente una obsesión por la delgadez y un exagerado control en la nutrición (Jáuregui ,2006).

Sobretudo en mujeres; ya que la consolidación de conductas alimentarias negativas no solo por lo aprendido en familia sino por la presencia de los medios comunicación y la publicidad, que ejercen una presión muy grande en la sociedad actual tal como sostiene Toro (2004) incitando una evaluación corporal del



individuo, potenciando un estereotipo estético opuesto a lo saludable y con ello el desarrollo posterior de trastornos alimentarios.

La importancia del problema no radica en la cantidad de adolescentes que padecen de estos trastornos sino en el impacto que producen en el desarrollo, en el gran compromiso funcional, el difícil abordaje y su alta tasa de mortalidad por las complicaciones reales que implican en la salud (García-Cumba de la Muela y Saiz, 2001).

Esta realidad no escapa a nuestro país, por ello en una investigación realizada por Lazo, Quenayaa & Mayta-Tristán (2015) en Perú, indicaban que los modelos de delgadez y belleza propuestos por los medios de comunicación mediante programas televisivos y la publicidad de origen múltiple influyen negativamente en el desarrollo progresivo de padecer un trastorno alimentario. En relación a la influencia de las redes sociales como Facebook, los resultados obtenidos también hacen referencia a un aumento en la preocupación por la presencia y exigencia a la apariencia, lo que fomentaría una alteración progresiva de la propia imagen en adolescentes y con ello el desarrollo posterior de trastornos alimentarios.

**Funcionamiento familiar y su relación con el riesgo a desarrollar trastornos alimentarios.** El papel de la familia adquiere real dimensión, desempeña una tarea importante, basada en garantizar el equilibrio psíquico y emocional de sus miembros. Cisneros (2001) afirma que la aparición o no de estos desordenes; se deben a los conflictos, tensiones intergeneracionales construidas a lo largo del tiempo entre sus miembros, opuesto a las relaciones entre padres e hijos que se llevan dentro de los estándares de funcionalidad, estabilidad emocional y la consolidación de una autoestima positiva.

Existen dos características de vital importancia en el funcionamiento familiar según Olson, Bell & Portner (1981), como son la cohesión asociada a vínculos emocionales y en segundo lugar a la adaptabilidad como la capacidad de afrontamiento y flexibilidad de la familia frente a cambios normativos.

Familias adecuadamente cohesionadas y adaptables afrontan la crisis y la superan impulsando el fortalecimiento y crecimiento de sus miembros, no todos son capaces de mantener el equilibrio y más si existe presión social o agentes estresores nocivos. Es por ello que la familia cumple un rol primordial en el proceso de socialización y establecimiento de normas, valores éticos y morales (Sotil, 2002).

Se considera a la familia como un factor predisponente en la aparición y desarrollo progresivo de estos trastornos tiene su inicio en los estudios e investigaciones de Minuchin et al. (1978), citado en Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren (2005), la cual hace referencia a los modelos de familias psicosomáticas, en las que prima una fusión entre los miembros de forma extrema, pobre comunicación y vínculos afectivos positivos, y en donde la lealtad, la abnegación y autosacrificio en su conjunto definen a esta concepción familiar.

Estudios que comprenden la relación entre el desarrollo de estos desórdenes alimenticios y el funcionamiento familiar en Latinoamérica; se asocian a diversos aportes, que sin embargo no van a la par a lo desarrollado en Europa y Estados Unidos.

Uno de ellos, es el propuesto por Fernández, Masjuan, Costa-Ball & Cracco (2015) en una investigación realizada en Uruguay, el cual tenía como objetivo investigar la relación entre el funcionamiento familiar y TCAs, identificando la presencia de “Sistemas Desbalanceados” propuesto por Holtom, Viesel & Allan (2014), en el que por un lado la madre e hijos perciben un gran conflicto, por el otro, el padre no lo entiende así, tiene una visión distinta por ser ajeno a la realidad de su hogar.

En nuestro contexto Salazar (2013) realizó una investigación la cual tuvo el objetivo de identificar la relación entre la insatisfacción corporal y la cohesión y adaptabilidad familiar sobre una muestra no clínica de 313 adolescentes de sexo femenino de 12 a 17 años de Arequipa, Perú; para lo cual se utilizó el instrumento

BSQ (Body Shape Questionnaire) y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (Faces III).

Los resultados del mismo indicaron la presencia de insatisfacción corporal de 40.26% en las adolescentes, el tipo de familia según el criterio de cohesión fue el de *familia dispersa* con un 43.3% y en cuanto al criterio de adaptabilidad familiar fue el tipo de *familia flexible* en un 33.87%. De estos criterios solamente la cohesión resulta tener una asociación inversamente significativa a la presencia de insatisfacción corporal tal es así que a menor cohesión, mayor presencia de insatisfacción corporal y viceversa. No así con la adaptabilidad que parece no tener repercusión sobre la insatisfacción corporal de manera significativa.

Por su parte ,Toro (2004), indica que padres con liderazgo ineficaz, faltos de claridad en sus funciones y establecimiento de reglas, con pobre interacción con sus hijos, donde la correspondencia afectiva es distante y escasa, podrían ejercer una influencia negativa en el adolescente, incidiendo de forma temprana en una percepción negativa de su corporalidad y poca aceptación de la misma.

Burlas y críticas familiares en la infancia, por parte de personas significativas generan una influencia negativa en la concepción de la imagen corporal en las posteriores etapas y trascienden a la adultez. (Rieves y Cash, 1996; citado por Raich, 2011) hallaron que el 72% habían sido ridiculizados en la infancia y ello seguía influyendo su vida actual.

Hull en el 2000 (citado por Facchini, 2006) realizó un estudio en el cual observó que después de las burlas con respecto en la apariencia física las niñas comienzan a realizar dietas, se asocia a estados psicológicos negativos y niveles significativamente bajos en autocompetencia y autovaloración; ya que la imagen corporal está muy relacionada al autoconcepto; la presencia de madres hipercríticas y perfeccionistas con sus propios cuerpos generalmente se proyectan en el de sus hijas demandando delgadez y proyectando el deseo de perfección en ellas (Facchini, 2006).

En relación al funcionamiento familiar y el desarrollo de casos de TCAs, estudios anteriores y de vigencia académica actual coinciden en que aquellas personas con predisposición a desarrollar un caso de anorexia o que estén en el curso de la misma, generalmente perciben una familia unida y organizada con una baja tolerancia a la resolución de conflictos, opuesto a casos posibles de bulimia y pacientes con esta enfermedad con una percepción de una dinámica familiar en conflicto y con falta de unión afectiva y de comunicación permanente (Fornari et al., 1999; Vidovic, et al., 2005).

**Estrato social.** En el contexto Latinoamericano, diversos estudios buscaron determinar cómo influía el estrato social con el desarrollo progresivo de conductas de trastornos alimentarios como la Anorexia y/o Bulimia; mediante comparación estadística entre aquellos estudiantes de nivel secundario provenientes de colegios particulares y nacionales.

Estudios como el aplicado en adolescentes ecuatorianas pertenecientes a escuelas públicas y privadas daban como resultado que aquellas estudiantes que provenían de bajos niveles económicos presentaban mayores actitudes negativas hacia la alimentación que las de otros estratos sociales (Power, Power & Canada, 2008).

En el Perú, según el estudio realizado por Harltley en 1999, de forma proporcional, las adolescentes de colegios particulares y nacionales padecían trastornos alimentarios intermedios inadvertidos por sus padres.

A nivel mundial estudios reconocidos, como la investigación realizada en Inglaterra, en la capital Londres y en el norte del país, por Roberts, McGuiness, Bilton y Maxwell (1999), determinaron que una mayor cantidad de adolescentes de colegios privados (45.2%) habían empezado a involucrarse en el desarrollo de estos trastornos a los 10 años, mientras que en las adolescentes de colegios públicos la incidencia era menor (24%), situación muy similar a la que se puede apreciar en Europa y en Estados Unidos según los investigadores.

**Sexo y rango de edad.** En todos los casos y en la mayoría de investigaciones realizadas en Latinoamérica, tal como lo indican por ejemplo Melamed, Kohan, Bunge y Arias (1999) en Argentina y Benítez, Carrera & Cavarri (2004) en Perú, las mujeres presentan una mayor tendencia a padecer de estos desórdenes en la alimentación, en comparación a los hombres, debido a que no están conformes con su aspecto corporal y el lograr la delgadez es un deseo y preocupación constante.

Tomando en cuenta que la insatisfacción corporal ha sido ampliamente estudiada como el factor de riesgo más contundente y consistente en la génesis de Trastornos de la Conducta Alimentaria y junto a ello, las características familiares como potenciadoras y mantenedoras de dichas enfermedades mentales (Salazar, 2013).

Las referencias bibliográficas aluden a una prevalencia vital para Anorexia del 0.5% al 3.7% y para Bulimia de 1.1% a 4.2 % a nivel mundial. Según Salazar (2013), en el Perú, un estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM"HD"-HN") en Lima y Callao (2002), en una muestra de 991 estudiantes de 12 a 17 años y de ambos sexos. El 16.1% se sentía poco o nada satisfecho con sus aspecto físico mientras que el 43.1% lo consideraba regular, el 8.3% poseía una tendencia a problemas alimentarios y el 3.8% presentaba conducta bulímicas.

Existe en las mujeres adolescentes una tendencia a sobrestimar su tamaño y figura corporal, consideran que son mucho más gruesas de lo que son, de esta manera la imagen mental de sus cuerpo no corresponde a una apreciación real; generando una evaluación del propio cuerpo que amenaza el propio valor personal (Raich,2011).

Según Bermúdez-Bautista (2009), en sus estudios sobre insatisfacción corporal, las mujeres tienden más a la crítica y descontento con el peso corporal y anhelan globalmente ser más delgadas para conseguir atraer miradas y agradar físicamente, los hombres aspiran aumentar el peso a costa de la masa muscular y

en ganar estatura como herramienta para controlar el ambiente y sentirse poderosos.

Al buscar determinar la existencia de insatisfacción y distorsión corporal en adolescentes en relación al Índice de Masa Corporal (IMC), Tejada y Guillén (2008), tomaron como muestra a 266 estudiantes de Arequipa, Perú con edades comprendidas entre los 16 a 19 años, encontrando que las mismas sobreestiman su peso y se encuentran insatisfechas con su imagen corporal

Por su parte, Lúcar (2012) investigó en Lima Metropolitana la relación entre insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético de delgadez en 180 mujeres con edades comprendidas entre los 11 a 17 años mediante el Body Shape Questionnaire (BSQ) y el Inventario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (SIMC), encontrando una mayor preocupación por la ganancia de peso, por tener sobrepeso u obesidad, y con ello mayor interés hacia contenidos, reportajes, libros y conversaciones relacionadas con el adelgazamiento, generando el riesgo de insatisfacción corporal y mayor influencia del modelo presente alrededor de los 14 años.

En cuanto a la presencia de conductas de riesgo hacia los TCA en ambos sexos, estudios como los de Ávila y Jáuregui (2015) en Nueva León, México determinaron que el 57.8% de mujeres era proclive al desarrollo de un TCA. A diferencia de los hombres ya que un 51.3% era proclive a padecer un TCA.

En referencia al rango de edad predominante para el desarrollo de conductas de riesgo hacia estos desordenes, en Perú, estudios realizados por Benítez, Carrera & Cavarri (2004) confirman que adolescentes comprendidos entre los rangos de edad 13 y 14, presentan mayor riesgo a desarrollar conductas de riesgo hacia los trastornos alimentarios ya que muestran una mayor insatisfacción con el índice de masa corporal.

Sin embargo, estudios como los de Melamed, Kohan, Bunge y Arias (1999), realizada a estudiantes en Buenos Aires, Argentina; cuyo fin era realizar un estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de adolescentes con

casos de TCAs, determinaron que si bien entre los 13 y 14 años las adolescentes muestran una mayor insatisfacción con el índice de masa corporal, es entre los 16 y 18 años que se desarrolla en sí la enfermedad, y en las cuales prima un miedo intenso a ganar peso, inconformidad con el cuerpo que tenían y una preocupación constante por verse más delgadas.

Finalmente, en relación al ejercicio físico y los hábitos alimentarios en adolescentes; Rodríguez, Martínez, Novalbos, Ruiz & Jiménez (1999) en una investigación realizada en España, Cádiz encontraron que la existencia de conductas negativas en la alimentación se daban más en aquellos jóvenes que practican deportes individuales predominantemente en mujeres, que aquellos que practican deportes en equipo, predominantemente en hombres. Para ellas los métodos y formas de mantenerse en forma y bajar de peso, se vincula al uso de dietas y con frecuencia de episodios de ingesta compulsiva.

## **2. Bases teóricas**

**2.1 La adolescencia.** Se concibe el concepto de adolescencia como un periodo en el ciclo de la vida y desarrollo humano, que implica cambio, transformación física y psíquica; aspectos relevantes de la formación humana no se encuentran definidos totalmente. El adolescente va construyendo su propia forma de ver el mundo, adopta una personalidad particular, única que va en proceso y que posibilita el adquirir su propia identidad personal (Papalia, 1998).

En relación al crecimiento, la concepción sobre el mismo, es variable según el sexo, según Papalia (1998), en los varones prima el desarrollo de la fuerza y una necesidad de madurar pronto de adquirir una imagen física favorable y resaltante entre el resto, la práctica de deportes asegura la presencia a lograr ante el grupo de amigos, familia y sociedad. En las mujeres es distinto, no les gusta madurar pronto, causándoles incomodidad y tornándose menos extrovertidas, y comunicativas, siendo una forma de aparentar su precoz crecimiento en comparación a las demás adolescentes de su edad.

Sin embargo a medida que pasan los años la preocupación por el aspecto físico se hace más evidente en las adolescentes, como afirma Castillo (2004), quieren ser atractivas y delgadas, pero con formas, con el fin de atraer al sexo opuesto, propio del inicio de la atracción física y enamoramiento a esta edad.

La comprensión que necesitan la obtienen en sus compañeros, amigos a diferencia en relación con personas adultas como sus propios padres los cuales no llenan sus expectativas para el inicio de una apertura al diálogo, pues en algunas circunstancias relacionan a la figura adulta, padre, maestro con la crítica y oposición a sus ideales (Urresti, 2000).

Sin embargo, el adolescente busca abrirse camino a otras ideas, formas de ver el mundo. Para conseguirlo es necesario que las estructuras mentales se transformen, evoluciona el pensamiento en relación al del niño; como afirma Piaget e Inhelder (1985), lo concreto se deja de lado, y la forma de entender, comprender la realidad es en este punto abstracta, va más allá de lo que se puede observar a simple vista, construye ideas, sistema de conocimiento, de diálogo y juicio.

La discusión con los otros, el análisis crítico, la exposición de sus ideas, fundamentos, poco a poco le permite adquirir una habilidad intelectual que es el descentramiento, que significa, como explica Efron (1998) aquella capacidad que permite que progresivamente el adolescente pueda comprender que sus ideas conforman una forma de ver la realidad, pero que hay otras que también son válidas, y aún más importante que puede equivocarse, no siempre estar en lo correcto.

Las metas y objetivos se asemejan en esta fase de la vida al deleite del niño en su mundo fantasioso y de espacio lúdico; como indican Obiols & Di Segni (2000), al superar adversidades, consolidando su identidad personal, y adaptando para sí conductas positivas de los adultos que son su ejemplo de vida, es que construye una personalidad distinta y original.



**2.1.1 La influencia de los medios de comunicación y la publicidad en el riesgo a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en la adolescencia.** Los ideales de la perfección corporal influenciados por los medios de comunicación y la publicidad ejercen hoy en día, una presión en la sociedad, Toro (2004) sostiene que los mismos actúan generando una evaluación corporal del individuo, potenciando un estereotipo estético opuestos a los parámetros de salud normales, aquellos que realmente garantizan una adecuada calidad de vida y bienestar integral tanto físico como psicológico.

En la sociedad occidental, como lo explica Jáuregui (2006), generalmente se entiende como extraño y atípico en menor o mayor grado la despreocupación por la apariencia y el culto enraizado en alcanzar el ideal físico corporal; dando origen posteriormente a una obsesión extrema por la delgadez y un exagerado control por aquello que se considera nutritivo o no, todo ello predispone al desarrollo progresivo de trastornos alimentarios como la Anorexia y/o Bulimia.

Además existen otros refuerzos negativos asociados, el comprender a la obesidad como un hábito negativo que se hace costumbre en el modo de vivir de las personas que lo padecen; y de la cual son los únicos responsables, sin embargo este argumento se relaciona de forma irónica e inversa para la sociedad, según Claude-Pierre (1998) y, con ello afirma también que se comprende que las personas que sufren de anorexia y bulimia en algunos casos son los únicos culpables de padecerlas, por guiar su vida por ideales de belleza superficiales, cuando se sabe realmente que es la propia sociedad quien los inserta, distribuye y comercializa por medio de la publicidad y los medios hoy existentes dando paso a que se establezcan estereotipos socioculturales.

Los modelos y prototipos de belleza son en parte responsables del incremento y desarrollo progresivo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pues el adolescente está más propenso a caer en malas conductas de alimentación, como explica Dell (1998) al no tener aún formado su cuerpo, y lo que es aún más importante su identidad y personalidad, de por sí afectada, dañada íntegramente cuando signos y síntomas propios de estas enfermedades

se hacen presentes originando de forma progresiva un desequilibrio biológico, emocional y psíquico en años posteriores.

No solo los modelos de delgadez y belleza que proponen los medios de comunicación así como las presiones socioculturales de la publicidad y programas televisivos influyen negativamente en el desarrollo progresivo en adolescentes de padecer probablemente un trastorno alimentario.

Debido, a que las redes sociales como Facebook, según Lazo, Quenayaa & Mayta-Tristán (2015) en un estudio realizado en adolescentes en Lima, hacen referencia a resultados que reflejan un aumento en la presencia y exigencia a la apariencia, lo que fomentaría una alteración progresiva de la propia imagen en adolescentes con tendencia a desarrollar desórdenes alimenticios, siendo más proclive su aparición en adolescentes residentes en zonas urbanas de la costa y ciudades representativas del Perú, en donde la influencia de la publicidad y programas televisivos unido a una mayor carga de estrés y ansiedad por el logro de ideales de perfección física y culto a la apariencia, el logro académico, profesional y laboral y dificultades en el sistema familiar son más constantes y representativos que en aquellos adolescentes residentes en zonas rurales del país y que tienen una exposición significativamente menor a la publicidad, redes sociales y programas televisivos.

Sumando e integrando el aporte de las ideas anteriormente desarrolladas, se entiende por qué aquellos pensamientos típicos de las personas que han desarrollado trastornos como la Anorexia y Bulimia son tan persistentes.

Tal como advierte Thompson en el 2002, al sostener que visto de una manera episódica desde su inicio, una vez que las adolescentes comiencen a perder peso por influencia de los estereotipos creados por la publicidad y medios de comunicación; las personas las elogiarán, lo que las hará sentirse bien, siendo signos e indicios de una felicidad que se acerca y es posible conseguir siempre y cuando se mantengan acciones que lo garanticen, las preocupaciones se centran

sobre lo que los demás piensan, y no se enfocan en metas y objetivos de crecimiento positivo en la vida.

## **2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria de acuerdo al DSM V**

### **2.2.1 Anorexia Nerviosa según el DSM-5**

**Criterios diagnósticos.** Según el DSM-5 (2014), los criterios que identifican a este desorden alimentario se caracterizan por: una disminución del consumo de alimentos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo en relación al sexo, edad, curso de desarrollo y la salud física; el miedo a ganar peso o convertirse en obeso, incluso por debajo del peso y finalmente la alteración de la percepción sobre el peso y forma corporal lo que origina una exageración en la autoevaluación y falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal.

Existen dos tipos:

- El restrictivo (F50.01) y
- Con atracones/purgas (F50.02).

Según la gravedad actual en relación al Índice de Masa Corporal (IMC):

- Leve: IMC mayor o igual a 17kg/m<sup>2</sup>
- Moderado: IMC de 16 a 16.99 kg/m<sup>2</sup>
- Grave: IMC entre 15 y 15.99 kg/m<sup>2</sup>
- Extremo: IMC menor a 15 kg/m<sup>2</sup>

**Características asociadas que apoyan el diagnóstico.** El pensamiento se centra en la comida llegando a la desnutrición por el deseo de control. Falta de contacto social y desequilibrio a nivel emocional, puede acompañarse de síntomas depresivos, aislamiento, insomnio, irritabilidad. En estadios graves las personas que padecen este desorden alimenticio pueden llegar a abusar en el consumo de alcohol y drogas.

**Prevalencia.** De mayor índice en las mujeres, se presenta en un 0.4% de la población femenina, siendo menor la prevalencia en hombres que en mujeres en relación y razón de 10 a 1.

**Desarrollo y curso.** El estrés, el miedo y temor a engordar, factores internos como la disfuncionalidad familiar se convierten en las causas que originan el inicio de conductas negativas hacia la alimentación. En mujeres de mayor edad la enfermedad dura más y los síntomas se acentúan. Algunas se recuperan luego de un solo episodio y otras se hacen crónicas, llegando a recurrir a hospitalización. El 5% de los pacientes con Anorexia muere en un periodo de 10 años por complicaciones asociadas o por suicidio.

**Factores de riesgo y pronóstico.** Rasgos obsesivos en la infancia así como la presencia y vivencia en una cultura en la que se valora la delgadez presentan un mayor riesgo. Los trastornos depresivos y estados bipolares condicionan el desarrollo de la anorexia de tipo con atracones/purgas

**Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura.** De gran incidencia en EEUU y países europeos, la prevalencia es menor en Latinoamérica, África y Asia.

**Riesgo de suicidio.** Es elevado con tasas de 12 por 100000 al año. Las tentativas e ideas suicidas son recurrentes.

**Comorbilidad.** Puede estar asociado a un TOC, depresión, ansiedad generalizada y trastornos bipolares. Trastornos por consumo de alcohol y consumo de sustancias también pueden asociarse directamente a la Anorexia Nerviosa.

## **2.2.2 Bulimia Nerviosa (Según el DSM-5):**

Según el DSM V (2014), es un Trastorno de la Conducta Alimentaria caracterizado por episodios de atracones, ingestión de grandes cantidades de alimentos en poco tiempo y en secreto. Luego se compensa la sobre ingesta, mediante vómitos auto provocados y otras formas de purga.

**Criterios diagnósticos.** Presencia de atracones recurrentes en poco tiempo e ingesta de grandes cantidades de alimento y una pérdida de control sobre la alimentación. Inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ejercicio excesivo y los atracones se dan una vez a la semana durante tres meses.

Según gravedad actual: en relación a la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados:

- Leve: 1 a 3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: 4 a 7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: 8 a 13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: de 14 a más episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Desarrollo y curso.** Se inicia en la adolescencia, los atracones se generan luego de una dieta estricta y persiste por varios años, tornándose crónico e intermitente.

**Síntomas y Trastornos asociados.** Los pacientes con Bulimia escogen alimentos con bajo contenido calórico y evitan alimentos que engordan, ello asociado a estados depresivos, trastornos de ansiedad. Además de dependencia y abuso de sustancia, también está presente el consumo de estimulantes con el fin de controlar el apetito y el peso.

**Factores de riesgo y pronóstico.** Baja autoestima, depresión, ansiedad social en la infancia se asocia al riesgo de padecer bulimia. La idealización con un cuerpo delgado y la constante preocupación en ello, el abuso físico o sexual tiene

relación también con el desarrollo de la enfermedad. Puede ser también dado por causas genéticas y hereditarias.

**Prevalencia.** La prevalencia en mujeres jóvenes es del 1.5% siendo de mayor prevalencia en adultas jóvenes. La proporción entre mujeres y hombres es de 10 a 1.

**Comorbilidad.** La inseguridad emocional y baja autoestima tiene una relación con el peso y la imagen corporal. La disfuncionalidad familiar también está asociada. La presencia de Trastornos de la personalidad es significativa como el Trastorno Límite de personalidad presente en el 9 a 40% de los pacientes con Bulimia.

## **2.3 Modelos teóricos de la Anorexia y Bulimia**

### **2.3.1 Anorexia**

**Teoría de la contra regulación.** Teoría sustentada por Polivy & Herman en 1985 en la cual se explica que el mantener la restricción sobre determinados alimentos por su contenido calórico, posteriormente genera en la persona un descontrol, convirtiéndose en la causa principal del porque se suprime las dietas, entonces la ingesta y consumo de estos alimentos probados se interfiere.

**Modelo de Levine y Smolack.** El modelo propuesto por Levine y Smolack (1996) sostiene que previamente antes de llegar a desarrollar el desorden alimenticio ocurren sucesos que lo precipitan y aceleran su presencia, como la influencia de la familia, amigos y características de personalidad dando lugar a su presencia en las siguientes tres modalidades : dieta, trastorno subclínico y trastorno de conducta alimentaria, una vez que la presencia de la Anorexia se instala se diferencia individualmente en su severidad, en su manifestación sintomática y patológica, dificultando las relaciones sociales de quien la padece.

**Modelo evolutivo de Striegel-More.** Striegel-More en 1993, desarrollaron este modelo explicativo que propone que las adolescentes se identifican con su género y con ello atienden las expectativas de su rol sexual, marcado por los

estereotipos que se entiende como propios de la femineidad, asociado en primer lugar, a que necesitan la aprobación social y de impresionar como personas comunicativas y en segundo lugar, un aspecto central de la femineidad es la concepción de atractivo y belleza física por ello entra a tallar la delgadez como requisito para sentirse aprobadas y poder lograr éxito en sus relaciones sociales.

Además Striegel-More (1993), indican que a medida que se da el desarrollo de las adolescentes, el mito de “supermujer” toma fuerza, lo que se entiende, como la capacidad para poder en un futuro: cuidar del hogar, trabajar como profesional así como verse y sentirse atractiva, ello en conjunto genera una sobrecarga de pensamientos que la lleva a desencadenar estados de ansiedad, preocupación por la dieta, el peso y posteriormente al desarrollo de sintomatología típica a los trastornos de la conducta alimentaria como la Anorexia.

**Naturaleza Cognitiva de la Anorexia.** Garner y Bemis en 1982 (citado por Raich, 2011) asociaron características propias de las distorsiones cognitivas propuestas por Beck (1973) a la génesis y consolidación progresiva de este trastorno, consolidando a las siguientes:

- **Abstracción selectiva:** Llegar a conclusiones a partir de los efectos parciales. *”Si como una galleta más me descontrolaré y me comeré doscientas”*
- **Generalización excesiva:** *“Nunca tengo hambre”.*
- **Magnificación de consecuencias negativas:** “Si he aumentado 1kg entonces jamás podré comer normalmente porque pesare 76 kg”
- **Pensamiento dicotómico:** Todo o nada. “Si me excedí en comer, debo ayunar tres días completos”.
- **Pensamiento supersticioso:** “Mi cuerpo es como una bolsa en la que se deposita, aumentando de peso, con cualquier cosa que ingiera”

**2.3.2 Bulimia.** McPherson (1988) propuso el modelo cognitivo de la Bulimia que explica que este trastorno se origina por la presencia de distorsiones cognitivas, se llega a internalizar que el peso y el verse bien son fundamentales para ser aceptadas por los demás, esta aprobación genera el valorarse a sí misma aparentemente en forma adecuada y positiva.

Es así que están presentes y unidas un conjunto de distorsiones del pensamiento asociada a este desorden alimenticio, Mc Pherson (1988) identificó cuatro: el *pensamiento dicotómico*, pues divide la realidad en extremos opuestos, *la personalización* que implica que en relaciones sociales todo se centra y rige en torno a ella, en cómo se ven físicamente, *la sobreestimación de la imagen corporal* al presentar una percepción inadecuada de su propio aspecto y finalmente, *la autovaloración generalizada* en la cual se valora según estándares de belleza e imagen extremistas fuera de lo normal.

## **2.4 El estrato social y su relación con el desarrollo de trastornos alimentarios**

En el contexto Latinoamericano, diversos estudios buscaron determinar cómo influía el estrato social con el desarrollo progresivo de conductas típicas asociadas a consolidar trastornos alimentarios como la Anorexia y/o Bulimia; mediante análisis comparativos y estadísticos encontrando diferencias entre aquellos estudiantes de nivel secundaria provenientes de colegios particulares y nacionales.

Con el fin de estudiar y analizar cómo algunos factores familiares y sociales influyen en el desarrollo de al menos una conducta asociada con los trastornos alimentarios en adolescentes, Ávila y Jáuregui (2015) eligieron una muestra de 616 alumnos, desde los 12 a 20 años de edad, en total fueron 316 varones y 300 mujeres en Nueva León, México. A nivel social, jóvenes pertenecientes a un estrato social alto presentaron mayor incidencia al desarrollo de trastornos



alimentarios en un 41,1%, superior al 31.5% de aquellos provenientes de un estrato social bajo.

En nuestro contexto, Hartley (1999) investigó la tendencia a desarrollar conductas de riesgo hacia los trastornos alimentarios como la Anorexia y Bulimia en 400 escolares de nivel secundario en Lima provenientes de colegios particulares y nacionales, dando como resultado presencia significativa de adolescentes que padecían trastornos alimentarios que son inadvertidos por sus padres por lo que invierten excesivas energías psíquicas en el tema del control de la alimentación.

En diferentes lugares alrededor del mundo, este tema ha generado preocupación y necesidad de investigación centrándose en su relación con otros aspectos psicológicos.

Investigaciones como la realizada por Roberts, McGuiness, Bilton y Maxwell (1999), en Inglaterra, hallaron que la incidencia de las conductas para perder peso era de 35.3% y que la edad más temprana de inicio reportada era de 8 años. Además que una mayor cantidad de adolescentes de colegios privados (45.2%) habían empezado a involucrarse en estos comportamientos a los 10 años en comparación con las adolescentes de colegios públicos (24%).

Debido a que estos tienen más acceso a los medios de comunicación, y por último encontraron que los adolescentes, en su mayoría mujeres, que provenían de instituciones privadas (42.1%) realizaban dietas porque se sentían con sobrepeso leve y en forma general por considerarse demasiado obesas (Roberts, McGuiness, Bilton y Maxwell, 1999).

En España, Merino, Pombo y Godás (2001) investigaron la relación entre las actitudes hacia la alimentación y la satisfacción corporal en 220 adolescentes de la provincia de Coruña, y una serie de variables de estudio de los trastornos alimentarios: sexo, estrato social, el peso, la percepción corporal, satisfacción corporal, así como la preocupación por el peso y la dieta. Indicando que los participantes de niveles socioeconómicos bajos, presentaron puntuaciones iguales

o superiores en el EAT 40 en relación a una mayor insatisfacción corporal, debido a percibirse a sí mismos como obesos, aquellos adolescentes que en alguna ocasión realizaron dietas restrictivas para con el fin de adelgazar, obtuvieron valoraciones mayores y significativas en la escala de conductas alimentarias.

## **2.5 Sexo y rango de edad predominante**

En referencia al sexo y edad de predominio ante estos trastornos alimentarios, en nuestro medio; estudios como los de Benítez, Carrera y Cavarri (2004), realizaron una investigación que atendía a identificar las causas que lo originan y la actitud hacia los desórdenes alimenticios en la ciudad de Lima, indicando que los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 14 años, presentan mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastornos en Lima mientras que adolescentes de 16 a 18 años presenta menor riesgo, asociado en su conjunto en ambos grupos etarios, a que los padres trabajaban excesivamente, lo que significaba para ellas, una clara desunión afectiva y emocional en familia cada vez más constante.

Si bien en el contexto latinoamericano; años anteriores Melamed, Kohan , Bunge y Arias (1999), en una investigación realizada a estudiantes en Buenos Aires, Argentina; cuyo fin era realizar un estudio epidemiológico para determinar la prevalencia de adolescentes escolarizados que padecían trastornos alimenticios en cuanto al género, estrato socio económico y edad en estudiantes indicaron que entre los 13 y 14 años las adolescentes muestran una mayor insatisfacción con el índice de masa corporal, teniendo por lo tanto un mayor riesgo en contraer alguna conducta de riesgo

Melamed, Kohan, Bunge y Arias (1999), hallaron también que las adolescentes arrojaron puntajes más elevados que los varones de forma significativa, con presencia instalada de un trastorno alimentario en desarrollo como la Anorexia y Bulimia específicamente, estas en su mayoría poseían edades entre 16 y 18 años, brindando puntajes promedio y más altos que aquellas adolescentes que cursaban años inferiores de educación secundaria debido a que

consideraron según el estudio anterior al inicio de conductas de riesgo entre los 13 y 14 años, y al desarrollo en si la enfermedad entre adolescentes de los últimos años de educación secundaria (16 a 18 años).

De ellas al 47% les aterraba aumentar de peso, al 36.8% no estaban conformes con el cuerpo que tenían y les preocupaba el deseo de ser más delgadas en un 36.5% (Melamed, Kohan, Bunge y Arias, 1999).

Similares resultados fueron obtenidos por Ávila y Jáuregui (2015) al estudiar la influencia de la familia y sociedad en el desarrollo de conductas asociadas a desordenes alimentarios eligieron una muestra de 616 alumnos, desde los 12 a 20 años de edad, en total fueron 316 varones y 300 mujeres en Nueva León, México, identificando que la mayor prevalencia de desarrollo de conductas de riesgo era más alta en las mujeres (57.8%) contra un 51.3% en los varones. Ambos géneros son proclives al desarrollo de estos trastornos, sin embargo es clara la mayor tendencia de los mismos en las mujeres de manera significativa.

Es importante distinguir la presencia de conductas de riesgo hacia los TCA en ambos sexos, por ejemplo Ávila y Jáuregui (2015) en el estudio mencionado anteriormente, de las 300 mujeres estudiadas, el 57.8% era proclive al desarrollo de un TCA, y de ellas, el 26.2% se preocupaban mucho por su peso, el 16.3% hicieron dietas con el objetivo de adelgazar, 8.1% tomaban pastillas, bebidas o medicamentos para adelgazar, el 3% afirmaron haber comido en secreto y el 1.9% se ellas se indujeron al vómito. Por el lado de los hombres, de un total de 316 sujetos, el 51.3% era proclive a padecer un TCA, y en los cuales primaba el ejercicio físico excesivo para bajar de peso en una frecuencia mayor de 5 veces por semana lo que representaba el 10.2% de la muestra.

Similares conductas negativas en la alimentación fueron analizadas de forma general por French (2001), que estudió las fortalezas de desarrollo que se encontraban en déficit, en mujeres adolescentes; en relación a conductas de tipo purgativas y otras para perder peso:

El 18.7% de las adolescentes reportaron pérdidas de peso, de estas el 38.9% reportaron conductas. En general las adolescentes que reportaron comilonas, purgas y pérdida de peso fueron aquellas que en la categoría de identidad positiva se encontraban en déficit (tener propósito, autoestima, poder personal y visión positiva del futuro personal) (French, 2001.pág.211).

El hecho de que la población más afectada sea la femenina subraya el importantísimo papel de la cultura occidental y los modelos corporales esbeltos en la estimulación y el mantenimiento de los trastornos alimentarios (Salazar, 2013).

Por ello, en aquellas adolescentes con riesgo a desarrollar TCAs una manera de mantenerse en forma y bajar de peso como lo indican Rodríguez, Martínez, Novalbos, Ruiz & Jiménez, (1999) se vincula al ejercicio físico y a los hábitos alimentarios. Al evaluar a 532 adolescentes de Cádiz, España, con edades entre 14 a 18 años, encontraron que la práctica de deportes individuales unido a ello el uso de dietas y con frecuencia de episodios de ingesta compulsiva se da mayormente en mujeres de forma significativa. De ellas un 43% reportaron haberse auto provocado al vómito en alguna ocasión con fines estéticos y un 26% utilizaban laxantes para bajar de peso en poco tiempo, lo cual representaba 3 veces más que en deportistas en equipo que mayormente era practicado por adolescentes varones.

En relación a los hábitos alimenticios, Rodríguez, Martínez, Novalbos, Ruiz & Jiménez (1999) indican que aquellos adolescentes que practicaban deportes individuales, mayormente en mujeres, se evita el consumo de pan, cereales, grasas y azúcares. La frecuencia de práctica de deportes individuales es mayor, el 95% lo hace 5 veces por semana de forma excesiva, mientras que solo el 38% de los adolescentes que practican deportes colectivos identificaban una frecuencia similar.

En función a la preocupación por la apariencia física y las alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios; Asuero, Avargues, Martín &

Borda en el 2012 en un estudio realizado se evaluaron a 146 mujeres con TCA, en proceso de rehabilitación pertenecientes a familias uruguayas, mediante cuestionarios como el Body, Shape Questionnaire, el Hospital Anxiety and Depression Scal (HADS) y el Rosenberg Shelf Scale, se obtuvo como resultados que la desunión afectiva y falta de flexibilidad es menor que en familias normativas, por ello es que ante situaciones de estrés y dificultad se tornan caóticas, indiferentes, rígidas, generando insatisfacción a nivel personal.

Además, Asuero, Avargues, Martín & Borda (2012) indican que en pacientes con baja autoestima reflejan ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en comparación con otros grupos. Poseían un mayor IMC deseado. Se preocupaban por el peso, silueta y era evidente una tendencia a la autodesvalorización al compararse con otras personas y el deseo de tener un peso inferior al normal.

Se entiende que al abordar esta problemática con estrategias específicas, fomentando el desarrollo de una autoestima positiva en relación a la imagen corporal en mujeres que padecen trastornos alimenticios y con niveles altos de ansiedad, síntomas depresivos asociados; como sostienen Asuero, Avargues, Martín & Borda (2012) al final de esta investigación, se reduciría a futuro su presencia y favoreciendo el proceso de recuperación y rehabilitación.

## **2.6 Factores Familiares en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos Alimentarios**

La familia desempeña un papel importante en la sociedad actual en la manifestación o no de conductas de riesgo asociadas al desarrollo progresivo de estos desórdenes alimentarios, como lo afirma Cisneros en el 2001, consiste esencialmente en garantizar el equilibrio psíquico y emocional de sus miembros, en el establecimiento de una adecuada relación entre padres e hijos que se llevan dentro de los estándares de funcionalidad y permiten la consolidación de una autoestima positiva.

Desde una perspectiva opuesta, McCubbin y Thompson (1987), afirman que la concepción de disfuncionalidad familiar en menor o mayor grado afecta el desarrollo integral de la persona, distorsionando la identidad real de uno mismo, como ocurre con aquellas personas que consolidan progresivamente conductas alimentarias negativas, como en la Anorexia y/o Bulimia debido a los conflictos, tensiones intergeneracionales construidas a lo largo del tiempo entre sus miembros.

Con lo que se puede afirmar según Hernández (2006) que la familia en su conjunto, desde el punto de vista sistémico cumple un rol especial e importante en la concepción corporal y en el desarrollo de actitudes alimentarias, el desarrollo de conductas negativas hacia la alimentación podría sustentarse por el aprendizaje de normas, de actitudes propias de los padres inculcadas a sus hijos a muy temprana edad y en las condiciones que caracterizan a la dinámica familiar, todo ello favorecería la promoción y desarrollo progresivo de conductas de riesgo alimentario entre los adolescentes.

El considerar a la familia como un factor predisponente y de gran relevancia en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria tiene sus inicios, en el sustento teórico y científico de las investigaciones realizadas por Minuchin et al. (1978), fundamentalmente en la concepción de los modelos de familias psicósomáticas, que se caracterizan, según los estudios por:

“Ser unidas al extremo, fusionadas, de un dialogo y apertura estricto y rígido, dedicadas al autosacrificio y con una lealtad enraizada” (Minuchin, Rosman & Baker, 1978 citado en Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005, pág.223).

Logrando identificar, además en el modelo estructural, cinco características que mantienen la enfermedad (Minuchin et al., 1978 citado en Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005):

(a) Aglutinamiento, que implica una proximidad intensa, muy fusionada entre la familia; (b) La sobreprotección, que se refleja en el grado de preocupación excesiva por el bienestar del otro; (c) rigidez, que implica el mantener las relaciones que se dan en familia así como la comunicación en base a esquemas impuestos que parecen inamovibles (d) Evitación de conflicto; (e) involucración de la hija en los conflictos de los padres (maritales) conocido como triangulación (Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005, pág.19).

Desde entonces, la comunidad científica ha buscado identificar, estudiar y analizar el vínculo, la relación entre un tipo de dinámica familiar en específico y la presencia de los TCAs, los resultados han sido variables, contradictorios, algunas veces limitados, sin embargo se pueden revelar grandes avances a través de la práctica e investigación, y fundamentos teóricos que facilitan la comprensión de los mismos obtenidos como resultado en las siguientes estudios que se mencionan a continuación.

Uno de ellos sustenta que los adolescentes que padecen trastornos alimentarios perciben a sus familias de dos formas que se oponen, por un lado según Waller, Calam & Slade en 1988, la visión es que son poco cohesionadas, con lazos de comunicación pobres, típico en los casos de Bulimia.

Y por el otro según Thompson en el 2002, la familia es muy unida en extremo, dependiente uno del otro lo que origina el desarrollar conductas de riesgo en su alimentación con el fin de dominar un aspecto de sus vidas de forma única y personal, consolidando una identidad personal distinta, muy común en casos de Anorexia.

Siendo ello congruente con la propuesta de Minuchin en 1978 en la que el aglutinamiento, sobreprotección excesiva y rigidez juegan un papel importante en el desarrollo progresivo de estos trastornos y su permanencia en el tiempo.

Dancyger & otros (2005) encontraron resultados similares; los sujetos con trastornos alimentarios perciben a sus familias como menos adaptables, cohesionadas y más pobremente comunicativas comparadas con personas control sin trastornos alimentarios.

Kagan & Squires (1985, citados en Wisotsky et al., 2003), de igual modo, hallaron que las percepciones de funcionamiento familiar en relación a la ingesta compulsiva estaba asociado con la carencia de cohesión familiar, una característica encontrada a menudo en sujetos con bulimia.

Un claro ejemplo de ello, según Livia, Zegarra, Ortiz, Camacho & Isidoro (2004), se da en la familia en donde prima el abuso psicológico, físico o sexual:

Desarrollando un trastorno alimentario como mecanismo de defensa que les brinda control sobre sus vidas bloqueando la experiencia traumática y los sentimientos y daño emocional causados, o como una forma de autocastigarse, lastimarse a sí misma por ser indefensa ante ese hecho (Livia, Zegarra, Ortiz, Camacho & Isidoro, 2004, pág. 89).

Cook-Darens et al. (2005) explican que al parecer no existe un patrón de dinámica y funcionamiento familiar único para todos los casos, pero que aquellas familias que tienen entre sus miembros a uno que padece un trastorno alimentario tienden a ser más disfuncionales que familias control; con lo que se puede concluir que el funcionamiento familiar, en términos de calidad del mismo a nivel comunicativo y afectivo; en menor a mayor grado al posible desarrollo y curso de este tipo de trastornos.

Lundholm y Waters (1991 citados en Wisotsky et al., 2003) al examinar la relación entre la sintomatología típica asociada a TCAs y el funcionamiento familiar mediante la prueba EDI, indicaron que a medida que el grado de disfuncionalidad aumenta, los TCA lo hacen también, así como que dos subescalas de la misma, eran distintas entre la forma como se percibía a la



estructura y tipo de familia, lo característico de un hijo adolescente con TCA era la excesiva expectativa personal así como la carencia para reconocer emociones y las sensaciones de hambre o saciedad.

Cuando se estudia el funcionamiento y la estructura de la dinámica familiar en adolescentes con un TCA; como por ejemplo investigaciones realizadas en jóvenes residentes en Estados Unidos y en Argentina, se concluye que los mismos pertenecen a familias distantes emocionalmente, con menor índice de cohesión (Hund, 2008; Cunha, Relvas y Soares, 2009; Maglio y Molina, 2012), con presencia de mayor rigidez en los vínculos entre padres e hijos (Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik & Tocilj, 2005) y con conflictos intergeneracionales reales y constantes (Hund, 2008), características opuestas en familias de jóvenes sin trastornos alimentarios.

Se deben mencionar otros aspectos a tomar en cuenta como la presión impuesta por los padres y la influencia de la madre en el aprendizaje de actitudes alimentarias hacia sus hijas. Sobre el primer aspecto; Caro (1996) sostiene que para tener éxito a nivel académico y en diversas áreas que se desarrolla en los colegios, se genera estrés, y al no conseguirlo pueden pensar que sus padres ya no los amarán, sentirán que fracasaron, que son una decepción como personas, lo puede llevar a no comer como una forma de autocastigo.

En relación al segundo punto, Hernández (2006), en un estudio realizado en México, tuvo como objetivo identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios y su relación con el funcionamiento familiar, en adolescentes del primer año de dos preparatorias distintas una pública y privada encontrando que una de cada cuatro estudiantes presentan sintomatología asociada a estos desordenes y la percepción de una madre rígida con tendencia a la perfección y un padre distante, periférico poco comunicativo, y en contraposición lazos de excesiva pertenencia y dependencia al núcleo familiar.

De igual manera, Livia, Zegarra, Ortiz, Camacho & Isidoro (2004) sostienen que muchas adolescentes aprenden a hacer dieta al observar a sus madres, en

lugar de valorar lo interior, aprenden que el verse bien es la parte más importante de ser una mujer, en el caso de las adolescentes que van construyendo esquemas mentales distorsionados sobre su propia identidad personal a medida que desarrollan este tipo de trastornos.

Entonces, la formación de las actitudes hacia la alimentación parecen depender en gran medida según Rice (2000), de factores familiares y sociales; como la influencia de los padres en las dietas de sus hijos durante la niñez y la adolescencia, las críticas de los padres y círculos de amigos en relación al peso del adolescente, si la valoración de la imagen corporal y el cuidado personal en la familia es excesiva, el adolescente aprende que el verse bien es el aspecto más importante en la concepción personal para el logro de objetivos en la vida.

Es importante mencionar a este punto y bajo este contexto, las diferencias que existen entre los TCAs típicos en la adolescencia en cuanto a las relaciones familiares entabladas, los vínculos desarrollados en sujetos llegan a padecerlas.

En el caso de adolescentes con Bulimia, investigaciones como las de Wisotsky et al. (2003), indican que resalta la percepción de una familia desunida emocionalmente, con tendencia al conflicto, con una menor predisposición al apoyo y cooperación mutua que en familias que no tienen un hijo(a) adolescente con un trastorno alimentario en curso. Siendo típico encontrar familias con un mayor grado de indiferencia y apoyo mutuo, más conflictivas y con grandes dificultades en expresar sus emociones, opuesto de aquellas familias normativas, en las que estos desordenes no están presentes.

Por otro lado en relación a la Anorexia, la evitación del conflicto en estas familias según Rausch y Bay (1997), explica el aumento de la sintomatología en la evolución propia de la enfermedad y que se torne peligrosa, a medida que la falta de conciencia en el adolescente sobre su problema alimentario crece, actuando con normalidad como si nada de lo que pasara e hiciese en su vida fuera negativo para su salud, le parece habitual y ordinario.

Familias de este tipo como indican González et al. (2002) no resuelven sus diferencias, por lo que no se da solución a malos entendidos, se niega el padecer problemas internos y se crea la imagen de una familia ideal, perfecta a la que nada afecta, lo cual aleja al adolescente de su realidad, de la gravedad de su situación en lo que a alimentación y nutrición se refiere. Si el adolescente percibe que en la familia generalmente no se busca el dialogo, la comunicación, no se busca solucionar conflictos, problemas, no se atiende las demandas y preocupaciones, estará más propenso a desarrollar estos trastornos.

González et al. 2002 añaden que a medida que el vínculo familiar sea positivo en términos de comunicación, afecto, apoyo y consideración al otro, la resolución de problemas y demandas estará garantizada, representando un riesgo significativamente menor a desarrollar conductas alimentarias negativas.

La relación entre el desarrollo de estos desórdenes alimenticios y el funcionamiento familiar se puede resumir en lo propuesto por Fernández, Masjuan, Costa-Ball & Cracco (2015) en un estudio realizado en Uruguay, el cual tenía como objetivo investigar la relación entre el funcionamiento familiar y TCA, identificando a familias con un miembro adolescente con TCA, con menor cohesión y flexibilidad, mas caóticas, desligadas afectivamente, rígidas en comparación con familias normativas, con una clara tendencia a la disfuncionalidad en casos de Bulimia , y con presencia de familias unidas al extremo, con un alto grado de dependencia y con un alto grado de evitación de conflicto e incapacidad para la resolución de problemas en casos de Anorexia.

Es por ello que la intervención profesional adecuada en el funcionamiento del sistema familiar puede convertirse en una herramienta clave para mejorar la percepción del adolescente con TCA en cuanto a su propia familia, como lo sostienen facilitando el proceso de recuperación y rehabilitación (Holtom, Viesel y Allan, 2014).

## 2.7 Definiciones Conceptuales

Concepto
<b>Trastornos de la Conducta Alimentaria:</b> Un grupo de trastornos asociados a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso, de origen múltiple, originando daño físico y psíquico en las personas. Siendo más típicos en presencia y frecuencia trastornos típicos como la Anorexia y Bulimia a nivel mundial. Las personas que sufren de las mismas no identifican lo negativo de estas conductas y no toman en cuenta acceder a un posible tratamiento.
<b>Estrato social:</b> Conjunto de personas que comparten creencias, valores, estilos de vida y valores similares, se caracteriza por la diferencia en la distribución de bienes y posesiones
<b>Sexo:</b> Conjunto de características a nivel biológico (orgánico y reproductivo) que distinguen lo femenino de lo masculino.
<b>Edad:</b> Es el transcurso de tiempo en la vida de una persona desde el momento en que nace.
<b>Funcionamiento Familiar:</b> Aquello que caracteriza y explica lo que identifica a una familia como una unidad particular <b>-Familia Funcional:</b> Se caracteriza por la cohesión y la unión física emocional de sus miembros al enfrentar situaciones de diversa índole en el cómo se llega a entablar lazos de apertura, afecto y comunicación en la toma de decisiones que corresponde a los intereses de cada uno y con ello un equilibrio emocional adecuado. <b>-Familia Disfuncional:</b> No hay valoración entre sus miembros, no se establecen pautas y roles que cumplir, no se delegan responsabilidades, originando desequilibrio emocional en la vida de quienes la conforman.

## Capítulo 3: Metodología

### 3.1 Diseño metodológico:

El tipo de estudio elegido es el descriptivo correlacional de tipo transversal, lo que implica según Hernández, Fernández y Baptista (2010) en el primer caso en la no manipulación de las variables y el observar como los fenómenos se dan en su ambiente para luego ser estudiados y analizados. Y en el segundo caso permitirá el estudio del evento en un momento determinado sin seguimiento, describiendo el problema de salud, caracterizándolo, describiendo la frecuencia y distribución en la población en función de variables epidemiológicas y analizando la existencia de relación entre variables.

### 3.2 Población y Muestra:

Población	Muestra	Tipo de muestreo y evaluación
- Alumnos del Nivel Secundario	- Estudiantes de nivel secundario de Arequipa, desde el primer grado a quinto grado de secundaria, perteneciendo a los colegios:  1.Domingo Savio (Privado mixto)  2.Zamácola Jáuregui (Estatal mixto) y  3. Sagrado Corazón (Privado no mixto)	- Se considerará una muestra de tipo no aleatorio.  - Comprenderá a 746 sujetos estratificada por sexo y edad.

<b>Evaluación</b>	- Test de Actitud ante la Comida (EAT-26), identifica conductas de riesgo hacia la Anorexia y/o Bulimia.
	- Prueba de Confirmación de Casos posibles de Trastornos Alimentarios (M.I.N.I)
	- Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

**3.2.1 Criterios de inclusión.** Estudiantes de nivel secundario que cursan entre primero y quinto grado de secundaria, con edades entre los 12 a 18 años. Se considerará válida la participación de estudiantes de ambos sexos, los estudiantes evaluados deben pertenecer a las instituciones educativas indicadas anteriormente y solo a estas, solo serán evaluados todos los alumnos asistentes de los diferentes grados de secundaria, según las fechas programadas sin posibilidad de registro de participación de aquellos alumnos inasistentes.

**3.2.2 Criterios de exclusión.** No participarán estudiantes: que superen o estén por debajo de edades comprendidas dentro de la muestra, los alumnos inasistentes de los diferentes grados de secundaria, alumnos con alguna discapacidad mental y aquellos que pertenezcan a Programas de Educación Inclusiva.

### 3.3 Operacionalización de las variables:

Concepto	Dimensiones	Indicadores
Riesgo a desarrollar TCAs	<p>Conductas de Riesgo hacia Anorexia y Bulimia</p> <p>Identificación de la presencia de casos posibles de Anorexia y/o Bulimia</p>	<p><b>1)Test de Actitud ante la Comida(EAT-26):</b> El rango de puntuación va de 0 a 78</p> <p><b>-Trastorno de Conducta Alimentaria:</b> Todos los ítems, con riesgo: 23-48 puntos, sin riesgo 2-22 puntos</p> <p><b>-Anorexia:</b> 6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25 Con riesgo: de 16 a 31 puntos Sin riesgo: de 1 a 15 puntos</p> <p><b>-Bulimia:</b> Ítems 3,4,9,18,21,26 Con riesgo: de 7 a 13 puntos Sin riesgo: de 1 a 6 puntos</p> <p><b>-Control Oral:</b> Ítems 2,5,8,13,15,19,20 Con riesgo: de 10 a 19 puntos Sin riesgo: de 1 a 9 puntos</p> <p><b>2)M.I.N.I.(Casos posibles de TCA)</b> Categoría de confirmación: <b>Anorexia:</b> Ítems s2,s3,s4(a,b,c) y s5 Se confirma de 4 a 7 puntos No se confirma de 1-3 puntos <b>Bulimia :</b> Items T1,T2,T3,T4,T5,T6 Se confirma de 4 a 7 puntos No se confirma de 1-3 puntos</p>

	<p><b>Estrato social</b></p> <p>-Estrato socioeconómico bajo</p> <p>-Estrato socioeconómico alto</p> <p><b>Edad y sexo</b></p> <p>-Adolescentes</p> <p>- Sexo</p>	<p>-Educación secundaria en colegio público mixto</p> <p>-Educación secundaria en colegio particular mixto y no mixto(diferenciado)</p> <p>-12 a 18 años de edad</p> <p>-Femenino</p> <p>-Masculino</p>
<b>Funcionamiento familiar</b>	<p><b>Tipo de familia</b></p> <p><b>Hábitos y tipo de relación familiar</b></p>	<p><b>Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL):</b></p> <p><b>Puntajes Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)</b></p> <p>-De 70 a 57 puntos: Familia funcional</p> <p>-De 56 a 43 puntos: Familia moderadamente funcional</p> <p>-De 42 a 28 puntos: Familia disfuncional</p> <p>-De 27 a 14 puntos: Familia severamente disfuncional</p> <p><b>Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:</b></p> <p><b>Pregunta 1 y 8:</b> Identifica el nivel de cohesión</p> <p><b>Pregunta 2 y 13:</b> Identifica el nivel de armonía.</p>



		<p><b>Pregunta 5 y 11:</b> Identifica el <b>grado de comunicación</b></p> <p><b>Pregunta 7 y 12:</b> implica <b>permeabilidad</b></p> <p><b>Pregunta 4 y 14:</b> identifica el grado de <b>afectividad</b></p> <p><b>Pregunta 3 y 9:</b> Se refiere a los <b>Roles</b></p> <p><b>Pregunta 6 y 10:</b> Se refiere a la <b>Adaptabilidad</b></p>
--	--	--

### 3.4 Instrumentos:

**3.4.1 Test de Actitud ante la Comida (EAT-26):** El test de actitud ante la comida (EAT-26) elaborado por Garner y Garkinfel en 1979, está considerado probablemente como la más amplia forma de evaluar los síntomas y preocupaciones características de los TCAs. Muchos estudios han sido dirigidos siguiendo este tipo de cuestionario, utilizado como instrumento de monitorización también para la asunción temprana de identificación de un TCA y que puede promover un tratamiento temprano y así mismo ayudar a reducir la serie de complicaciones físicas y psíquicas ocurrentes, incluso en algunos casos de la muerte. El test está dividido en tres factores: Anorexia, Bulimia y Control oral. El cuestionario en su versión revisada consta de 26 ítems cada una admite 6 posibles respuestas que van desde nunca a siempre.

Las contestaciones se puntúan 3,2,1,0,0,0 en unos casos y 0,0,0,3,2,1 en otros casos. Así los ítems positivamente anotados se les puntúan como sigue: Siempre=3, Casi siempre=2, Bastantes veces=1, Algunas veces=0, Casi nunca=0, Nunca =0. El ítem 25 (“Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas”) se mide de manera opuesta, es decir: Nunca=3, Casi nunca=2, Algunas veces=1, Bastantes veces=0, Casi siempre=0, Siempre=0. El rango de puntuación va de 0 a 78. Para la calificación se tuvo en cuenta el siguiente cuadro:

CATEGORÍA	ÍTEMS	PUNTAJE	
		RIESGO	NO HAY RIESGO
TCA	Todos los ítems	23-48	2-22
Anorexia	1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25	16-31	1-15
Bulimia	3,4,9,18,21,26	7-13	1-6
Control Oral	2,5,8,13,15,19,20	10-19	1-9

**Validez y Confiabilidad:** Garner y Garkinfel (1979) mencionan que este instrumento posee una validez discriminante (0,87) y correlación de los ítems con la puntuación total. Diversos autores refieren que los datos de validez obtenidos en la validación española de 0,61 según el coeficiente de validez global.

La validación de dicho cuestionario en diferentes lenguas ha sido muy cuestionado dada la posibilidad de que se introduzcan mal interpretaciones lingüísticas y semánticas, aun así el mismo fue trasladado a distintos idiomas corrigiéndose algunos ítems teniendo en cuenta concepciones culturales.

Muchos autores han encontrado en este cuestionario un instrumento con efectiva validez, principalmente para el factor restrictivo, pero de ninguna manera deberá esperarse del mismo una medición exacta y verdadera de psicopatología alimentaria. En conclusión se puede decir que el EAT-26 es un buen test de screening

Huerta (2004), en una investigación que buscaba identificar la presencia de TCA en los estudiantes del concurso extraordinario de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA)-Perú; realizó previamente la validez y confiabilidad de la prueba adaptándola a nuestro medio teniendo como resultado un Coeficiente de Alfa de Crombach de 0,72 lo cual implica que la prueba tiene una alto nivel de consistencia. Además obtuvo como coeficiente de fiabilidad, obtenido por el procedimiento de las dos mitades para la primera parte un valor de 0,50 lo que implica una alta consistencia interna, y para la segunda parte un valor de 0,63 lo que implica una alta consistencia interna.

### **3.4.2 M.I.N.I (Confirmación de la presencia de Trastornos Alimentarios):**

Es una entrevista de diagnóstico, estructurada desarrollada por los médicos estadounidenses Sheehan y Lecrubier (1997). Ha sido traducida y utilizada actualmente en más de 40 idiomas. Explora los criterios y características diagnósticas asociadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el DSM V (2014). La ventaja de su brevedad e interpretación hace que se adecúe fácilmente a ser aplicada.

Para la confirmación o no de un caso posible de trastorno alimentario, Huerta (2004) adaptó esta entrevista con el fin de su autoaplicación en nuestro medio. Esta prueba está dividida en dos partes la primera confirma la presencia de casos posibles de Anorexia nerviosa y la segunda la confirmación de casos posibles de Bulimia nerviosa.

#### **Validez y confiabilidad**

Huerta(2004), al adaptar a nuestro medio este instrumento se realizó la validez y confiabilidad de la misma, donde los resultados arrojaron una consistencia interna satisfactoria, al aplicarle el coeficiente de Alfa Cronbach y el método de las dos mitades según el coeficiente de Spearman- Brown, tanto para la correspondencia a la Anorexia Nerviosa, como a Bulimia Nerviosa.

El MINI tiene una confiabilidad de 0,67, al utilizar la prueba de Sperman tiene una confiabilidad la primera mitad para Anorexia de 0,58 y la segunda para Bulimia de 0,61. Lo cual reafirma que la prueba es fiable para medir la presencia de estos trastornos.

#### **Categoría de confirmación:**

Cada una de las partes se evalúa de acuerdo a una clave de calificación de ambos sexos, a excepción del ítem S5 que solo es aplicable a mujeres. Si la respuesta coincide con SI se le asignará un punto, y si coincide con NO se asignará cero de puntaje.

CATEGORÍA DE CONFIRMACIÓN	ÍTEMS	PUNTAJE	
		SE CONFIRMA	NO SE CONFIRMA
Anorexia	S2,S3,S4(a,b,c),S5	4-7	1-3
Bulimia	T1,T2,T3,T4,T5,T6	4-7	1-3

**3.4.3 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).** Es un cuestionario elaborado por De la Cuesta, Louro y Pérez (1999). Consta de 14 ítems que se relacionan a valorar como se establecen los lazos humanos en familia, aquello que las caracteriza como sus creencias, gustos y hábitos frecuentes.

**Confiabilidad y validez:** De la Cuesta, Louro y Pérez en 1999, al evaluar este instrumento provisional llegaron a determinar que el cuestionario posee un

coeficiente de correlación de Pearson de 0.5, que es positiva dentro de los valores aceptables

. Con una consistencia interna alta del 0.91 revela la validez del instrumento para evaluar a las familias de manera integral en su estructura y funcionalidad.

Estable en el tiempo entre las aplicaciones del test y re test del instrumento como lo afirman De la Cuesta, Louro y Pérez (1999), describiéndolo como homogéneo, con una consistencia interna de 0.88, lo que implica que los ítems propuestos son los adecuados para valorar las categorías propuestas que se pretenden evaluar, ninguno de los ítems se asemeja al siguiente u otro presente en el cuestionario.

Además De la Cuesta, Louro y Pérez (1999) determinaron que el 86.6% que si existía relación entre las categorías e ítems y que el 100% si era un instrumento válido para medir el funcionamiento familiar.

En la validez de construcción, como información adicional del estudio de De la Cuesta, Louro y Pérez (1999), se encontró que las familias previamente clasificadas como funcionales por los médicos de familia, obtuvieron en la realización de la prueba una puntuación significativamente superior a las clasificadas como disfuncionales, lo que apunta hacia la existencia de validez de constructo.

**Conclusiones:** Constituye una prueba confiable, con consistencia, validez aceptable y adecuada lo que implica que el instrumento es útil para evaluar la dinámica familiar.

Mide la percepción del funcionamiento familiar, en tanta dinámica relacional sistémica.

## Baremo

<b>Puntaje obtenido</b>	<b>Nivel de Funcionamiento Familiar</b>
70- 57 puntos.	Familia funcional
56- 43 puntos	Familia moderadamente funcional
42 - 28 puntos.	Familia disfuncional
27 - 14 puntos.	Familia severamente disfuncional

### Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

<b>Nro. De preguntas asociadas</b>	<b>Categoría a medir</b>
Preguntas 1- 8	Cohesión
Preguntas 2- 13	Armonía
Preguntas 5 -11	Comunicación
Preguntas 7- 12	Permeabilidad
Preguntas 4- 14	Afectividad
Preguntas 3- 9	Roles
Preguntas 6- 10	Adaptabilidad

### 3.5 Procedimiento:

Para obtener la autorización a los colegios elegidos se envió solicitudes a nombre de la Universidad Católica San Pablo dirigido a los directores de las tres instituciones educativas. Luego de haber obtenido la aprobación de las instituciones educativas se procedió de la siguiente manera:

Previo a la evaluación, el autor del proyecto de investigación asistió a los colegios elegidos en distintos días con el fin de solicitar a la autoridad correspondiente del colegio un horario de aplicación de las pruebas, con ello se pudo proceder ordenadamente según disposiciones propias a cada institución y sin interrumpir el avance académico de los estudiantes:

En la siguiente semana según coordinación se llevó a cabo la evaluación: Las pruebas fueron aplicadas en tres fechas distintas, primero se evaluó: el Colegio Zamácola y Jáuregui (nacional, mixto), una semana más tarde al Colegio Domingo Savio (particular, mixto) y finalmente luego de terminar la aplicación de las pruebas a los colegios mencionados, al Colegio Sagrado Corazón-Sophianum (particular, no mixto).

La aplicación se llevó a cabo de la siguiente forma: en el colegio nacional mixto se procedió a evaluar a los estudiantes en la primera hora de dictado de clases en dos semanas aproximadamente. En el caso del colegio particular mixto la evaluación inició una semana después de haber empezado con el nacional y tuvo una duración de dos semanas y media, se realizó la aplicación de las pruebas en cada grado según los días en que cada grado desarrolló el curso de tutoría, esto por disposición de la institución, es decir el orden de evaluación fue variable en grados no cronológico. Y para terminar, en el colegio particular no mixto (solo mujeres), la evaluación se dio una semana después de concluir con las dos instituciones mencionadas anteriormente, durante dos días seguidos a la primera hora de clases, el primer día se evaluó a los tres primeros grados (primero, segundo y tercero de secundaria) y al día siguiente a los grados restantes (cuarto y quinto de secundaria)

El proceso de evaluación en las tres instituciones tuvo en su inicio la presentación del autor del proyecto hacia los profesores y alumnos, grado por grado según el cronograma, luego el establecer el rapport con los estudiantes participantes de esta investigación, indicándoles en que consiste este estudio, su importancia, lo que califica y mide cada prueba, la duración de la misma y ya en la

aplicación de la misma se absolvió dudas de los sobre alguna pregunta o ítem que les generaba confusión.

Finalmente, se agradeció a los alumnos de los distintos grados y a los profesores por su colaboración, y a la institución por su interés en participar en una investigación que aborda una problemática común en la adolescencia.

### **3.6 Técnicas de Procesamiento de datos:**

Se usará la estadística inferencial paramétrica, usando el programa estadístico SPSS para aplicar el coeficiente de correlación Pearson, al obtener los datos muestrales se podrá probar si existe una relación positiva entre las variables.

### **3.7 Cronograma- Planificación del tiempo**

#### **3.7.1 Cronograma:**

<b>Actividad</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUL</b>
<b>Elaboración del proyecto</b>	X	X	X					
<b>Elaboración del Marco Teórico</b>				X	X	X		
<b>Recolección de datos</b>							X	X
<b>Procesamiento de datos</b>								X
<b>Elaboración del informe final</b>								X



### 3.7.2 Presupuesto:

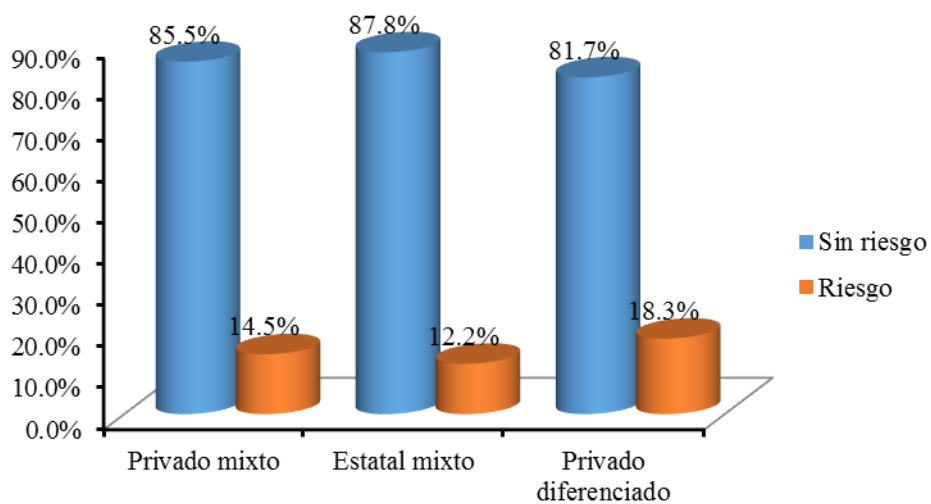
<b>Gastos</b>	<b>Precio</b>
Material de escritorio	50 soles
Pruebas de evaluación	100 soles
Movilidad	300 soles
<b>Total</b>	<b>450 soles</b>

## Capítulo 4: Resultados

### Conductas de Riesgo hacia la Anorexia

**Tabla 1 : Conductas de riesgo hacia la Anorexia (EAT-26)**

			Anorexia		
			Sin riesgo	Riesgo	Total
COLEGIO	Privado mixto	Frecuencia	235	40	275
		%	85,5%	14,5%	100,0%
	Estatad mixto	Frecuencia	202	28	230
		%	87,8%	12,2%	100,0%
	Privado diferenciado	Frecuencia	197	44	241
		%	81,7%	18,3%	100,0%
Total	Frecuencia	634	112	746	
	%	85,0%	15,0%	100,0%	

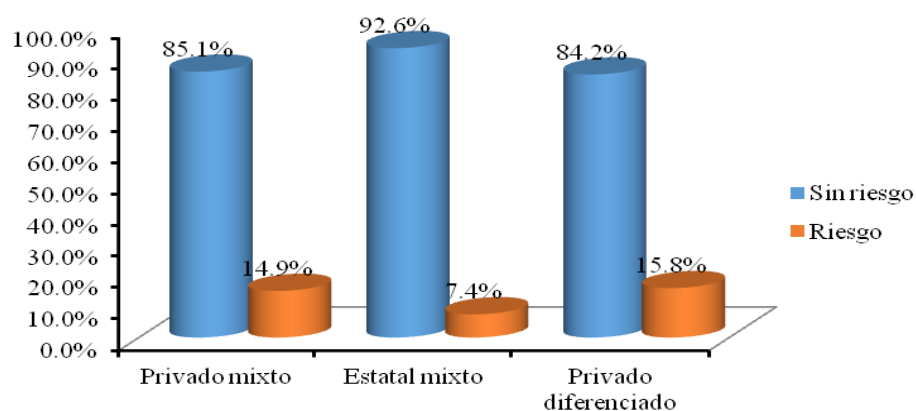


Observamos que mayormente son los alumnos del colegio particular diferenciado de solo mujeres quienes tienen más riesgo de tener anorexia (18.3%), este riesgo es menor en los alumnos de colegios particulares mixtos (14.5%) y estatales mixtos (12.2%)

### Conductas de riesgo hacia la Bulimia

**Tabla 2: Conductas de riesgo hacia la Bulimia EAT-26)**

			Bulimia		Total
			Sin riesgo	Riesgo	
COLEGIO	Privado mixto	Frecuencia	234	41	275
		%	85,1%	14,9%	100,0%
	Estatad mixto	Frecuencia	213	17	230
		%	92,6%	7,4%	100,0%
	Privado diferenciado	Frecuencia	203	38	241
		%	84,2%	15,8%	100,0%
Total	Frecuencia		650	96	746
	%		87,1%	12,9%	100,0%

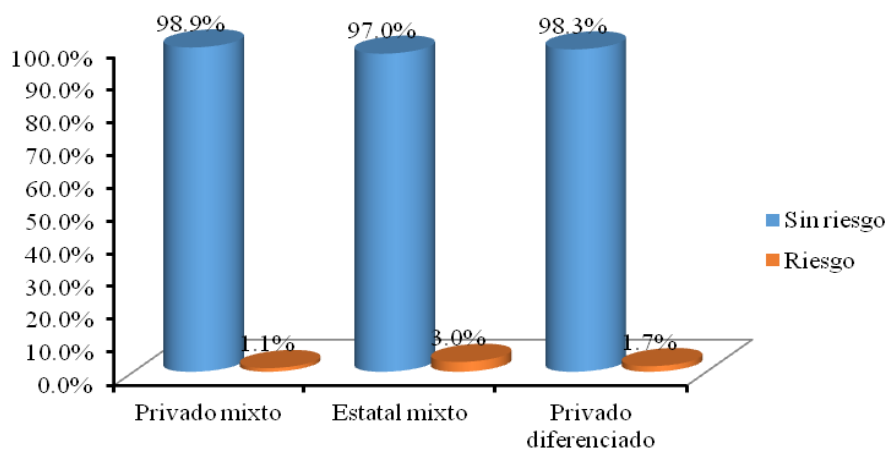


Observamos que mayormente son los alumnos del colegio particular diferenciado de solo mujeres quienes tienen más riesgo de tener bulimia (15.8%), este riesgo es menor en los alumnos de colegios particulares mixtos (14.9%) y estatales mixtos (7.4%)

### Conductas de Riesgo hacia el Control Oral

**Tabla 3: Relación entre el riesgo a desarrollar Control, Oral y el tipo de colegio(EAT-26)**

			Control Oral		Total
			Sin riesgo	Riesgo	
COLEGIO	Privado mixto	Frecuencia	272	3	275
		%	98,9%	1,1%	100,0%
	Estatad mixto	Frecuencia	223	7	230
		%	97,0%	3,0%	100,0%
	Privado diferenciado	Frecuencia	237	4	241
		%	98,3%	1,7%	100,0%
Total	Frecuencia		732	14	746
	%		98,1%	1,9%	100,0%



Observamos que mayormente son los alumnos del colegio estatal mixto son quienes tienen más riesgo de tener control oral (3%), este riesgo es menor en los alumnos de colegios particulares mixtos (1.1%) y diferenciados (1.7%)

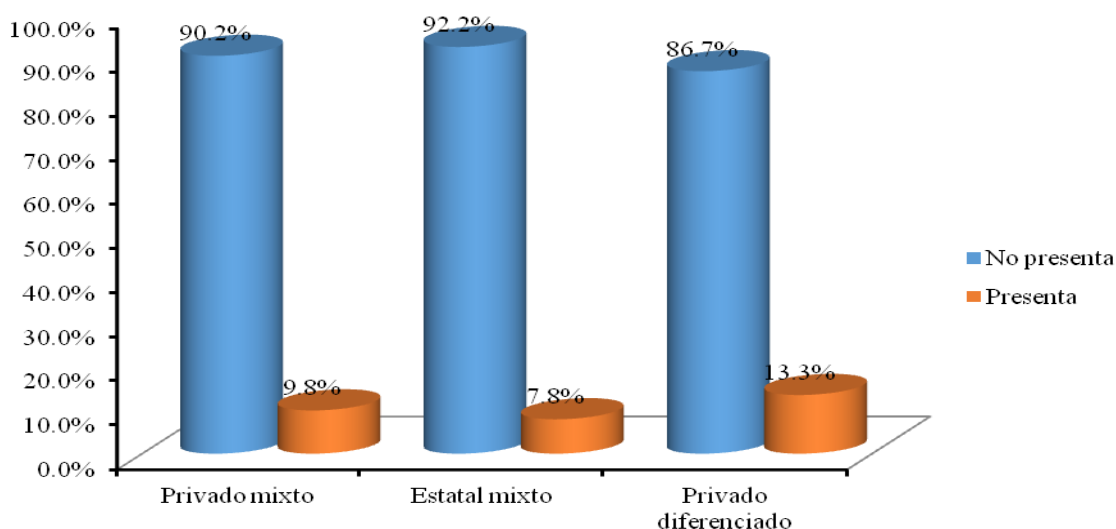
### **Casos posibles de Anorexia y Bulimia en relación con el tipo de colegio, estrato social, rango de edad y género**

#### **Tipo de Colegio**

#### **Anorexia**

**Tabla 4: Relación entre casos posibles de Anorexia y el tipo de colegio(Prueba M.I.N.I)**

			Anorexia		Total
			No presenta	Presenta	
COLEGIO	Privado mixto	Frecuencia	248	27	275
		%	90,2%	9,8%	100,0%
	Estatad mixto	Frecuencia	212	18	230
		%	92,2%	7,8%	100,0%
	Privado diferenciado	Frecuencia	209	32	241
		%	86,7%	13,3%	100,0%
Total		Frecuencia	669	77	746
		%	89,7%	10,3%	100,0%

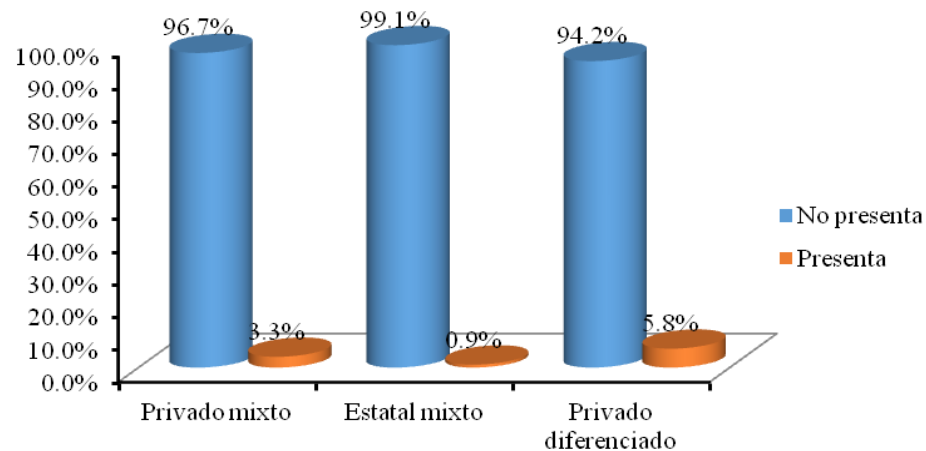


Observamos que los alumnos de colegios privados diferenciados son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de anorexia (13.3%), dicha presencia es menor en los alumnos de colegios privados mixtos (9.8%) y estatales (7.8%)

## Bulimia

**Tabla 5: Relación entre casos posibles de Bulimia y el tipo de colegio(Prueba M.I.N.I)**

			Bulimia		Total
			No presenta	Presenta	
COLEGIO	Privado mixto	Frecuencia	266	9	275
		%	96,7%	3,3%	100,0%
	Estatal mixto	Frecuencia	228	2	230
		%	99,1%	0,9%	100,0%
	Privado diferenciado	Frecuencia	227	14	241
		%	94,2%	5,8%	100,0%
Total	Frecuencia		721	25	746
	%		96,6%	3,4%	100,0%



Observamos que los alumnos de colegios privados diferenciados son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de bulimia (5.8%), dicha presencia es menor en los alumnos de colegios privados mixtos (3.3%) y estatales (0.9%)

## Unidireccional

**Tabla 6: Casos de TCAs y tipo de colegios**

		N	Media	Desviación estándar	gl	F	Sig.
Anorexia	Privado mixto	275	1,57	1,231	2	,490	,613
	Estatal mixto	230	1,55	1,279			
	Privado diferenciado	241	1,66	1,262			
	Total	746	1,60	1,255			
Bulimia	Privado mixto	275	1,05	1,140	2	7,041	,001
	Estatal mixto	230	,94	1,047			
	Privado diferenciado	241	,70	1,082			
	Total	746	,90	1,102			

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia casos posibles de bulimia según los diferentes tipos de colegios evaluados ( $F=7.041$ ;  $p<0.05$ ), siendo así que los alumnos de colegios privados mixtos tienen una mayor prevalencia de este problema. Para el caso de la anorexia no hallamos diferencias significativas ( $p>0.05$ ).

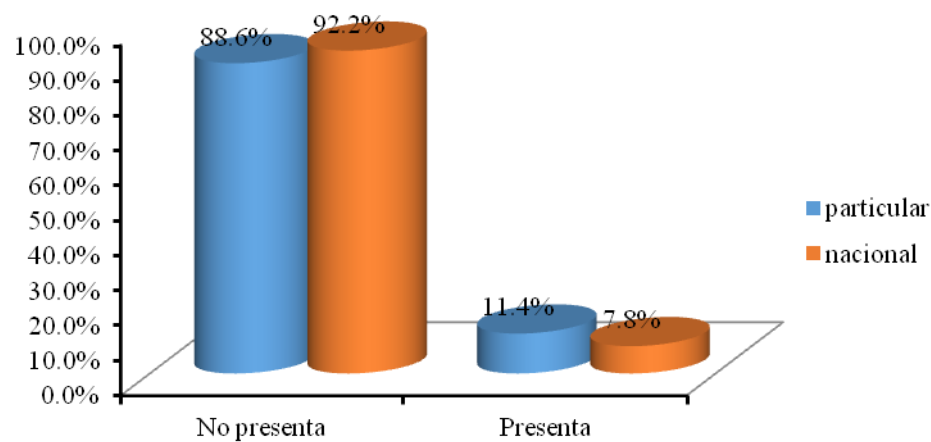
## Estrato socioeconómico

### Anorexia

**Tabla 7: Relación casos posibles de Anorexia y estrato socioeconómico**

			Anorexia		Total
			No presenta	Presenta	
ESTRATO	particular	Frecuencia	457	59	516
		%	88,6%	11,4%	100,0%
	nacional	Frecuencia	212	18	230
		%	92,2%	7,8%	100,0%
Total		Frecuencia	669	77	746
		%	89,7%	10,3%	100,0%



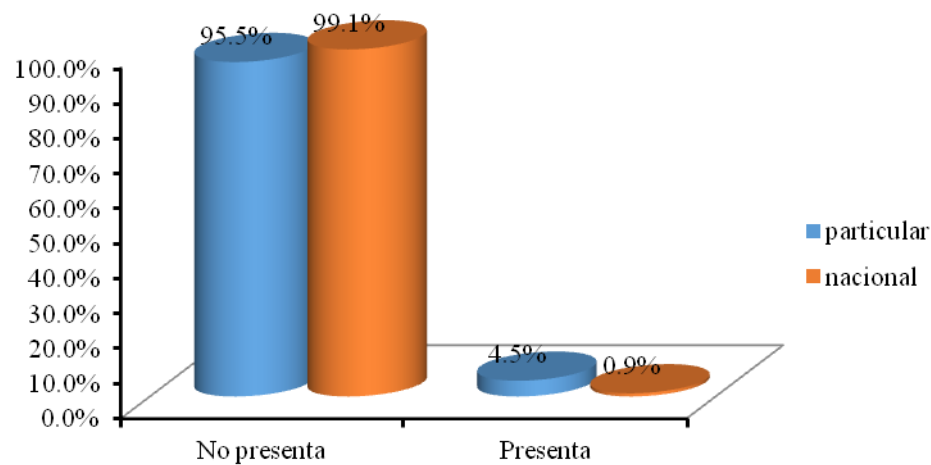


Observamos que los alumnos de colegios particulares son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de anorexia (11.4%), dicha presencia es menor en los alumnos de colegios estatales (7.8%)

## Bulimia

**Tabla 8: Relación casos posibles de Bulimia y el estrato socioeconómico**

			Bulimia		Total
			No presenta	Presenta	
ESTRATO	particular	Frecuencia	493	23	516
		%	95,5%	4,5%	100,0%
	nacional	Frecuencia	228	2	230
		%	99,1%	0,9%	100,0%
Total	Frecuencia		721	25	746
	%		96,6%	3,4%	100,0%



Observamos que los alumnos de colegios particulares son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de bulimia (4.5%), dicha presencia es menor en los alumnos de colegios estatales (0.9%)

## Prueba T

**Tabla 9: Casos de TCAs y Estrato socioeconómico (Estadísticas de grupo)**

	ESTRATO	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Anorexia	particular	516	1,61	1,245	,624	744	,533
	nacional	230	1,55	1,279			
Bulimia	particular	516	,89	1,126	-,589	744	,556
	nacional	230	,94	1,047			

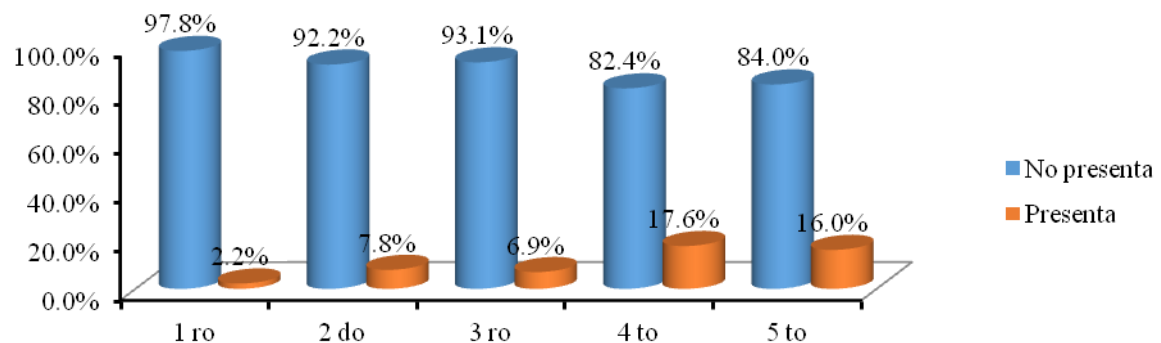
No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de colegios estatales o particulares en la presencia de anorexia y bulimia ( $p > 0.05$ ).

## Grado (Edad)

### Anorexia

**Tabla 10: Relación casos posibles de Anorexia y el grado de estudios**

			Anorexia		
			No presenta	Presenta	Total
GRADO	1	Frecuencia	132	3	135
		%	97,8%	2,2%	100,0%
	2	Frecuencia	130	11	141
		%	92,2%	7,8%	100,0%
	3	Frecuencia	148	11	159
		%	93,1%	6,9%	100,0%
	4	Frecuencia	117	25	142
		%	82,4%	17,6%	100,0%
	5	Frecuencia	142	27	169
		%	84,0%	16,0%	100,0%
	Total	Frecuencia	669	77	746
		%	89,7%	10,3%	100,0%

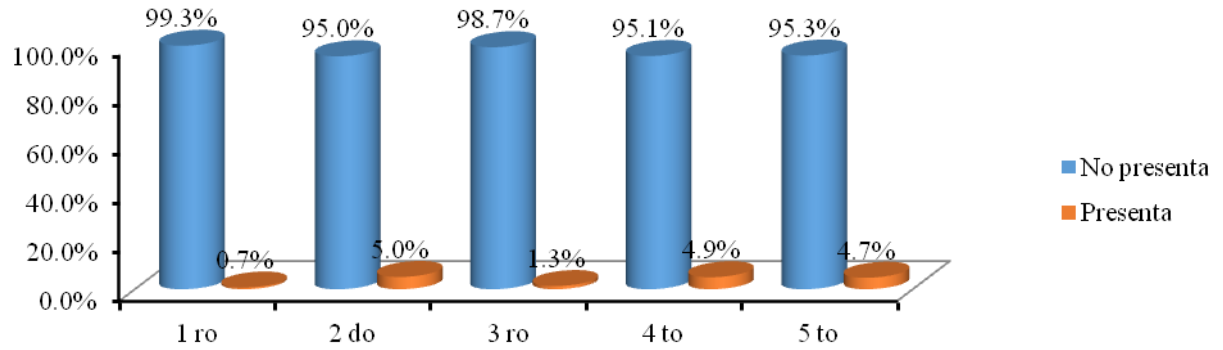


Observamos que los alumnos de cuarto (17.6%) y quinto de secundaria (16%) son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de anorexia.

## Bulimia

**Tabla 11: Relación casos posibles de Bulimia y el grado de estudios**

			Bulimia		
			No presenta	Presenta	Total
GRADO	1	Frecuencia	134	1	135
		%	99,3%	0,7%	100,0%
	2	Frecuencia	134	7	141
		%	95,0%	5,0%	100,0%
	3	Frecuencia	157	2	159
		%	98,7%	1,3%	100,0%
	4	Frecuencia	135	7	142
		%	95,1%	4,9%	100,0%
	5	Frecuencia	161	8	169
		%	95,3%	4,7%	100,0%
	Total	Frecuencia	721	25	746
		%	96,6%	3,4%	100,0%



Observamos que los alumnos de segundo (5%), cuarto (4.9%) y quinto de secundaria (4.7%) son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de bulimia.

## Unidireccional

**Tabla 12: Relación casos posibles de Anorexia y Bulimia y el grado de estudios**

		N	Media	Desviación estándar	gl	F	Sig.
Anorexia	1	135	1,53	,999	4	1,357	,247
	2	141	1,64	1,261			
	3	159	1,48	1,124			
	4	142	1,79	1,393			
	5	169	1,56	1,414			
	Total	746	1,60	1,255			
Bulimia	1	135	,85	,910	4	,375	,826
	2	141	,89	1,181			

3	159	,90	1,014
4	142	1,00	1,185
5	169	,88	1,186
Total	746	,90	1,102

---

No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos según su grado de estudios en la presencia de casos posibles de anorexia y bulimia ( $p>0.05$ ).

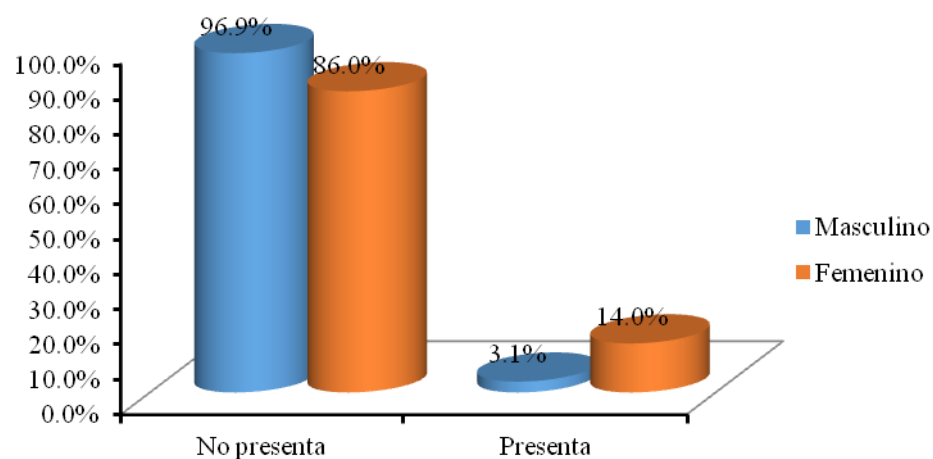
## Sexo

### Anorexia

**Tabla 13: Relación casos posibles de Anorexia y el sexo**

			Anorexia		Total
			No presenta	Presenta	
SEXO	Masculino	Frecuencia	246	8	254
		%	96,9%	3,1%	100,0%
	Femenino	Frecuencia	423	69	492
		%	86,0%	14,0%	100,0%
Total	Frecuencia		669	77	746
	%		89,7%	10,3%	100,0%

---

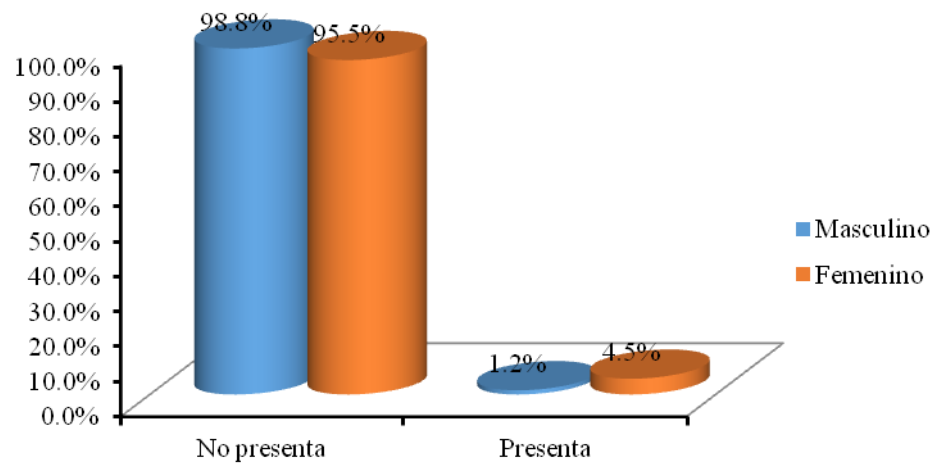


Observamos que las alumnas mujeres son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de anorexia (14%), dicha presencia es menor en los alumnos varones (3.1%)

## Bulimia

**Tabla 14: Relación casos posibles de Bulimia y el sexo**

			Bulimia		Total
			No presenta	Presenta	
SEXO	Masculino	Frecuencia	251	3	254
		%	98,8%	1,2%	100,0%
	Femenino	Frecuencia	470	22	492
		%	95,5%	4,5%	100,0%
Total	Frecuencia		721	25	746
	%		96,6%	3,4%	100,0%



Observamos que las alumnas mujeres son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de bulimia (4.5%), dicha presencia es menor en los alumnos varones (1.2%)

## Prueba T

**Tabla 15: Relación casos posibles TCAs y el sexo (Estadísticas de grupo)**

	SEXO	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Anorexia	Masculino	254	1,20	1,137	-6,259	744	,000
	Femenino	492	1,80	1,267			
Bulimia	Masculino	254	,81	1,009	-1,719	744	,086
	Femenino	492	,95	1,145			

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de anorexia entre varones y mujeres ( $t = -6.259$ ;  $p < 0.05$ ), siendo así que las mujeres tienen una mayor presencia. Para el caso de la bulimia no hallamos diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

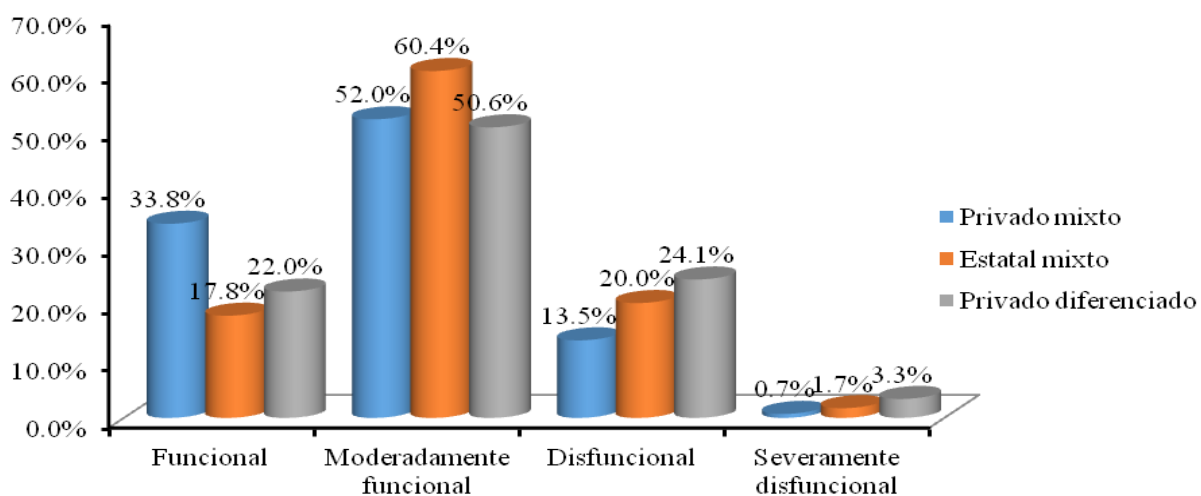


## Funcionamiento familiar

### Funcionamiento Familiar y Tipo de Colegio

**Tabla 16: Relación tipo de funcionamiento familiar y tipo de colegio**

			Tipo de familia				Total
			Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional	
COLEGIO	Privado mixto	Frecuencia	93	143	37	2	275
		%	33,8%	52,0%	13,5%	0,7%	100,0%
	Estatual mixto	Frecuencia	41	139	46	4	230
		%	17,8%	60,4%	20,0%	1,7%	100,0%
	Privado diferenciado	Frecuencia	53	122	58	8	241
		%	22,0%	50,6%	24,1%	3,3%	100,0%
	Total	Frecuencia	187	404	141	14	746
		%	25,1%	54,2%	18,9%	1,9%	100,0%

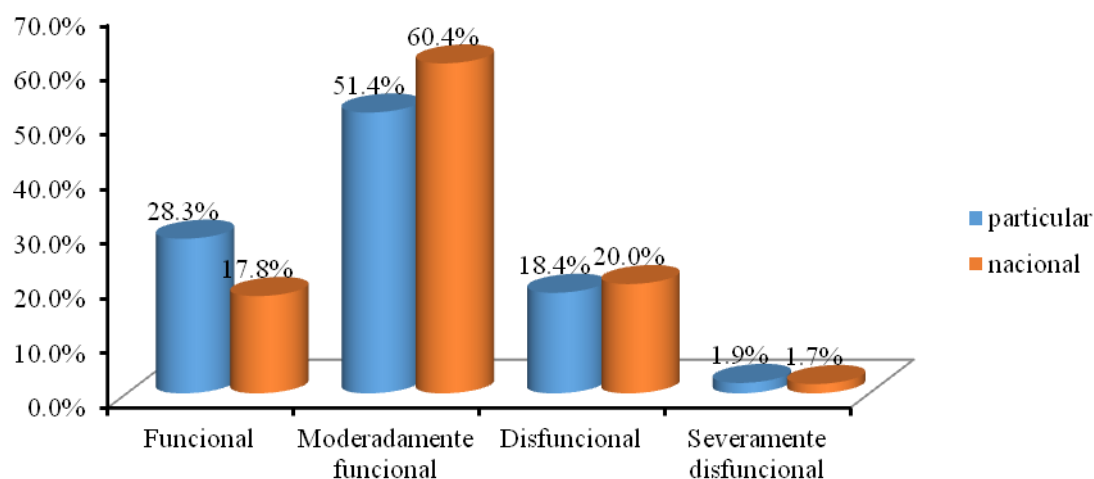


Observamos que los alumnos de los colegios privados mixtos (33.8%) son quienes mayormente provienen de familias funcionales; mientras que en menor medida lo hacen los alumnos de colegios privados diferenciados (22%) y estatales (17.8%). Sin embargo los alumnos de estas tres instituciones educativas de forma general pertenecen a familias moderadamente funcionales (Privado mixto con un 52%, estatal mixto con un 60.4% y el Privado diferenciado con un 50.6%).

### Funcionamiento Familiar y Estrato socioeconómico

**Tabla 17: Relación tipo de funcionamiento familiar y estrato socioeconómico**

			Tipo de familia			
			Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional
ESTRATO	particular	Frecuencia	146	265	95	10
		%	28,3%	51,4%	18,4%	1,9%
	nacional	Frecuencia	41	139	46	4
		%	17,8%	60,4%	20,0%	1,7%
Total		Frecuencia	187	404	141	14
		%	25,1%	54,2%	18,9%	1,9%



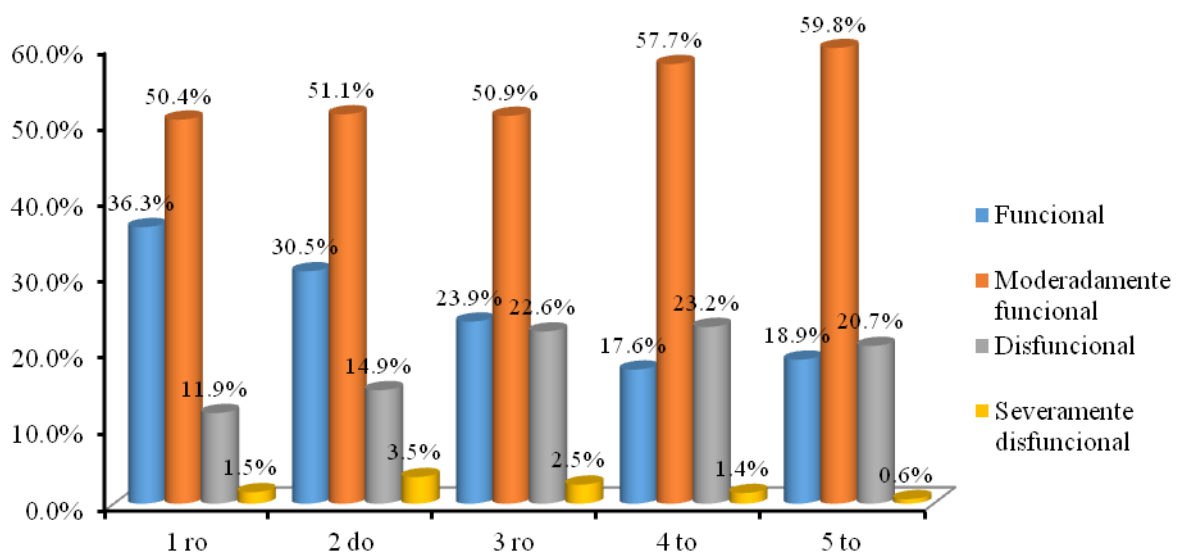
Observamos que los alumnos de instituciones privadas (28.3%) son quienes mayormente provienen de familias funcionales; en menor medida lo hacen los alumnos de instituciones estatales (17.8%). No obstante en alumnos de colegios privados y estatales la tendencia indica que en su mayoría provienen de familias moderadamente funcionales (51.4% en el primer caso y con un 60.4% en el segundo).

### Funcionamiento familiar y Grado (Edad)

**Tabla 18: Tipo de funcionamiento familiar y grado de estudios**

			Tipo de familia				
			Moderadamente		Severamente		
			Funcional	funcional	Disfuncional	disfuncional	Total
GRADO	1	Frecuencia	49	68	16	2	135
		%	36,3%	50,4%	11,9%	1,5%	100,0%
	2	Frecuencia	43	72	21	5	141
		%	30,5%	51,1%	14,9%	3,5%	100,0%

3	Frecuencia	38	81	36	4	159
	%	23,9%	50,9%	22,6%	2,5%	100,0%
4	Frecuencia	25	82	33	2	142
	%	17,6%	57,7%	23,2%	1,4%	100,0%
5	Frecuencia	32	101	35	1	169
	%	18,9%	59,8%	20,7%	0,6%	100,0%
Total	Frecuencia	187	404	141	14	746
	%	25,1%	54,2%	18,9%	1,9%	100,0%



Observamos que los alumnos tanto de primero (36.3%) como de segundo de secundaria (30.5%) son quienes mayormente provienen de familias funcionales; mientras que en menor medida lo hacen los alumnos de tercero (23.9%), cuarto (17.6%) y quinto (18.9%).

## Hábitos y tipo de relación familiar

### Prueba T

**Tabla 19: Hábitos y tipo de relación familiar (estrato socioeconómico)**

	ESTRATO	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Cohesión	particular	516	7,60	1,962	2,689	744	,007
	nacional	230	7,17	2,061			
Armonía	particular	516	7,29	1,865	2,360	744	,019
	nacional	230	6,94	1,800			
Comunicación	particular	516	6,99	1,925	2,622	744	,009
	nacional	230	6,58	2,098			
Permeabilidad	particular	516	6,26	2,067	-,023	744	,982
	nacional	230	6,27	1,789			
Afectividad	particular	516	7,82	1,912	2,367	744	,018
	nacional	230	7,46	1,880			
Roles	particular	516	7,14	1,827	-,580	744	,562
	nacional	230	7,23	1,872			
Adaptabilidad	particular	516	6,96	1,645	,824	744	,410
	nacional	230	6,85	1,625			
Funcionamiento familiar	particular	516	50,06	9,377	2,121	744	,034
	nacional	230	48,50	8,998			

Encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de instituciones nacionales y particulares, en todos los casos los alumnos de colegios particulares tienen un mejor funcionamiento familiar que sus

pares de colegios nacionales en su funcionamiento familiar ( $t=2.121$ ;  $p<0.05$ ). Superándolos de manera significativa en las dimensiones de: cohesión ( $t=2.689$ ;  $p<0.05$ ), armonía ( $t=2.360$ ;  $p<0.05$ ), comunicación ( $t=2.622$ ;  $p<0.05$ ) y afectividad ( $t=2.367$ ;  $p<0.05$ ).

## Unidireccional

**Tabla 20: Hábitos y tipo de relación familiar (tipo de colegio)**

		N	Media	Desviación estándar	gl	F	Sig.
Cohesión	Privado mixto	275	7,87	1,932	2	9,303	,000
	Estatad mixto	230	7,17	2,061			
	Privado diferenciado	241	7,29	1,953			
	Total	746	7,47	2,001			
Armonía	Privado mixto	275	7,50	1,855	2	6,633	,001
	Estatad mixto	230	6,94	1,800			
	Privado diferenciado	241	7,05	1,852			
	Total	746	7,18	1,851			
Comunicación	Privado mixto	275	7,33	1,758	2	12,214	,000
	Estatad mixto	230	6,58	2,098			
	Privado diferenciado	241	6,61	2,036			
	Total	746	6,87	1,988			
Permeabilidad	Privado mixto	275	6,45	1,868	2	2,692	,068
	Estatad mixto	230	6,27	1,789			
	Privado diferenciado	241	6,05	2,257			
	Total	746	6,26	1,984			

Afectividad	Privado mixto	275	8,00	1,857	2	5,645	,004
	Estatad mixto	230	7,46	1,880			
	Privado diferenciado	241	7,61	1,955			
	Total	746	7,71	1,908			
Roles	Privado mixto	275	7,34	1,717	2	3,557	,029
	Estatad mixto	230	7,23	1,872			
	Privado diferenciado	241	6,92	1,924			
	Total	746	7,17	1,840			
Adaptabilidad	Privado mixto	275	7,40	1,648	2	23,296	,000
	Estatad mixto	230	6,85	1,625			
	Privado diferenciado	241	6,45	1,491			
	Total	746	6,93	1,639			
Funcionamiento familiar	Privado mixto	275	51,90	8,969	2	14,244	,000
	Estatad mixto	230	48,50	8,998			
	Privado diferenciado	241	47,97	9,411			
	Total	746	49,58	9,284			

Encontramos que existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar, en todos los casos los alumnos de colegios privados mixtos son quienes tienen un mejor funcionamiento familiar ( $F=14.244$ ;  $p<0.05$ ), superando al colegio privado diferenciado y al colegio estatal mixto en las siguientes dimensiones: cohesión ( $F=9.303$ ;  $p<0.05$ ), armonía ( $F=6.633$ ;  $p<0.05$ ), comunicación ( $F=12.214$ ;  $p<0.05$ ), afectividad ( $F=5.645$ ;  $p<0.05$ ), roles ( $F=3.557$ ;  $p<0.05$ ) y adaptabilidad ( $F=23.296$ ;  $p<0.05$ ).

## Unidireccional

**Tabla 21: Hábitos y tipo de relación familiar y grado de estudios**

		N	Media	Desviación estándar	gl	F	Sig.
Cohesión	1	135	7,76	1,909	4	4,500	,001
	2	141	7,88	1,884			
	3	159	7,01	2,138			
	4	142	7,40	2,007			
	5	169	7,37	1,948			
	Total	746	7,47	2,001			
Armonía	1	135	7,48	1,787	4	3,352	,010
	2	141	7,48	1,915			
	3	159	7,13	1,853			
	4	142	7,04	1,764			
	5	169	6,86	1,867			
	Total	746	7,18	1,851			
Comunicación	1	135	7,11	1,871	4	1,447	,217
	2	141	6,70	2,171			
	3	159	6,72	1,977			
	4	142	6,75	1,961			
	5	169	7,05	1,939			
	Total	746	6,87	1,988			
Permeabilidad	1	135	6,44	1,957	4	,568	,686
	2	141	6,32	2,159			
	3	159	6,26	1,863			
	4	142	6,09	1,883			



	5	169	6,22	2,055			
	Total	746	6,26	1,984			
Afectividad	1	135	8,10	1,900	4	3,707	.005
	2	141	8,00	1,916			
	3	159	7,44	1,915			
	4	142	7,61	1,810			
	5	169	7,49	1,921			
	Total	746	7,71	1,908			
Roles	1	135	7,51	1,683	4	4,039	.003
	2	141	7,52	1,807			
	3	159	6,90	1,853			
	4	142	6,98	1,796			
	5	169	7,01	1,943			
	Total	746	7,17	1,840			
Adaptabilidad	1	135	7,04	1,655	4	1,408	,229
	2	141	6,86	1,751			
	3	159	7,14	1,706			
	4	142	6,81	1,482			
	5	169	6,79	1,582			
	Total	746	6,93	1,639			
Funcionamiento familiar	1	135	51,44	8,857	4	3,014	.018
	2	141	50,75	9,840			
	3	159	48,61	9,611			
	4	142	48,68	8,740			
	5	169	48,80	9,047			
	Total	746	49,58	9,284			

Hallamos diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar, en todos los casos los alumnos tanto de primero como de segundo de secundaria poseen una mayor funcionabilidad familiar ( $F=3.014$ ;  $p<0.05$ ), superando a los demás grados (tercero, cuarto y quinto de secundaria) en las siguientes dimensiones: cohesión ( $F=4.500$ ;  $p<0.05$ ), armonía ( $F=3.352$ ;  $p<0.05$ ), afectividad ( $F=3.707$ ;  $p<0.05$ ) y roles ( $F=4.039$ ;  $p<0.05$ ).

### . Hábitos en la relación familiar y casos posibles de Anorexia y Bulimia

**Tabla 22: Hábitos y tipo de relación familiar y casos posibles de Anorexia y Bulimia (Muestra total)**

		Anorexia	Bulimia
Cohesión	Correlación de Pearson	-,056	-,114**
	Sig. (bilateral)	,123	,002
	N	746	746
Armonía	Correlación de Pearson	-,052	-,131**
	Sig. (bilateral)	,156	,000
	N	746	746
Comunicación	Correlación de Pearson	-,038	-,073*
	Sig. (bilateral)	,297	,047
	N	746	746
Permeabilidad	Correlación de Pearson	-,021	-,083*
	Sig. (bilateral)	,570	,024
	N	746	746
Afectividad	Correlación de Pearson	-,038	-,087*
	Sig. (bilateral)	,297	,018

	N	746	746
Roles	Correlación de Pearson	,054	,019
	Sig. (bilateral)	,138	,612
	N	746	746
Adaptabilidad	Correlación de Pearson	-,049	-,068
	Sig. (bilateral)	,180	,064
	N	746	746
Funcionamiento familiar	Correlación de Pearson	-,041	-,110**
	Sig. (bilateral)	,264	,003
	N	746	746

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

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

Encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la presentación de bulimia y el funcionamiento familiar ( $r = -0.110$ ;  $p < 0.05$ ), así como con las dimensiones de cohesión ( $r = -0.114$ ;  $p < 0.05$ ), armonía ( $r = -0.131$ ;  $p < 0.05$ ), comunicación ( $r = -0.073$ ;  $p < 0.05$ ), permeabilidad ( $r = -0.083$ ;  $p < 0.05$ ) y afectividad ( $r = -0.087$ ;  $p < 0.05$ ). En todos los casos la relación es inversamente proporcional lo que nos indica que problemas en el funcionamiento familiar están asociados a una mayor presencia de bulimia.

## Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria

### Funcionamiento familiar y Anorexia

**Tabla 23: Casos posibles de Anorexia y el tipo de funcionamiento familiar según tipo de colegio**

				Anorexia		Total
COLEGIO				No presenta	Presenta	
Privado mixto	Tipo de familia	Funcional	Frecuencia	84	9	93
			%	90,3%	9,7%	100,0%
		Moderadamente funcional	Frecuencia	129	14	143
			%	90,2%	9,8%	100,0%
		Disfuncional	Frecuencia	33	4	37
			%	89,2%	8,8%	100,0%
		Severamente disfuncional	Frecuencia	2	0	2
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Total	Frecuencia	248	27	275
			%	90,2%	9,8%	100,0%
Estatual mixto	Tipo de familia	Funcional	Frecuencia	39	2	41
			%	95,1%	4,9%	100,0%
		Moderadamente funcional	Frecuencia	131	8	139
			%	94,2%	5,8%	100,0%
		Disfuncional	Frecuencia	40	6	46
			%	87,0%	13,0%	100,0%

		Severamente disfuncional	Frecuencia	4	0	4
			%	100,0%	0,0%	100,0%
Total			Frecuencia	212	18	230
			%	92,2%	7,8%	100,0%
Privado diferenciado	Tipo de familia	Funcional	Frecuencia	48	5	53
			%	90,6%	9,4%	100,0%
		Moderadamente funcional	Frecuencia	104	18	122
			%	85,2%	14,8%	100,0%
		Disfuncional	Frecuencia	50	8	58
			%	86,2%	13,8%	100,0%
		Severamente disfuncional	Frecuencia	7	1	8
			%	87,5%	12,5%	100,0%
		Total		Frecuencia	209	32
				%	86,7%	13,3%

Observamos que en las tres instituciones educativas el desarrollo de casos posibles de anorexia en relación al tipo de funcionamiento familiar predominante se asocian a dos tipos de familias: Las moderadamente funcionales, en el Colegio Privado Mixto (9.8%), de la misma forma ocurre con el Colegio Estatal Mixto (5.8%) y con el colegio privado diferenciado (14.8%); y también con familias de tipo disfuncional: Privado Mixto (8.8%), Estatal Mixto (13%) y Privado Diferenciado (13.8%).

### Funcionamiento familiar y Bulimia

**Tabla 24: Casos posibles de Bulimia y el tipo de funcionamiento familiar según tipo de colegio**

COLEGIO				Bulimia		Total
				No presenta	Presenta	
Privado mixto	Tipo de familia	Funcional	Frecuencia	92	1	93
			%	98,9%	1,1%	100,0%
		Moderadamente funcional	Frecuencia	139	4	143
			%	97,2%	2,8%	100,0%
		Disfuncional	Frecuencia	33	4	37
			%	89,2%	10,8%	100,0%
		Severamente disfuncional	Frecuencia	2	0	2
			%	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Frecuencia	266	9	275
			%	96,7%	3,3%	100,0%

Estatual mixto	Tipo de familia	Funcional	Frecuencia	41	0	41
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Moderadamente funcional	Frecuencia	139	0	139
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Disfuncional	Frecuencia	46	0	46
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Severamente disfuncional	Frecuencia	2	2	4
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		Total	Frecuencia	228	2	230
			%	99,1%	0,9%	100,0%
Privado diferenciado	Tipo de familia	Funcional	Frecuencia	50	3	53
			%	94,3%	5,7%	100,0%
		Moderadamente funcional	Frecuencia	115	7	122
			%	94,3%	5,7%	100,0%
		Disfuncional	Frecuencia	54	4	58
			%	93,1%	6,9%	100,0%
		Severamente disfuncional	Frecuencia	8	0	8
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Total	Frecuencia	227	14	241
			%	94,2%	5,8%	100,0%

En relación la presencia de casos posibles de Bulimia y el tipo de funcionamiento, se observa una mayor prevalencia en familias disfuncionales, con un 10.8% en el Colegio Privado Mixto y en el Colegio Privado Diferenciado con un 6.9 %.En relación al colegio Estatal Mixto se observa la presencia de bulimia en familias severamente disfuncionales (0.9%).

## Capítulo 5: Discusión

La presente investigación tuvo como finalidad identificar la relación existente entre el tipo de funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos alimentarios como Anorexia y/o Bulimia en alumnos del nivel secundario, provenientes de colegios particulares (privados) y nacionales estatales).

En relación a la presencia de conductas de riesgo hacia los TCAs (**Tablas 1 y 2**) alumnas de colegios privados diferenciados son quienes presentan una mayor prevalencia a desarrollar Anorexia (18.3%) y Bulimia (14.9%).

Se pudo apreciar que en los colegios de nivel secundario del distrito de Cerro Colorado, Arequipa (**Tabla 4 y 5**), que los alumnos de colegios privados diferenciados son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de anorexia (13.3%), siendo menor en los alumnos de colegios privados mixtos (9.8%) y estatales (7.8%). En el caso de Bulimia, de forma similar los alumnos de colegios privados diferenciados son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de bulimia (5.8%), siendo menor en los alumnos de colegios privados mixtos (3.3%) y estatales (0.9%).

Lo cual implica que existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de casos posibles de Bulimia según los diferentes tipos de colegios evaluados ( $F= 7.041$ ;  $p<0.05$ ), siendo así que los alumnos de colegios privados mixtos tienen una mayor presencia de este problema. Para el caso de la anorexia no se halló diferencias significativas ( $p>0.05$ ). Lo que indica que a nivel estadístico la presencia de Anorexia en estas tres instituciones es distinta pero no es una diferencia notoria (**Tabla 6**).

Estos resultados son similares a lo propuesto en las investigaciones realizadas por Roberts, McGuiness, Bilton y Maxwell (1999) y Ávila y Jáuregui (2015); en el primer caso su estudio indicó que una mayor cantidad de adolescentes de colegios privados (45.2%) habían empezado a involucrarse en



estos comportamientos a los 10 años en comparación con las adolescentes de colegios públicos (24%), ya que estos tienen más acceso a los medios de comunicación, los cuales proponen más patrones de un modelo de belleza perfecta dejándose llevar solo por los aspectos físicos, sin tomar en consideración aspectos más importantes. Y en el segundo caso, una investigación en México indicó que nivel social, jóvenes pertenecientes a un estrato social alto presentaron mayor incidencia al desarrollo de trastornos alimentarios en un 41,1%, superior al 31.5% de aquellos provenientes de un estrato social bajo.

En el punto anterior se encuentran diferencias en cuanto a la presencia y desarrollo progresivo de TCAs en colegios privados y estatales. Sin embargo, el presente estudio indica que el riesgo hacia Anorexia y Bulimia es mayor, en ambos casos, en el Colegio Privado Diferenciado (solo mujeres), sobre este aspecto Roberts, McGuiness, Bilton y Maxwell (1999) indicaron en su estudio que la mayoría de los adolescentes en gran mayoría mujeres, involucrados de las instituciones privadas (42.1%) realizaban dietas porque se sentían con sobrepeso leve y en forma general por considerarse demasiado gordas, una mayor preocupación y competencia en su apariencia física por parte de las mujeres que estudian en los colegios no mixtos que en los mixtos, a raíz de la poca interacción que presentan estas alumnas con el sexo opuesto ajenas a su entorno familiar, lo que motiva a generar una buena impresión.

En referencia a un rango de edad predominante en el que se dé una mayor presencia de conductas asociadas al desarrollo posterior de Anorexia y/o Bulimia, se encontró en los tres colegios que los alumnos de cuarto (17.6%) y quinto de secundaria (16%) son quienes tienen una mayor riesgo a desarrollar anorexia y que alumnos de segundo (5%), cuarto (4.9%) y quinto de secundaria (4.7%) son quienes tienen un mayor riesgo a desarrollar bulimia (**Tablas 10 y 11**).

Investigaciones anteriores apuntan que los rangos de edad 13 y 14, presentan mayor riesgo frente a los trastornos alimenticios, mientras que el grupo comprendido entre los 17 y 18 años presenta menor riesgo (Benítez, Carrera y Cavarri, 2004). Al contrario de lo encontrado en la investigación.

Sin embargo, Melamed, Kohan, Bunge & Arias(1999) encontraron que la presencia instalada de un trastorno alimentario en desarrollo como la Anorexia y Bulimia específicamente, en su mayoría, las adolescentes mujeres, poseían edades entre 16 y 18 años, brindando puntajes más altos que aquellas adolescentes que cursaban los años inferiores de educación secundaria debido a que consideraron según el estudio anterior al inicio de conductas de riesgo entre los 13 y 14 años, y al desarrollo en si la enfermedad entre adolescentes de los últimos años de educación secundaria (16 a 18 años).

En relación al sexo (**Tabla 13 y 14**), se pudo hallar una mayor presencia a desarrollar TCAs en alumnas adolescentes de forma general en las tres instituciones, las cuales poseen una mayor presencia de casos posibles de anorexia (14%), a diferencia de los alumnos varones (3.1%) que es menor y en relación a la bulimia se observó de igual manera aunque en menor porcentaje, que las alumnas mujeres son quienes tienen una mayor presencia de casos posibles de bulimia (4.5%), en comparación con los alumnos varones (1.2%).

Lo cual significa, que el sexo más proclive a desarrollar un trastorno alimentario es el femenino, según la prueba T de student (**Tabla 15**), la que indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la presencia de casos posibles de anorexia entre varones y mujeres ( $t= -6.259$ ;  $p<0.05$ ), siendo así que las mujeres tienen una mayor presencia de los mismos. Para el caso de la bulimia no se obtuvo diferencias significativas ( $p>0.05$ ). Ya que la diferencia entre la frecuencia de casos entre uno y otro no fue superior y notoria.

Estos resultados se pueden corroborar con lo propuesto por Melamed, Kohan, Bunge y Arias (1999) y por Ávila y Jáuregui (2015), quienes estudiaron la prevalencia de adolescentes escolarizados que padecían trastornos alimenticios, entre varios aspectos, las diferencias entre sexo. Hallando que en todos los casos de diferencias significativas las mujeres arrojaron puntajes más elevados que los varones. A las mujeres les aterraba aumentar de peso, no estaban conforme con el cuerpo que tenían y les preocupaba el deseo de ser más delgadas, en comparación al estudio a varones que brindo resultados no significativos en las

características anteriormente mencionadas. Esto explica en esencia que los trastornos alimentarios afectan notoriamente a las mujeres en la mayoría de los contextos sociales.

Con respecto al funcionamiento familiar vemos que los adolescentes pertenecientes a estos colegios, (**Tabla 16**) independientemente de ser proclives a desarrollar un TCA; que los alumnos de los colegios privados mixtos (33.8%) son quienes mayormente provienen de familias funcionales; mientras que en menor medida lo hacen los alumnos de colegios privados diferenciados (22%) y estatales (17.8%).

Sin embargo los alumnos de estas tres instituciones educativas de forma general pertenecen a familias moderadamente funcionales (Privado mixto con un 52%, estatal mixto con un 60.4% y el Privado diferenciado con un 50.6%). En menor grado, pertenecen a familias disfuncionales y a familias severamente disfuncionales (**Tabla 16**).

En relación al grado de educación secundaria y al tipo de familia, de forma general sin tomar en cuenta casos posibles de Anorexia y/o Bulimia (**Tabla 18**), se observó que los alumnos tanto de primero (36.3%) como de segundo de secundaria (30.5%) son quienes mayormente provienen de familias funcionales; mientras que en menor medida lo hacen los alumnos de tercero (23.9%), cuarto (17.6%) y quinto (18.9%).

Ahora bien, en función a los hábitos y tipo de relación familiar, independientemente de los casos de TCAs, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de instituciones nacionales y particulares, en todos los casos los alumnos de colegios particulares poseían un mejor funcionamiento familiar que sus pares de colegios nacionales ( $t=2.121$ ;  $p<0.05$ ), superándolos en las dimensiones de: cohesión, armonía, comunicación y afectividad (**Tabla 19**). Similares resultados se encontraron en relación al grado de estudios; en todos los casos los alumnos tanto de primero como de segundo de secundaria poseían una mayor funcionabilidad familiar ( $F=3.014$ ;  $p<0.05$ ),

superando a los demás grados (tercero, cuarto y quinto de secundaria) en las siguientes dimensiones: cohesión, armonía, afectividad y roles (**Tabla 21**).

Se entiende que lo anterior responde a poder comprender de forma global el tipo de dinámica familiar predominante en cada institución. En resumen los alumnos en conjunto de las tres instituciones evaluadas provienen mayormente de familias moderadamente funcionales y además se puede observar que alumnos de los primeros grados (primero y segundo) perciben que viven y se relacionan en familias funcionales, esta tendencia tiende a bajar a medida que se sube de grado de estudios el grado de funcionalidad baja y se hace menor en el último año de estudios en la secundaria.

En cuanto al estudio de los hábitos y tipo de relación familiar y el desarrollo o no de estos trastornos se encontró, que existe una relación estadísticamente significativa entre la presentación de bulimia y el funcionamiento familiar en los tres colegios, así como con las dimensiones de cohesión, armonía comunicación permeabilidad y afectividad (**Tabla 22**). En todos los casos la relación es inversamente proporcional, lo que nos indica que problemas en el funcionamiento familiar están asociados a una mayor presentación de bulimia. No encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la presentación de anorexia y el funcionamiento familiar así como en las dimensiones que se estudió en su conjunto.

En lo que concierne a la relación entre el riesgo a desarrollar TCAs como Anorexia y Bulimia y el tipo de familia se encontró que en las tres instituciones educativas el desarrollo de casos posibles de anorexia en relación al tipo de funcionamiento familiar predominante se asocian a familias moderadamente funcionales y disfuncionales (**Tabla 23**).

Ello se relaciona por un lado a que los casos posibles y pacientes con anorexia perciben una familia unida y organizada con una baja tolerancia a la resolución de conflictos (Rausch & Bay ,1997), siendo este aspecto la evitación de conflicto lo que explique el aumento de la sintomatología en la evolución propia de

la enfermedad, a medida que la falta de conciencia en el adolescente sobre su problema alimentario crece, actúa con normalidad como si nada de lo que pasara e hiciese en su vida fuera negativo para su salud, le parece habitual y ordinario; y se concibe a la familia como ideal, funcional.

Como indica González et al. (2002) este tipo de familias no resuelven sus diferencias, por lo que no se da solución a malos entendidos, se niega el padecer problemas internos. Se crea la imagen de una familia ideal, perfecta a la que nada afecta, lo cual aleja al adolescente de su realidad, de la gravedad de su situación en lo que a alimentación y nutrición se refiere.

Similares son los resultados de Thompson (2002), quien refería que algunos adolescentes que pertenecen a una familia que es demasiado unida o moderadamente unida, pueden desarrollar un trastorno alimenticio como una forma de ganar una identidad propia.

En relación a la presencia de casos posibles de Bulimia y el tipo de funcionamiento familiar es distinto a los casos de Anorexia, con un predominio de familias disfuncionales en todas las instituciones educativas (**Tabla 24**). El Colegio Privado Mixto la mayoría de ellos pertenecen a familias disfuncionales (10.8%) y son proclives al desarrollo de este trastorno alimentario. En el Colegio Estatal Mixto se encontraron dos casos en total en el nivel secundario lo que representa el 0.9% del total de la muestra, ambos casos se asocian a un tipo de familia severamente disfuncional. Y finalmente en relación al Colegio Privado Diferenciado el mayor número de casos provienen de familias disfuncionales (6.9%).

Similar a los resultados que indican en lo que se refiere a Bulimia, generalmente los adolescentes que padecen trastornos alimentarios perciben a sus familias, según Waller, Calam & Slade en 1988, como poco cohesionadas, con lazos de comunicación pobres, ello asociado a familias de tipo disfuncional. Similar a lo propuesto por Kagan & Squires (1985, citados en Wisotsky et al., 2003) indicaron que las percepciones de funcionamiento familiar en relación a Bulimia

estaba asociado con la carencia de cohesión familiar, con una percepción de una dinámica familiar en conflicto y con falta de unión afectiva y de comunicación permanente. (Strober, 1981; Johnson & Flach, 1985 citados en Fornari et al., 1999; Vidovic, et al., 2005)

Entonces se asevera que al analizar la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar TCAs, características negativas típicas de la disfuncionalidad son las correspondientes a la muestra de estudio de forma parcial, en la cual prevalece mayormente un tipo de familia moderadamente funcional y disfuncional en menor grado en relación a casos posibles de Anorexia; distinto en casos posibles de Bulimia en los que en las tres instituciones el desarrollo de este trastorno se asocia a familias disfuncionales (**Tablas 23 y 24**).

Finalmente, en función a los objetivos e hipótesis planteada en esta investigación, se ha demostrado de forma fehaciente la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en alumnos del nivel secundario; por un lado en relación a casos de Anorexia, los mismos se asocian a adolescentes provenientes de familias moderadamente funcionales y disfuncionales en menor grado, y en el caso de Bulimia se asocia a familias disfuncionales. Así como una mayor presencia de casos posibles de ambos trastornos en adolescentes de sexo femenino con edades comprendidas entre los 16 y 18 años, pertenecientes a colegios privados y de estrato socioeconómico superior y medio.

## **Capítulo 6: Conclusiones y Sugerencias**

### **6.1 Conclusiones:**

#### **Primera.**

La relación existente entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar Anorexia es mayor en adolescentes provenientes de familias moderadamente funcionales. Mientras que la relación existente entre el funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar Bulimia es mayor en adolescentes provenientes de familias disfuncionales.

#### **Segunda.**

En cuanto a la presencia de conductas de riesgo hacia los TCAs, alumnas de colegios privados diferenciados son quienes presentan una mayor predisposición a desarrollar Anorexia y Bulimia.

#### **Tercera.**

En concordancia a las variables demográficas y la presencia de casos posibles de Anorexia y Bulimia, se determinó que no existen diferencias significativas con la mayoría de ellas; solo en relación al sexo y al tipo de colegio se obtuvo diferencias significativas, lo que implica una mayor presencia de casos de Anorexia y Bulimia en el sexo femenino y en alumnos de colegios particulares.

#### **Cuarta.**

En cuanto a la relación entre el funcionamiento familiar y las variables demográficas señaladas, independientemente de los casos de TCAs, se pudo apreciar con respecto al tipo de colegio que en aquellas instituciones privadas y estatales predomina un tipo de familia moderadamente funcional; con respecto al estrato social se distingue una mayor presencia de familias funcionales en instituciones educativas particulares que en nacionales; en relación al grado, de

forma general se identificó que alumnos de primer y segundo grado de secundaria son quienes mayormente provienen de familias funcionales que los demás.

#### **Quinta.**

En relación a los hábitos y tipo de relación familiar y las variables demográficas señaladas, independientemente de los casos de TCAs, se encontró diferencias significativas con respecto al estrato social, tipo de colegio y grado de estudios.

#### **Sexta.**

En relación a los hábitos y tipo de relación familiar y la presencia de casos posibles de Anorexia y Bulimia, se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa entre la presentación de Anorexia y las dimensiones propias del funcionamiento familiar. Sin embargo según las variables estudiadas, existe una relación estadísticamente significativa entre la presentación de Bulimia y el funcionamiento familiar, en todos los casos esta relación es inversamente proporcional.



## **6.2 Sugerencias:**

### **Primera.**

Establecer la posibilidad de aplicar esta investigación a colegios nacionales diferenciados (solo mujeres), con el fin de poder comparar estos resultados con los obtenidos en el colegio privado diferenciado. No fue posible aplicar el estudio hacia este tipo de institución por motivos particulares de cada colegio al que se solicitó permiso, políticas y calendario de actividades académicas no lo permitieron.

### **Segunda.**

Implementar programas de prevención de TCAs en instituciones educativas en el distrito de Cerro Colorado, y posteriormente en la ciudad de Arequipa con el fin de prevenir la presencia de los mismos, potenciar factores de protección y facilitar el desarrollo de pensamiento crítico frente a la estética corporal impuesta socialmente.

### **Tercera.**

Los programas de prevención podrían abordar temas como: información sobre estas enfermedades, la educación alimentaria y nutricional, el desarrollo adecuado de la autoestima, autoconcepto y autoimagen, desarrollo progresivo de habilidades sociales, emocionales y comunicativas con el fin de consolidar una actitud crítica ante esta problemática, y fortalecer el conocimiento de estilos de vida saludable y actividad física adecuadas.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014) *DSM V: Criterios Diagnóstico. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona:Masson.
- Ávila,M & Jáuregui,J.(2015). Comportamientos de riesgo de trastorno alimentario entre los adolescentes y jóvenes de Nuevo León. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Instituto de Investigaciones Sociales (IINSO), Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6(1)*
- Asuero,R., Avargues,M., Martín,B & Borda,M.(2012) Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Revista Escritos de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla, España, 5(2)*
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: University Press.
- Benites, A, Carrea L. & Cavarri G. (2004). *Actitud y factores de riesgo frente a trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) en adolescentes*. Lima: Universidad Cayetano Heredia
- Bermúdez-Bautista. (2009). El rol de la insatisfacción corporal e influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, pp.9-18
- Cadena,L ;Díaz, L; Ortiz, D; Pinzón, C; Rodríguez, J & Rueda, G. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria. Elsevier, 35(2),89-94*.
- Caro, M. (1996), *Riesgo y Prevención de la Anorexia y la Bulimia*. Barcelona:Martínez
- Castillo, G. (2004). *Tus hijos adolescentes*. Ediciones Palabra. Madrid.
- Cisneros, P. (2001). Una perspectiva sociológica de la anorexia y la bulimia. Docencia e investigación 1.
- Claude-Pierre, P. (1998). *Alerta anorexia y bulimia. El lenguaje secreto de los trastornos de la alimentación*. Buenos Aires: J. Vergara.

- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-236
- Costil, C. (1998). *Conciencia y prevención en los Trastornos Alimentarios*. Barcelona: Paidotribo
- Cunha, A., Relvas, A & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 9:229
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- De la Cuesta, F.; Louro, E, Pérez.(1999). Funcionamiento familiar: Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia Ergo Sum*, 1(4)
- Dell, M.L. (1998). *Trastornos de la alimentación. Medicina para la práctica clínica* (4th ed.). Bogotá: Editora Panamericana.
- Efron, R. (1998) Subjetividad y adolescencia. *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Buenos Aires: Losada.
- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en los niños y adolescentes actuales. ¿De dónde proviene? *Archivos Argentinos de Pediatría, Buenos Aires* ,104(4) pp.348
- Fernández, M.; Masjuan, N.; Costa-Ball, D & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunplejo. *Revista oficial de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay*, 9, 153-163.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. & Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. 40, 434-441.
- French (2001). Adolescent binge/purge and weight loss behaviors: Association with developmental assets. *Journal of Adolescent Health*, 28, 211-221.
- García y Cumba de la Muela, E y Saiz Ruiz, J. (2001). *Avances en TCA: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad*. Edit. Mason, Barcelona: España.

- García , J., Sanz-Carrillo ,C.,Ibañez ,J., Lou ,S & Solano, V. Validation of the spanish version of the SCOFF Questionnaire for the detection of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2):51-55.
- Garner, D.y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11, 91-115.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hernández, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México. *Episteme*, 8 y 9. Recuperado el 14 de marzo de 2007 desde: [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a\\_anorexia.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill interamericana, México
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34, 29-43.
- Huerta, A.(2004). *TCA en los postulantes del Concurso Extraordinario de la UNSA* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.
- Hund, A.(2008). *Structural model of association between child abuse and disordered eating: Extension of the coping with trauma model* (Doctoral Thesis).University of Illinois, USA.
- Jáuregui, I. (2006). La imagen de una sociedad enferma. Barcelona: Grafema.
- Lazo, Y., Quenayaa, A. & Mayta-Tristán. (2015).Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer TCA en escolares mujeres en Lima, Perú. *Arch Argent Pediatr* 113(6):519-525.Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5546/app.2015.519>
- Levine, M.P., y Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. En L. Smolak, M.P. Levine, y R. Striegel- Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders* (pp. 235- 257). Mahwah, N.J.: Lawrence Earlbaum Associates.

- Livia, Zegarra, Ortiz, Camacho & Isidoro (2004). Trastornos de conducta alimentaria y Funcionamiento Familiar en adolescentes. *Revista Umbrales de Investigación. Instituto de la Facultad de Psicología UNFV*, 1(1), 89-117
- Lúcar, M. (2012). *Insatisfacción en la imagen corporal e influencia del Modelo Estético de la Delgadez en un grupo de adolescentes mujeres*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Maglio, A & Molina, M. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios. ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 3:1p
- McCubbin, H. y Thompson, A. (1987). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- McPherson. F. (1988). *Cognitive therapy for bulimia*. Cognitive psychotherapy. :Berlin: Springer-Verlag.
- Melamed, F., Kohan Cortada, A., Bunge, T. & Arias, C. (1999). *Conducta dietante y conformidad con el cuerpo: Diferencias de género, nivel económico social y edad*: Recuperado de [http:// www.argenet.com.ar/raica/cipal.html](http://www.argenet.com.ar/raica/cipal.html)
- Melamed, F., Kohan Cortada, A., Bunge, T. y Arias, C y Mazzeo de Benzo, V. (1999). *Evaluación de autoinformes de índice de masa corporal real y deseado en mujeres adolescentes escolarizada*. Recuperado de [http:// www.argenet.com.ar/raica/cipa2.html](http://www.argenet.com.ar/raica/cipa2.html)
- Merino, H., Pombo, M. & Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Montero y León (2007) Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; Vol. 7, No. 3, pp. 847-862.
- Morgan., Reid, F., Lacey,. J.(1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorder. *Br Med J*;1999; 319: 1467-8.
- Obiols, G y Di Segni, S. (2000) *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Olson, D., Bell, R y Portner, J. (1981). *The Family and adaptability and cohesion Evaluation Scale Faces II*. Minnesota: Family Social Science.

- Papalia, D. (1998). *Psicología del Desarrollo*. McGraw-Hill Interamericana S.A. Santa Fe de Bogotá.
- Piaget J. e Inhelder, B. (1985) El pensamiento del adolescente. *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Polivy, J & Herman, C. (1985). La ilusión de la contra-regulación. *Esses VM.Appetite*. 9 (3):161-169.
- Power, Y., Power, L. & Canada, M. (2008). Low socioeconomic status predicts abnormal eating attitudes in Latin American female adolescents. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 16(2), 136-145.
- Raich, R. (2011). *Anorexia y Bulimia, y otros trastornos alimenticios*. Ediciones Pirámide, Madrid: España.
- Rausch, C. & Bay, L. (1997). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Roberts, S., McGuiness, M., Bilton, R. y Maxwell, S. (1999) Dieting behavior among 11-15 year-old girls in Merseyside and the northwest of England. *Journal of Adolescent Health*, 25, 62-67.
- Rodriguez, A., Martínez, J., Novalbos, J., Ruiz & Jiménez, D. (1999) Ejercicio físico y hábitos alimenticios: Un estudio en adolescentes de Cádiz. *Revista Española Salud Pública. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz*, 73(1)
- Salazar, P. (2013) *Relación entre insatisfacción corporal y cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes mujeres*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica San Pablo. Arequipa, Perú.
- Sheehan, D., y Lecrubier, Y. (1997) Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). *European Psychiatry* 12: 232-241.
- Sotil, A. (2002). Influencia del clima familiar: Estrategias de Aprendizaje e Inteligencia emocional en el rendimiento académico. *Revista de Investigación en Psicología Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 5 (1)
- Striegel-Moore, R. (1993). Etiology of Binge-eating: A developmental perspective. C.G. Fairburn y W.T. Wilson (Eds.). *Binge-Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

- Tejada, L y Guillén, M. (2008). *Insatisfacción, distorsión en la percepción del peso e Índice de Masa Corporal(IMC) en adolescentes universitarios*. Tesis de Licenciatura de Psicología. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
- Thompson,C.(2002) *Teenagers and eating disorders*. Recuperado de <http://www.mirror-mirror.org/teens.htm>
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Urresti, M. (2000) *Cambio de escenarios sociales, experiencia juvenil urbana. Una escuela para los adolescentes*. Buenos Aires: UNICEF/Losada.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M. & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Waller, G., Calam, R. & Slade, P. (1988). Family interaction and eating disorders: Do family members agree? *British Review of Bulimia and Anorexia*, 3, 33-40.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotzky, W. & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11, 89-99.

## ANEXOS

### EAT-26

**Nombres y Apellidos (Solo iniciales):**

**Grado y sección:**

**Sexo: M F**

**Instrucciones:** Rellene el siguiente formulario con la mayor precisión, honesta y completamente como sea posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales

**Ponga una "X" en la letra que mejor refleje su caso. Conteste cuidadosamente.**

**A: Nunca B: Casi nunca C: Algunas veces D: Bastantes veces E: Casi siempre F: Siempre**

1. Me gusta comer con otras personas	A	B	C	D	E	F
2. Procuro no comer aunque tenga hambre	A	B	C	D	E	F
3. Me preocupo mucho por la comida	A	B	C	D	E	F
4. A veces me he "Atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	A	B	C	D	E	F
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	A	B	C	D	E	F
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	A	B	C	D	E	F
7. Evito , especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono(ej. Pan, arroz, papas)	A	B	C	D	E	F
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese mas	A	B	C	D	E	F
9. Vomito después de haber comido	A	B	C	D	E	F
10. Me siento muy culpable después de comer	A	B	C	D	E	F
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada	A	B	C	D	E	F
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicios	A	B	C	D	E	F
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	A	B	C	D	E	F
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	A	B	C	D	E	F
15. Trato en comer más que las otras personas	A	B	C	D	E	F
16. Procuro no comer alimentos con azúcar	A	B	C	D	E	F
17. Como alimentos de régimen	A	B	C	D	E	F
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	A	B	C	D	E	F
19. Me controlo en las comidas	A	B	C	D	E	F
20. Noto que los demás me presionan para que coma	A	B	C	D	E	F
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	A	B	C	D	E	F
22. Me siento incómodo(a) después de comer dulces	A	B	C	D	E	F
23. Me comprometo a hacer régimen	A	B	C	D	E	F
24. Me gusta sentir el estómago vacío	A	B	C	D	E	F
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	A	B	C	D	E	F
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	A	B	C	D	E	F

**TOTAL: \_\_\_\_\_**



## M.I.N.I

**Responda a las siguientes preguntas con veracidad**

S2	¿Has tratado de no engordar?	NO	SI
S3	¿Has tenido miedo de ganar peso? ¿Has tenido miedo de ponerte gordo(a)?	NO	SI
S4	<p>a. Has pensado que te ves muy gordo(a)? ¿Has pensado que tu cuerpo no es atractivo?</p> <p>b. La opinión que tienes de ti mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo?</p> <p>c. Has pensado que tu bajo peso es un problema?</p>	<p>NO</p> <p>NO</p> <p>NO</p>	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>
S5	<b>SOLO PARA MUJERES:</b> ¿En los últimos tres meses, dejaste de tener todos tus periodos menstruales, aunque debiste tenerlos?	NO	SI
T1	¿Te has dado atracones? Un atracón es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un periodo de 2 horas	NO	SI
T2	¿Te has dado 2 atracones o más por semana?	NO	SI
T3	¿Durante un atracón has sentido que no te puedes controlar?	NO	SI
T4	¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso?	NO	SI
T5	¿La opinión que tienes de ti mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo?	NO	SI
T6	¿Ocurren estos atracones solamente cuando sientes que estas por encima de tu peso corporal ideal?	NO	SI

## Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Nº ITEM	DESCRIPCIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

## TABLAS ANEXAS

### . Hábitos en la relación familiar y casos posibles de Anorexia y Bulimia (Según el Estrato social)

#### 1. Instituciones Educativas Particulares (Estrato social alto y medio)

		Anorexia	Bulimia
Cohesión	Correlación de Pearson	,069	-,053
	Sig. (bilateral)	,253	,380
	N	275	275
Armonía	Correlación de Pearson	-,012	-,184**
	Sig. (bilateral)	,839	,002
	N	275	275
Comunicación	Correlación de Pearson	,062	-,075
	Sig. (bilateral)	,306	,218
	N	275	275
Permeabilidad	Correlación de Pearson	,008	-,133*
	Sig. (bilateral)	,901	,027
	N	275	275
Afectividad	Correlación de Pearson	,031	-,097
	Sig. (bilateral)	,609	,110
	N	275	275
Roles	Correlación de Pearson	,098	-,043
	Sig. (bilateral)	,106	,477
	N	275	275
Adaptabilidad	Correlación de Pearson	,029	-,122*
	Sig. (bilateral)	,630	,042
	N	275	275
Funcionamiento familiar	Correlación de Pearson	,057	-,143*
	Sig. (bilateral)	,350	,018
	N	275	275

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

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

En todos los casos la relación es inversamente proporcional lo que nos indica que problemas en el funcionamiento familiar están asociados a una mayor presentación de bulimia. Dentro de las instituciones educativas particulares hallamos que existe una relación estadísticamente significativa entre la presentación de bulimia y el funcionamiento familiar ( $r = -0.143$ ;  $p < 0.05$ ), así como con las dimensiones de armonía, permeabilidad y adaptabilidad.

## 2. Instituciones Educativas Nacionales ( Estrato social bajo)

		Anorexia	Bulimia
Cohesión	Correlación de Pearson	-,133*	-,240**
	Sig. (bilateral)	,045	,000
	N	230	230
Armonía	Correlación de Pearson	-,117	-,243**
	Sig. (bilateral)	,076	,000
	N	230	230
Comunicación	Correlación de Pearson	-,093	-,125
	Sig. (bilateral)	,161	,059
	N	230	230
Permeabilidad	Correlación de Pearson	-,015	-,150*
	Sig. (bilateral)	,825	,023
	N	230	230
Afectividad	Correlación de Pearson	-,137*	-,201**
	Sig. (bilateral)	,038	,002
	N	230	230
Roles	Correlación de Pearson	,017	-,022
	Sig. (bilateral)	,798	,741
	N	230	230
Adaptabilidad	Correlación de Pearson	-,084	-,082
	Sig. (bilateral)	,202	,214
	N	230	230
Funcionamiento familiar	Correlación de Pearson	-,119	-,224**
	Sig. (bilateral)	,072	,001
	N	230	230

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

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

En todos los casos la relación es inversamente proporcional lo que nos indica que problemas en el funcionamiento familiar están asociados a una mayor presentación de bulimia. Dentro de la institución educativa nacional encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la presentación de bulimia y el funcionamiento familiar ( $r = -0.224$ ;  $p < 0.05$ ), así como con las dimensiones de cohesión, armonía, permeabilidad y afectividad.