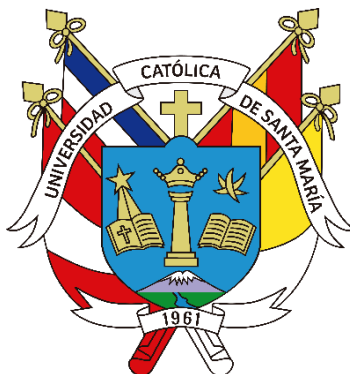


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**  
**Escuela Profesional de Psicología**



**Influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los  
trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos, Arequipa 2024**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Eduardo Diaz, Gianella Liliana**

**ORCID: 0000-0001-7050-4499**

para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Asesor (a):

**Mg. Puma Huacac, Roger Freddy**

**ORCID: 0000-0002-5439-1700**

Arequipa- Perú

2025

UCSM-ERP

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## PSICOLOGIA

### TITULACIÓN CON TESIS

#### DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Marzo del 2025

**Dictamen: 010076-C-EPSIC-2025**

Visto el borrador del expediente 010076, presentado por:

**2018202032 - EDUARDO DIAZ GIANELLA LILIANA**

Titulado:

**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LOS  
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN JÓVENES ADULTOS, AREQUIPA 2024**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA**

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA  
DICTAMINADOR**



**29680041 - LARA QUILLA JAIME ERNESTO  
DICTAMINADOR**



**42957579 - RAMOS VARGAS LUIS FERNANDO  
DICTAMINADOR**



# Influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos, Arequipa 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://repositorio.ucss.edu.pe">repositorio.ucss.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://documentos.uru.edu">documentos.uru.edu</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://diseno.uc.cl">diseno.uc.cl</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://repositorio.upsc.edu.pe">repositorio.upsc.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="https://revistas.um.es">revistas.um.es</a> Fuente de Internet	1%

## Dedicatoria

*A mi familia, por su apoyo incondicional, fortaleza y motivación, a lo largo de  
toda la carrera profesional.*

*Agradezco especialmente a mi madre Sonia, por ser mi guía y un gran ejemplo  
de vida, por enseñarme a perseverar sin importar lo difícil del camino.*

*A mis hermanas Dániza y Xiomara, por su soporte, afecto y compañía, en cada  
objetivo cumplido.*

*A mi abuelito Dante, a pesar de no tenerte más a mi lado, siempre te mantendré  
en mis recuerdos, gracias por las experiencias vividas repletas de sabiduría, bondad,  
ingenio, compasión y alegría.*

*A mis mejores amigas, por su respaldo constante en cada momento desafiante,  
gracias por su amistad auténtica y todas las risas compartidas.*

## Agradecimientos

*A los docentes de la Escuela Profesional de Psicología, por la gran formación académica proporcionada durante los último cinco años.*

*Al Mg. Roger Puma Huacac, por su asesoría brindada a lo largo de este proceso.*

*Agradezco al Mg. Luis Ramos Vargas, por su apoyo y guía desde el inicio de la presente investigación, por sus enseñanzas impartidas, paciencia, dedicación y tiempo otorgado.*



## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos, en Arequipa. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental, con diseño transeccional correlacional-causal. La muestra se conformó por 250 universitarios de pregrado de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la UCSM, hombres y mujeres, con un rango de edad entre 18-30 años; se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se empleó el test APGAR Familiar y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Los resultados evidencian la existencia de la influencia significativa de la funcionalidad familiar sobre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria. Además, se encontraron diferencias significativas entre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el sexo, siendo mayor en las mujeres. Ambos resultados coinciden con los hallazgos de los estudios previos.

**Palabras Clave:** Funcionalidad familiar, Sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria, APGAR familiar, EAT-26, universitarios.

### Abstract

The general objective of this research was to determine the influence of family functionality on the symptomatology of eating disorders in young adults in Arequipa. The study had a quantitative approach, non-experimental type of research, with a transectional correlational-causal design. The sample consisted of 250 undergraduate university students of the Faculty of Social Sciences and Humanities of the UCSM, men and women, with an age range between 18-30 years; non-probabilistic convenience sampling was used. The APGAR Family test and the Eating Attitudes Test (EAT-26) were used. The results show the existence of a significant influence of family functionality on the symptomatology of eating disorders. In addition, significant differences were found between the symptomatology of eating disorders according to sex, being higher in women. Both results are consistent with the findings of previous studies.

**Key Words:** Family Functionality, Symptomatology of eating disorders, Family APGAR, EAT-26, college students.

## Índice

Dedicatoria

Agradecimientos

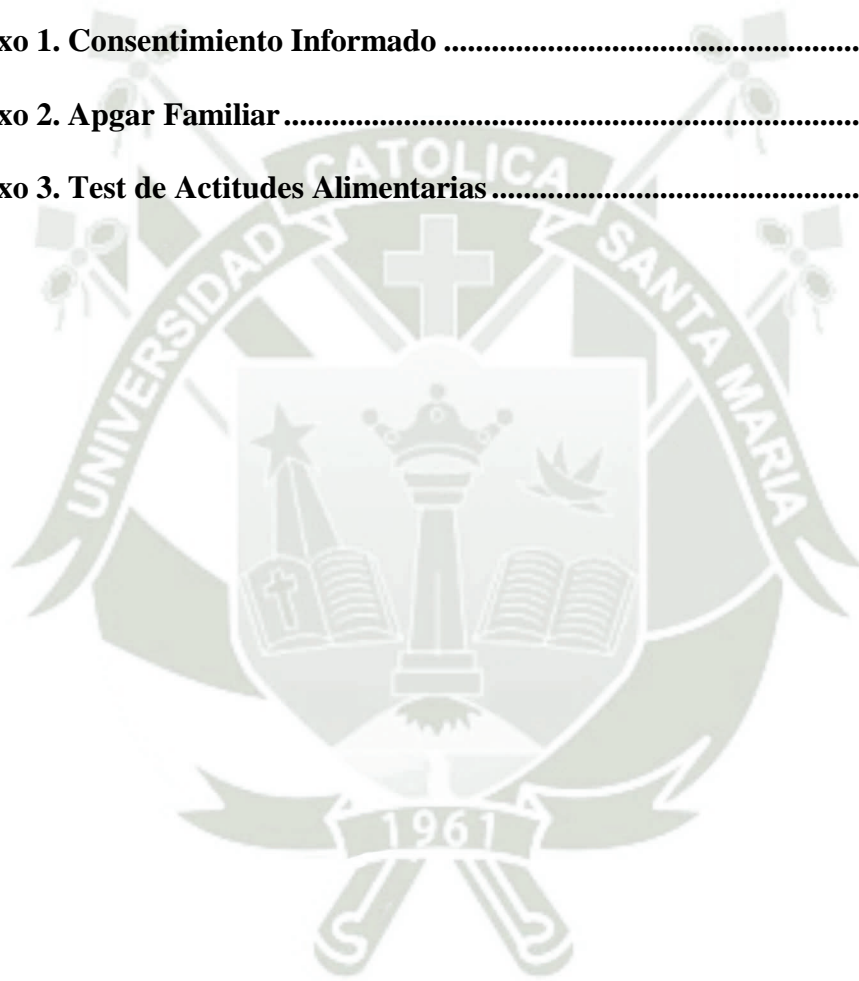
Resumen

Abstract

<b>Capítulo I. Problema y Marco Teórico</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Pregunta de Investigación</b> .....	<b>4</b>
<b>Variables</b> .....	<b>4</b>
<i>Variable Independiente: Funcionalidad Familiar</i> .....	<i>4</i>
<i>Variable Dependiente: Sintomatología de Trastornos de Conducta Alimentaria.</i>	<i>4</i>
<b>Objetivos</b> .....	<b>4</b>
<i>Objetivo General</i> .....	<i>4</i>
<i>Objetivos Específicos</i> .....	<i>5</i>
<b>Antecedentes Teórico-Investigativos</b> .....	<b>6</b>
<i>Familia</i> .....	<i>6</i>
<i>Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy</i> .....	<i>6</i>
<i>Tipos de Sistemas</i> .....	<i>6</i>
<i>La Familia como un Sistema</i> .....	<i>6</i>
<i>Tipos de Familia</i> .....	<i>7</i>
<i>Funcionalidad Familiar</i> .....	<i>8</i>
<i>Familia Funcional</i> .....	<i>8</i>
<i>Familia Disfuncional</i> .....	<i>9</i>

<i>Componentes de la Funcionalidad Familiar</i> .....	9
<i>Trastornos de Conducta Alimentaria</i> .....	9
<i>Estadísticas de Prevalencia</i> .....	10
<i>Comorbilidades</i> .....	10
<i>Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria</i> .....	11
<i>Sintomatología de la Anorexia Nerviosa</i> .....	11
<i>Sintomatología de la Bulimia Nerviosa</i> .....	12
<i>Diferencias de Género</i> .....	12
<i>Población de Riesgo</i> .....	15
<i>Factores de Riesgo</i> .....	15
<i>Consecuencias de los TCA</i> .....	17
<i>Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Sintomatología de Trastornos de Conducta Alimentaria</i> .....	17
<b>Hipótesis</b> .....	18
<b>Capítulo II. Método</b> .....	19
<b>Método</b> .....	19
<b>Instrumentos</b> .....	19
<b>Participantes</b> .....	21
<i>Criterios de Inclusión</i> .....	22
<b>Procedimiento</b> .....	23
<b>Consideraciones Éticas</b> .....	24
<b>Análisis de Datos</b> .....	24
<b>Capítulo III. Resultados</b> .....	26
<b>Discusión</b> .....	39

<b>Conclusiones .....</b>	<b>44</b>
<b>Sugerencias .....</b>	<b>45</b>
<b>Limitaciones.....</b>	<b>46</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>47</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 1. Consentimiento Informado .....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 2. Apgar Familiar .....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo 3. Test de Actitudes Alimentarias .....</b>	<b>56</b>



## Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra .....	22
Tabla 2. Niveles de Funcionalidad Familiar.....	26
Tabla 3. Niveles de Sintomatología de los TCA .....	27
Tabla 4. Prueba de normalidad.....	28
Tabla 5. Comparación de la Funcionalidad Familiar según el sexo.....	29
Tabla 6. Comparación de la Sintomatología de los TCA según el sexo .....	30
Tabla 7. Comparación de la Funcionalidad Familiar según el grupo edades .....	31
Tabla 8. Comparación de la Sintomatología de los TCA según el grupo de edades.....	32
Tabla 9. Correlación entre Funcionalidad Familiar y Sintomatología de los TCA.....	33
Tabla 10. Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Sintomatología de los TCA ...	34

## Capítulo I. Problema y Marco Teórico

### Introducción

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) están muy presentes hoy en día, ya que son uno de los problemas de salud más significativos, de manera especial en el sexo femenino y en las personas jóvenes (Castejón y Berengüí, 2020). Del mismo modo, Avalos y Grasst (2020) indican que este tipo de trastornos de conducta relacionados con la alimentación tienen una incidencia muy elevada entre los adolescentes, quienes presentan fuertes consecuencias en su salud.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria son definidos como:

Una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (DSM-5, 2014, p. 329).

Actualmente, los TCA representan una enfermedad mental con una notable morbilidad y que incluso pueden llevar a quienes los padecen a la muerte.

Anteriormente, se creía que eran patologías vinculadas únicamente en países de occidente desarrollados, sin embargo, conforme avanzan los años se encontraron en diferentes países con un desarrollo más limitado (Gaete y López, 2020). Latinoamérica presenta un incremento importante en los casos de TCA, donde está demostrado en diversos estudios en México y Colombia (Moreno y Londoño, 2017).

La sociedad consumista del presente siglo pone énfasis en estereotipos impregnados donde belleza es sinónimo de delgadez, lo cual se cree que conlleva a tener una vida exitosa. En quienes tienen mayor repercusión este tipo de mensajes en sus vidas son los jóvenes, en especial los adolescentes quienes son los que presentan mayor vulnerabilidad relacionada a malestares de su imagen corporal (Mérida y López,

2013). Del mismo modo, este trastorno mental relacionado a la alimentación afecta la confianza, independencia y autoestima de los jóvenes perjudicados (Benito y Sumire, 2018).

Por otro lado, en cuanto a las diferencias en la prevalencia de género en este trastorno, Gaete y López (2020) mencionan que “la gran mayoría de los TCA se presentan en mujeres, sin embargo, en las últimas décadas ha aumentado su diagnóstico en hombres. La proporción sexo femenino: masculino que muestran los diversos estudios varía entre 3:1 y 18:1” (p. 788), por lo cual, existe una clara predominancia de las mujeres con trastornos de conducta alimentaria. Hernández-Cortés y Londoño (2013) afirman que los TCA especialmente se presentan en mujeres en la etapa de la adolescencia y adultas jóvenes con un nivel socioeconómico medio-alto. Según el estudio comparativo de Murawski et al. (2009) encontraron que una proporción significativa de las mujeres tienen un elevado nivel de insatisfacción con la imagen corporal, siendo superior que la de los hombres.

Existen varios factores de riesgo asociados a los TCA, ya que se trata de un trastorno multifactorial. En el estudio realizado por Keel y Forney (2013) recalcan la repercusión de idealizar la delgadez, lo que conlleva al malestar debido al peso como factores de riesgo psicosocial vinculados a los trastornos de conducta alimentarios.

Entre los factores biológicos más resaltantes es el relacionado al género, ya que las mujeres tienen mayor predisposición a presentarlos que los hombres. También la edad es fundamental, debido a que estos trastornos usualmente inician en la adolescencia y a comienzos de los 20 años (Levická et al., 2014). Los factores de riesgo individuales se relacionan con la insatisfacción de la imagen corporal y con la presencia de actitudes o creencias personales negativistas en cuanto a la figura propia (Hernández-Cortés y Londoño, 2013).

Una escasa funcionalidad familiar también es un factor de riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentario. Moreno y Londoño (2017) indican que “factores como la intrusión, censura y crítica de los padres y el poco apoyo recibido son elementos que causan distanciamiento en la familia y así se perpetúa el riesgo de TCA” (p. 240). La existencia de una familia disfuncional se asocia con la gravedad de los TCA, especialmente en los síntomas de la bulimia y una reducida autoestima (Leija et al., 2011). De igual forma, Avalos y Grasst (2020) encontraron que la gravedad de los trastornos de conducta alimentarios es mayor en las familias que son más disfuncionales, donde prevalecen la escasez de confianza y de una relación empática, una disminución en la exteriorización de emociones y en el diálogo al interior de la familia.

El presente estudio tiene la finalidad de brindar información sobre la influencia de la funcionalidad familiar en el desarrollo de sintomatología de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos. Los TCA se relacionan con gran cantidad de factores de riesgo, sin embargo, la familia al ser un componente fundamental en la formación de los hábitos alimenticios de los jóvenes, puede llegar a repercutir negativamente en sus vidas hasta el punto de distorsionar sus ideas sobre una falsa belleza, la cual excede los límites de su salud física y mental.

Los resultados del estudio podrán ser utilizados como factores preventivos y de promoción, para concientizar tanto a los padres como a los hijos sobre los riesgos de presentar una familia disfuncional en la sintomatología de TCA, donde se realicen programas de promoción sobre dinámicas familiares saludables y de impacto positivo en el desarrollo socioemocional de sus hijos.

## **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos en Arequipa?

## **Variables**

### ***Variable Independiente: Funcionalidad Familiar***

Definido como la agrupación de relaciones interpersonales producidas dentro de cada familia, la cual constituye el ambiente familiar, regulando el desenvolvimiento entre familiares como un todo (De la Cruz y Lima, 2017). La variable se midió mediante el cuestionario APGAR Familiar, el cual evalúa el nivel de funcionamiento familiar. Se presentan los siguientes niveles: funcionalidad normal, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa.

### ***Variable Dependiente: Sintomatología de Trastornos de Conducta Alimentaria***

Definido como un conjunto de síntomas relacionados a una alteración constante en la ingesta de alimentos o comportamental de la alimentación, lo cual conlleva a una variación al momento de consumir alimentos, provocando así un daño importante en el bienestar físico o psicológico y social (DSM-5, 2014). La variable se midió con el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), el cual evalúa los síntomas asociados a los TCA. Se aprecian los siguientes niveles de sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria: nivel bajo, nivel medio y nivel alto.

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos en Arequipa.

### *Objetivos Específicos*

Describir los niveles de funcionalidad familiar en jóvenes adultos en Arequipa.

Describir los niveles de sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos en Arequipa.

Comparar la funcionalidad familiar según el sexo en jóvenes adultos en Arequipa.

Comparar la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el sexo en jóvenes adultos en Arequipa.

Comparar la funcionalidad familiar según la edad en jóvenes adultos en Arequipa.

Comparar la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según la edad en jóvenes adultos en Arequipa.

## **Antecedentes Teórico-Investigativos**

### ***Familia***

Es un elemento biopsicosocial que aporta a la salud de cada uno de sus miembros, mediante la transferencia de creencias y valores de padres a hijos, así como la toma de decisiones, influyen en el grupo familiar (Forero et al., 2006). Referido a un conjunto de personas con una fuertes vínculos emocionales, con vivencias en común y con un futuro como agrupación, estas relaciones perduran en el tiempo (De la Cruz y Lima, 2017). La familia es el elemento principal de toda sociedad, ya que es desde el ambiente familiar donde los hijos desarrollan su identidad y aprenden a relacionarse con los demás (Avalos y Grasst, 2020).

### ***Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy***

Rivas-Santiago (2022) describe al sistema conceptualizado por el autor Bertalanffy en el año 1947, como un grupo de elementos complejos que interactúan entre sí y se encuentran coordinados, con el fin de alcanzar determinados objetivos.

### ***Tipos de Sistemas***

La Teoría General de Sistemas (TGS) los divide en sistema cerrado y abierto. Ossa (2016) explica al Sistema Cerrado como capaz de realizar un intercambio de energía y de información, sin embargo no es posible de la materia con el entorno; por otro lado, el Sistema Abierto es el tipo de sistema en el cual se da el intercambio de energía, materia y también de la información con el entorno donde se encuentran.

### ***La Familia como un Sistema***

Rothbaum et al. (2002) la describen como intercambios de comportamiento de una interacción específica entre miembros de una familia, también fundamenta que estos patrones de interacción producen comportamientos problemáticos y no problemáticos. De la Cruz y Lima (2017) explican al sistema disfuncional familiar

según la Teoría General de Sistemas, como la falta de intercambio comunicacional, conflictos entre miembros de la familia, ausencia de límites, falta de claridad en los roles e inflexibilidad en la toma de decisiones.

### ***Tipos de Familia***

Mayorga y Salazar (2019) realizan la división en tres grupos de familias según la estructura:

**Familias Tradicionales.** Sus inicios se dan con anterioridad al tiempo de modernización, se clasifica en dos: Familia nuclear tradicional, formada por un matrimonio con presencia de hijos o no; por otra parte, la Familia extensa, compuesta por más generaciones en las que conviven un matrimonio, hijos, abuelos, tíos o primos.

**Familias No Tradicionales.** Son aquellas con una estructura aumentada por consecuencia de la modernidad, las explica en cuatro tipos diferentes: Familia nuclear moderna de hecho o consensual, referida a un hombre y una mujer con una unión consensuada, con descendencia o sin ella; la Familia monoparental, formada por uno de los padres a cargo de uno o más hijos menores de edad o mayores dependientes económica, física o emocionalmente; la Familia monoparental adulta, constituida por un progenitor con uno o más hijos adultos de origen biológico o por adopción, donde en ciertas familias se intercambian los roles, siendo los hijos que realizan el rol de atención y cuidado; por último, la Familia multiestructural, formada por un matrimonio o unión de hecho, con o sin descendientes comunes o de anteriores uniones, de uno o de los dos integrantes de la relación.

**Familias con Estructura Derivada de Situaciones Especiales.** Existe cuatro tipos distintos: La Familia abuelidal, conformada por uno o ambos abuelos de parte materna o paterna y de uno a más nietos, el término abuelidal describe a los abuelos a cargo de los nietos, cumpliendo un rol doble de abuelos y padres de manera simultánea;

la Familia colateral, constituida por un matrimonio o unión de hecho entre un hombre y una mujer, con descendencia o no, además de más de uno o más sobrinos de origen biológico o por adopción de alguno de los integrantes, donde se asume el rol de progenitor de los sobrinos; la Familia fraternal, está compuesta por únicamente hermanos y/o hermanas, ya sea la familia formada por hermanos adultos y menores de edad, donde los primeros asumen el rol de padres, como también la familia con hermanos mayores de edad quienes se encargan del círculo familiar; para concluir, la Familia poligínica, integrada por un esposo y más de una esposa, junto a los hijos de cada esposa, los cuales el marido, esposas e hijos pueden compartir vivienda o tener hogares separados.

### ***Funcionalidad Familiar***

Definido como la agrupación de relaciones interpersonales producidas dentro de cada familia, la cual constituye el ambiente familiar, regulando el desenvolvimiento entre familiares como un todo (De la Cruz y Lima, 2017). Es la habilidad de los miembros del núcleo familiar para desarrollar cambios y ajustes en sus formas de interactuar, con lo cual se produzca satisfacción en sus necesidades en cada etapa del ciclo vital (García-Méndez et al., 2017).

### ***Familia Funcional***

Se da cuando existen comportamientos de ayuda, comprensión y ánimo entre cada uno de sus miembros, como también familiares comunicativos y cohesionados entre sí (Castilla et al., 2014). Del mismo modo, Benito y Sumire (2018) refieren que para el desarrollo de una familia funcional, es necesario la expresión de amor de padres a hijos, comprensión, paciencia, apoyarlos a tener una vida placentera, tener una convivencia positiva y contar con tiempo libre para pasar en familia.

### *Familia Disfuncional*

Referida a una familia donde existen frecuentemente conflictos en la relación entre los miembros del núcleo familiar, lo que conlleva a problemas de conducta de los hijos, como consecuencia de la inestabilidad familiar (Mendoza, 2012). De la misma forma, una familia disfuncional incrementa con la ausencia de límites, confusión de roles y una comunicación escasa (Zumba, 2017).

### *Componentes de la Funcionalidad Familiar*

Smilkstein (1978) elaboró el instrumento APGAR Familiar, en el cual se describe cinco tipos de componentes con relación al funcionamiento familiar:

**Adaptabilidad.** Referida al empleo de herramientas intra y extra-familiares enfocadas a la resolución de crisis.

**Cooperación.** Involucra la colaboración entre la familia, división de responsabilidades, adopción de decisiones.

**Desarrollo.** Vinculado a la madurez socioemocional y física, mediante la ayuda y guía de la familia.

**Afectividad.** En cuanto a las relaciones familiares de amor y cuidado, demostración de diferentes emociones.

**Capacidad Resolutiva.** Relacionado a la asignación de tiempo, espacio y recursos indispensables para satisfacer las necesidades emocionales y físicas.

### *Trastornos de Conducta Alimentaria*

El DSM-5 (2014) conceptúa a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) como una alteración constante en la ingesta de alimentos o comportamental vinculado a la alimentación, lo cual conlleva a una variación al momento de consumir alimentos, provocando así un daño importante en el bienestar físico o psicológico y social.

### ***Estadísticas de Prevalencia***

A nivel mundial se estima que aproximadamente ocho millones de personas sufren de los trastornos de conducta alimentaria, entre ellos se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y trastorno por atracones (Levická et al., 2014). La prevalencia de los TCA ha ido aumentando, entre los años 2000 al 2006, la media ponderada era del 3.5%, mientras que entre los años 2013-2018 incrementó a 7.8% (Galmiche et al., 2019).

A nivel latinoamericano, en Chile, Vicente et al. (2012) encontraron una prevalencia del 0.3% de TCA en jóvenes hombres y mujeres entre 12 a 18 años. Estudios efectuados en Colombia en población de universitarios, la prevalencia de trastornos de conducta alimentarios se encuentra entre 18.9% y 39.7%, en los cuales se da con mayor frecuencia la bulimia nerviosa que la anorexia nerviosa en adolescentes de sexo femenino y jóvenes adultos (Fajardo et al., 2017).

A nivel nacional, en Perú existe una alta prevalencia en las zonas de tipo urbano, donde la tendencia de problemas alimentarios alcanza el 6.0% en Lima y Callao, en los cuales la prevalencia en mujeres representa un 7.1% y en los hombres 4.9% (Documento técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú, 2017). El Diario La República (2021) afirma que el Seguro Social de Salud (EsSalud) alerta que se han duplicado los casos de TCA durante la pandemia, incluso que la edad de inicio es más temprana.

### ***Comorbilidades***

Los Trastornos de Conducta Alimentaria pueden presentarse al mismo tiempo con otros trastornos mentales, lo que dificulta su tratamiento dependiendo de la gravedad de la condición. Entre las comorbilidades más constantes son la ansiedad y depresión, así como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, conductas de tipo suicida,

Trastornos de Personalidad y por consumo de sustancias, los últimos dos siendo desde la etapa de la adolescencia (Arija-Val et al., 2022).

### *Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria*

Garner y Garkinfel (1979) crearon el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), donde se describen tres tipos de factores de riesgo de desarrollar sintomatología de los TCA:

**Dieta.** Vinculada a evitar alimentos que involucren subir de peso, así como la preocupación de adelgazar.

**Bulimia y Preocupación por la Comida.** Referido a los pensamientos sobre la ingesta de alimentos.

**Control Oral.** Se relaciona con el autocontrol al momento de consumir alimentos, así como la presión observada de su entorno con el fin de aumentar de peso.

### *Sintomatología de la Anorexia Nerviosa*

Según el DSM-5 (2014) la Anorexia Nerviosa se caracteriza por cumplir con la siguiente sintomatología para su diagnóstico: La ingesta energética restrictiva es vinculada con las necesidades, conllevando de esta forma a un peso corporal bajo significativo. Existe un temor profundo a subir de peso o engordar, acompañado de un frecuente comportamiento como interferencia en la subida de peso, y la percepción de la forma de su propio cuerpo está alterada. Entre los tipos de anorexia nerviosa está de tipo restrictivo y de tipo con atracones o purgas, el primer tipo se asocia a la disminución de peso por dietas, ayunos y exceso de ejercicio en el transcurso de los últimos tres meses. El tipo con atracones o purgas sucede cuando la persona tuvo episodios frecuentes de vomito autoprovocado, inadecuado empleo de laxantes, enemas o diuréticos, esto a lo largo de los últimos tres meses.

### *Sintomatología de la Bulimia Nerviosa*

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por tener la siguiente sintomatología para el establecimiento de su diagnóstico: Frecuentes episodios de atracones, lo cuales constan de dos partes: la ingesta en un tiempo específico de grandes porciones de alimentos y tener la sensación de no tener control sobre la comida ingerida anteriormente. Están presentes constantes comportamientos de tipo compensatorio que no son apropiados, tales como el vómito autoprovocado o el uso de laxantes. Los atracones acompañados de los comportamientos de tipo compensatorios que no son apropiados, deben tener un promedio de mínimo una vez a la semana durante un periodo de tres meses. La autoevaluación está influenciada por la complexión y el peso corporal. La alteración no es efectuada de manera exclusiva en el transcurso de los episodios de anorexia nerviosa (DSM-5, 2014).

### *Diferencias de Género*

Benito y Sumire (2018) realizaron un estudio correlacional causal, no experimental y transversal, sobre la “Influencia del ambiente familiar en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con anorexia y bulimia del Hospital Honorio Delgado Espinoza” en Arequipa, Perú. Con el objetivo de determinar la influencia del ambiente familiar en el desarrollo de TCA en pacientes con anorexia y bulimia. La muestra se conformó de 30 pacientes pertenecientes al área de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con anorexia y bulimia, se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas estructuradas. Se encontró que del total de pacientes, 93.8% son mujeres jóvenes, por lo que existen diferencias significativas a comparación del sexo masculino.

Flores (2017) efectuó un estudio correlacional, no experimental y transversal, sobre el “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”, en Perú. Con el objetivo de identificar la relación existente entre las dos variables. La muestra se conformó por 746 estudiantes de secundaria, los instrumentos utilizados fueron EAT-26, Instrumento de Confirmación de TCA y FF-SIL. Se encontró con respecto al sexo, mayor cantidad de casos en mujeres que en varones con relación a la anorexia.

Paz (2016) desarrolló un estudio correlacional, no experimental y transversal, sobre los “Factores asociados a síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la universidad privada de Tacna ciclo 2014-II”, en Perú. El cual tuvo como objetivo determinar la asociación entre factores como edad y sexo, con los síntomas de problemas alimenticios. La muestra se conformó de 355 estudiantes, el instrumento empleado fue el Inventario de trastornos alimentarios (EDI-2). Entre las diferencias de sexo se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes mayores en las subescalas de deseos de adelgazar, desconfianza y alexitimia.

Así mismo, Moreno y Londoño (2017) realizaron un estudio cuantitativo, correlacional y transversal sobre los “Factores familiares y personales predictores de Trastornos de Conducta Alimentaria en jóvenes” en Bogotá, Colombia. El cual tuvo como objetivo validar el modelo predictivo del riesgo de tener un TCA en jóvenes mediante la medición de variables de conducta alimentaria, insatisfacción del cuerpo, índice de masa corporal, funcionamiento familiar y el uso de críticas hacia el joven sobre el peso y forma de su cuerpo, en jóvenes y padres. La muestra se conformó de 208 participantes, quienes 104 eran adolescentes entre 11 y 18 años, mientras que 104 eran familiares significativos para los jóvenes. Se aplicó los instrumentos: EAT-26, ECA, APGAR Familiar, FEICS y el IMC, validados para población de Colombia. Se concluye en relación con las diferencias de sexo en el desarrollo de los TCA: Ser mujer con un

índice de masa corporal elevado, produce una afectación con la satisfacción de la imagen corporal de jóvenes y adultos, asociado a patrones divulgados en diversas fuentes de comunicación como el enfoque en la belleza, la adoración al cuerpo y la edad juvenil.

Fajardo et al. (2017) efectuaron un estudio descriptivo y transversal, sobre la “Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá – Colombia”, con el objetivo de describir la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, estado nutricional y consumo de alimentos en una población escolar de secundaria de colegios públicos y privados. La muestra se conformó por 671 estudiantes entre 10 a 20 años, se aplicó el cuestionario SCOFF y una encuesta de un consumo de alimentos. Se encontró una prevalencia del 30,1% de riesgo de presentar TCA, de la cual el riesgo en las mujeres era de 41,3%.

Cruzat-Mandich et al. (2016) desarrollaron un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptiva y correlacional, sobre la “Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años” en Santiago, Chile. Tuvo como objetivo describir variables y dimensiones psicológicas sobre la imagen corporal entre adolescentes y jóvenes adultos. Su muestra se conformó de 1.438 estudiantes. Se utilizaron los instrumentos: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), Inventario de síntomas de Derogatis revisado (SCL-90 R) y Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). Además, se aplicó un cuestionario demográfico clínico sobre los datos de los participantes. Se concluye con relación a las diferencias de sexo, que las mujeres tienen una gran preocupación por el motivo de estar delgadas, lo que es superior de manera significativa a los hombres dentro del rango de edad estudiado.

### ***Población de Riesgo***

En el artículo de revisión realizado por Gaete y López (2020) en Santiago de Chile, sobre los “Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral”, tiene como objetivo contribuir al conocimiento sobre los TCA en adolescentes. Describen que los TCA tienen inicio habitual en la adolescencia, en específico la anorexia nerviosa comienza mayormente en la adolescencia temprana a media, con una clara incidencia mayor entre mujeres de 15 a 19 años. Mientras que la bulimia nerviosa tiene un inicio usualmente en la adolescencia tardía. La proporción de comparación entre sexo femenino y masculino fluctúa entre 3:1 y 18:1.

Camarillo et al. (2013) en su estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, tuvo como objetivo conocer la “Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes”, en México. Su muestra se conformó de 273 estudiantes de 13 a 16 años, 135 hombres y 138 mujeres. Se emplearon los instrumentos ETA-26 y la Escala de evaluación de imagen corporal de Gardner. Se encontró que el 6% de las mujeres mostraban mayor riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, mientras que sólo 3% de los hombres lo tenían.

### ***Factores de Riesgo***

**Factores de Riesgo Psicosocial.** El incremento de la idealización de la delgadez, en específico de la mujer, fue aumentando desde el siglo 20, con lo cual se dio el aumento a la par de la incidencia de los TCA, sobre todo de la anorexia y bulimia nerviosa (Keel y Forney, 2013). Vivir en una cultura social enfocada en la belleza, el cuerpo y la etapa juvenil, produce una afectación en la satisfacción de la imagen corporal (Moreno y Londoño, 2017). Del mismo modo, la presión social con el ideal de ser aceptada por los demás solamente si eres delgada, conduce a empezar dietas

extremas y la reducción del consumo de alimentos, lo que agrava el desarrollo de este tipo de trastornos en las mujeres (Guadarrama y Mendoza, 2011).

**Factores de Riesgo Individuales.** Los rasgos de personalidad como una intensa emotividad y perfeccionismo, junto a la constante preocupación por el peso, conllevan a sentimientos de angustia, lo que conforma un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas de los TCA (Keel y Forney, 2013). De igual manera, Hernández-Cortés y Londoño (2013) mencionan que la falta de satisfacción de la propia imagen, acompañado de creencias personales negativas, aumenta la carencia de aceptación de uno mismo. La angustia persistente por la figura del propio físico, la imagen corporal, preocupación por el peso, afectan directamente la salud física y psicológica de las personas (Moreno y Londoño, 2017).

**Factores de Riesgo Familiares.** Es propio de las familias donde la confianza es muy limitada al igual que la empatía, hay carencia en la expresión de emociones y una falta de diálogo entre familiares (Avalos y Grasst, 2020). Frieiro et al. (2021) mencionan que las dinámicas familiares con un clima inflexible y reglas bastante severas, pueden influir en la presencia de síntomas que originen un TCA. De la misma forma, las familias donde existe una estructura inestable, rígida y controladora, aumenta el riesgo que un familiar desarrolle sintomatología de TCA, en especial las hijas adolescentes quienes presentan mayor vulnerabilidad (Benito y Sumire, 2018). Así mismo, un entorno familiar donde se transmite una amplia importancia al peso y a la forma corporal, también puede contribuir a incrementar los trastornos alimentarios (White et al., 2023).

### ***Consecuencias de los TCA***

Las autolesiones, los intentos de suicidio y la muerte forman parte de algunas consecuencias mayormente graves de los trastornos alimentarios (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). Benito y Sumire (2018) mencionan como consecuencia de la reducción en el consumo de alimentos y la pérdida de peso, la persona con TCA se vuelve más débil físicamente, por lo cual tiene mayores probabilidades enfermarse y que sus órganos funcionen de forma inadecuada.

### ***Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Sintomatología de Trastornos de Conducta Alimentaria***

Flores (2017) halló una relación estadísticamente significativa entre el riesgo a desarrollar TCAs como Anorexia y Bulimia, y el tipo de familias moderadamente funcionales y disfuncionales; donde el 8.8% de los alumnos de colegio privado mixto presentan familias disfuncionales relacionado al riesgo a desarrollar anorexia, y el 13.0% de los estudiantes de colegio estatal mixto presentan familias disfuncionales vinculado al riesgo a desarrollar anorexia. También se encontró que el 10.8% de los alumnos de colegio privado mixto presentan familias disfuncionales asociado al riesgo a desarrollar bulimia, y el 0.9% de los estudiantes de colegio estatal mixto presentan familias severamente disfuncionales relacionado al riesgo a desarrollar bulimia. Del mismo modo, Bravo de Rueda (2012) obtuvo una relación inversa significativa entre la dimensión vinculada al apoyo percibido por parte materna con las escalas de bulimia y perfeccionismo, siendo las últimas con puntajes menores en los adolescentes evaluados.

Por otro lado, De la Cruz y Lima (2017) obtuvieron como resultado una relación significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de los TCA en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua, donde el 75.3% presenta una disfunción familiar leve y el 30.1% presenta un riesgo alto de sufrir trastornos de

conducta alimentarios. Leija et al.(2011) hallaron una relación significativa entre el nivel de funcionamiento de la familia y la sintomatología referente a la bulimia. Del mismo modo, Vallejos-Saldarriaga y Vega-Gonzales (2020) afirman en su investigación, una relación significativa entre la funcionalidad familiar y los trastornos alimentarios, por lo que se resalta la importancia del rol paternal como actores preventivos de este tipo de trastornos mentales. Aguilar (2019) encontró que el 56.6% de participantes que presentan disfunción familiar, también tienen riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria. Benito y Sumire (2018) hallaron que la relación con los padres es un factor determinante en el desarrollo de TCA, donde el 59.4% de pacientes con anorexia del Hospital Honorio Delgado Espinoza tiene una relación regular.

Avalos y Grasst (2020) encontraron que la gravedad de los TCA se incrementa en las familias que presentan mayor disfuncionalidad, donde se resalta una escasez de confianza, empatía, una expresividad emocional reducida y disminución en la interacción comunicacional entre los miembros de la familia, lo cual implica un entorno con mayor deterioro y relaciones negativas intrafamiliares. De igual forma, Levická et al. (2014) hallaron que el 78.02% de los participantes presentan factores de riesgo en su familia para el desarrollo de los TCA, entre ellos se encuentran las dietas, divorcio de padres, muerte de una figura paterna, fracaso en resolver conflictos, sobreprotección y rechazo emocional, lo cual impacta negativamente en la funcionalidad de sus familias.

### **Hipótesis**

H<sub>i</sub>: La funcionalidad familiar influye en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos en Arequipa en el año 2024.

## Capítulo II. Método

### Método

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, ya que se realizó la medición de las variables y se empleó el análisis estadístico, se utilizó el tipo de investigación no experimental al no existir manipulación de variables, no se produce ninguna situación por lo que únicamente se observan las que ya existen sin intención de generarlas; con diseño transeccional correlacional-causal, dado que se describe la relación causa-efecto entre dos variables que fueron medidas solo una vez en el tiempo, no existe control directo ni se puede influenciar las variables porque ya están manifestadas en la realidad, lo cual aplica tanto para las causas y los efectos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

### Instrumentos

#### *APGAR Familiar*

Como primer instrumento de medición para la variable funcionalidad familiar, se utilizó el test psicológico APGAR Familiar, el cual tiene como objetivo identificar la funcionalidad de la familia de una persona, así como una posible disfuncionalidad familiar. Fue elaborado por Smilkstein en el año 1978 y validado a la población peruana por Castilla et al. en el año 2014. El cuestionario contiene 5 componentes para evaluar el nivel de funcionamiento familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Es un cuestionario autoadministrado con 5 ítems, con tiempo de aplicación entre 10-15 minutos, presenta cinco tipos de respuesta con escala Likert de 0-4 puntos: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), casi siempre (3) y siempre (4). La puntuación mínima es de 0 puntos y la máxima es de 20, donde puntuaciones de 17-20 presenta un nivel de funcionalidad familiar normal, 16-13 existe disfunción leve, 12-10 disfunción moderada y puntajes menores o iguales a 9 significa disfunción severa en la

familia. La escala APGAR Familiar fue validada en población peruana, estudio en el cual Castilla et al. (2014) demostraron que la prueba contiene como fuente de evidencia de validez basada en la estructura interna, ya que se realizó un análisis factorial exploratorio, encontrando una clasificación moderada-alta de los coeficientes de correlación. En cuanto a la confiabilidad, el mismo estudio empleó el método por medidas de consistencia interna, obteniendo un alfa de Cronbach de .785, siendo medidas adecuadas en confiabilidad (Castilla et al., 2014).

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

Como segundo instrumento de medición de la variable sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria, se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), el cual tiene como objetivo identificar conductas de riesgo de TCA, incluyendo anorexia y bulimia nerviosa. Fue creado inicialmente por Garner y Garkinfel (1979) y validado en la población peruana por Jara en el año 2020. La versión original se conforma de 40 ítems, por lo que se trata de una versión abreviada al contar con 26 ítems divididos en tres factores: Dieta (con los ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25), Bulimia y preocupación por la comida (con los ítems: 3, 4, 9, 18, 21, 26), y Control oral (con los ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). Se trata de un cuestionario autoadministrado, con tiempo de aplicación entre 10-15 minutos, cuenta con cinco tipos de respuestas con escala likert de 0-3 puntos: siempre (3), casi siempre (2), a veces (1), casi nunca (0) y nunca (0); a excepción del ítem 25 que se puntúa de forma inversa. La puntuación total se divide en tres niveles, donde el puntaje menor o igual a 8 indica un nivel bajo, puntaje menor o igual a 19 pertenece al nivel medio y un puntaje mayor o igual a 21 se relaciona con un nivel alto de presentar sintomatología de TCA. La escala EAT-26 fue validada en población peruana, estudio en el cual Jara (2020) demostró que la prueba contiene como fuente de evidencia de validez basada en la estructura interna,

ya que se realizó un análisis factorial entre los ítems y factores de la prueba; de esta forma encontrando que la relación es adecuada y presenta compatibilidad. En cuanto a la confiabilidad, el mismo estudio empleó el método por medidas de consistencia interna, obteniendo valores altos mediante el coeficiente Omega de .90, siendo medidas altas en confiabilidad (Jara, 2020).

### **Participantes**

La población estuvo conformada por estudiantes pregrado de la Universidad Católica de Santa María (UCSM) de la ciudad de Arequipa, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, de las escuelas profesionales de Trabajo social, Educación inicial, Psicología, y Publicidad y multimedia; con un total de 2000 alumnos aproximadamente. El tamaño de la muestra fue acorde a la información de los antecedentes investigativos, por lo que estuvo compuesta por 250 universitarios de pregrado, hombres y mujeres, con un rango de edad entre 18-30 años. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se tuvo en cuenta la disponibilidad de los participantes del estudio.

**Tabla 1***Características sociodemográficas de la muestra*

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	115	46.0%
Femenino	135	54.0%
Edad		
18 a 21 años	180	72.0%
22 a 25 años	45	18.0%
26 a 30 años	25	10.0%
Escuela profesional		
Trabajo social	54	21.6%
Educación inicial	63	25.2%
Psicología	56	22.4%
Publicidad y multimedia	77	30.8%

En la Tabla 1 se observa las características sociodemográficas de los participantes, con relación al sexo, el 54.0% fueron mujeres; con respecto a la edad, el 72.0% pertenecieron al grupo entre 18 a 21 años, y el 30.8% formaron parte de la escuela profesional de Publicidad y multimedia.

### ***Criterios de Inclusión***

Los participantes deben ser estudiantes pregrado de las escuelas profesionales de Trabajo social, Educación inicial, Psicología, y Publicidad y multimedia, de sexo masculino o femenino, encontrarse dentro del rango de edades preestablecido, y quienes acepten voluntariamente formar parte del estudio cumpliendo con el llenado del consentimiento informado.

### **Procedimiento**

En primer lugar, se realizó la elaboración de los formatos de aplicación de los instrumentos APGAR Familiar y EAT-26, mediante el software Microsoft Word. En segundo lugar, el proyecto de tesis fue enviado a la dirección de la Escuela Profesional de Psicología de la UCSM. Después de obtener la aprobación del proyecto, se solicitó permiso a los directores de las escuelas profesionales de Trabajo social, Educación inicial, Psicología, y Publicidad y multimedia, para poder aplicar los instrumentos de evaluación, mediante una carta de solicitud donde se les informe los objetivos del estudio. La aplicación fue de forma presencial mediante los formatos elaborados con anterioridad, a excepción de la escuela profesional de Trabajo social, tomando en cuenta la modalidad de estudios a distancia, quienes en coordinación con los tutores se les compartió un enlace con los instrumentos a través de la herramienta virtual Formularios de Google. Los participantes fueron informados del objetivo del estudio, teniendo que aceptar ser parte de la investigación mediante el consentimiento informado, para más adelante continuar con el llenado de los test psicológicos, lo cual tuvo una duración aproximada de 30 minutos. Para finalizar, los datos obtenidos fueron recolectados mediante el programa Microsoft Excel y posteriormente analizados con el software estadístico JAMOVI versión 2.3.18. Al contar con los resultados estadísticos por cada

objetivo, se procedió con su análisis, interpretación y discusión, finalizando con las conclusiones y sugerencias.

### **Consideraciones Éticas**

La muestra seleccionada pudo decidir su participación en el estudio al llenar un consentimiento informado (Anexo 1). En este consentimiento se informó sobre el objetivo del estudio, la duración aproximada, los procedimientos utilizados, participación voluntaria y el derecho a poder decidir cuándo retirarse, los posibles riesgos, beneficios del estudio, derechos de confidencialidad de los participantes, la no presencia de incentivos por participar e información de contacto de la investigadora mediante el nombre completo y correo institucional. Se aclaró que la participación fue anónima al no pedir identificación, y confidencial en resultados del análisis y procesamiento de datos, los cuales fueron utilizados solo con fines investigativos. Especificando que la participación del estudio no significó daños a su salud, al ser los riesgos mínimos o nulos. Se proporcionó la información completa del estudio a los participantes, por lo que no existió engaño ni fue necesario la aplicación del debriefing. Se otorgaron los datos de nombre y correo institucional de la investigadora para quienes requirieron conocer los resultados del estudio, presenten dudas o preguntas.

### **Análisis de Datos**

Se digitalizaron los datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. La base de datos se importó al software estadístico JAMOVI versión 2.3.18. Se utilizó la estadística descriptiva en las variables de estudio. En las variables categóricas se utilizaron tablas de frecuencias (frecuencias y porcentajes) y para las variables numéricas se presentaron los estadísticos de la Media y la Desviación Estándar. Se evaluó la distribución normal en las variables numéricas para conocer si siguen o no siguen la normalidad, a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se aplicó la comparación al tener una variable

numérica (puntajes de la funcionalidad familiar) y una variable categórica (sexo), se cumplió con la normalidad por lo que se empleó la prueba  $t$  de Student de muestras independientes. Se realizó la comparación al tener una variable numérica (puntajes de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria) y la variable categórica (sexo), no se cumplió con la normalidad por lo que se utilizó la prueba  $U$  de Mann Whitney. Se aplicó la comparación al tener una variable numérica (puntajes de la funcionalidad familiar) y una variable categórica (grupos de edades), se cumplió con la normalidad por lo que se empleó la prueba ANOVA de un factor. Se realizó otra comparación al tener una variable numérica (puntajes de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria) y la variable categórica (grupos de edades), no se cumplió con la normalidad por lo que se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Se efectuó la correlación con la prueba  $\rho$  de Spearman, al tener una variable numérica que cumplió con la normalidad (puntajes de la funcionalidad familiar) y otra variable numérica que no cumplió con la normalidad (puntajes de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria). Por último, se aplicó la predicción al tener dos variables numéricas con alcance explicativo (causa-efecto) de las variables (puntajes del funcionamiento familiar y puntajes de la sintomatología de los TCA), empleando la regresión lineal simple.

**Capítulo III. Resultados****Tabla 2***Niveles de Funcionalidad Familiar*

Niveles	<i>f</i>	%
Funcionalidad normal	61	24.4%
Disfunción leve	98	39.2%
Disfunción moderada	57	22.8%
Disfunción severa	34	13.6%
Total	250	100.0%

En la Tabla 2, se visualizan los niveles de funcionalidad familiar. Se ha encontrado que del total de evaluados, el nivel más alto fue el correspondiente a disfunción leve con un 39.2%, mientras que el nivel más bajo fue el perteneciente a disfunción severa con un 13.6%.

**Tabla 3***Niveles de Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria*

Niveles	<i>f</i>	%
Nivel bajo	71	28.4%
Nivel medio	111	44.4%
Nivel alto	68	27.2%
Total	250	100.0%

En la Tabla 3, se observan los niveles de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria. Se evidenció que del total de participantes, el valor con mayor porcentaje fue el nivel medio con un 44.4%, por otro lado, el valor con menor porcentaje se vinculó al nivel alto con un 27.2%.

**Tabla 4***Prueba de normalidad*

Variable	Estadístico	gl	p	M	ME	Asim.	Curt.
Funcionalidad Familiar	.073	250	.145	13.6	14.0	-.48	.06
Sintomatología de los TCA	.117	250	.002	15.5	12.0	1.39	1.99

*Nota. Asim.=Asimetría; Curt.=Curtosis*

En la Tabla 4, se aprecian los resultados de la prueba de normalidad, mediante el test Kolmogorov-Smirnov al tener una muestra mayor a 50 participantes. Donde se evidencia que la variable funcionalidad familiar sigue una distribución normal ( $p > .05$ ), por lo que se establecieron pruebas paramétricas; al contrario, la variable sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria no sigue una distribución normal ( $p < .05$ ), de modo que se utilizaron pruebas no paramétricas.

**Tabla 5***Comparación de la Funcionalidad Familiar según el sexo*

Sexo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i> (248)	<i>p</i>
Masculino	115	13.9	3.08	1.24	.216
Femenino	135	13.3	4.14		

La Tabla 5, indica que no existen diferencias significativas entre la funcionalidad familiar según el sexo ( $t(248)=1.24$ ,  $p>.05$ ). Lo cual, refiere que mujeres y hombres presentan el mismo nivel de funcionalidad familiar.

**Tabla 6**

*Comparación de la Sintomatología de Trastornos de Conducta Alimentaria según el sexo*

Sexo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Masculino	115	10.2	6.12	3478	.001
Femenino	135	20.1	12.0		

En la Tabla 6, se observa que existen diferencias significativas entre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el sexo ( $U=3478$ ,  $p<.05$ ). Mujeres y hombres presentan niveles diferentes de sintomatología de trastornos de conducta alimentaria, donde el sexo femenino muestra una media más alta ( $M=20.1$ ) que el sexo masculino ( $M=10.2$ ).

**Tabla 7***Comparación de la Funcionalidad Familiar según el grupo de edades*

Edad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i> (2,54.7)	<i>p</i>
18-21	180	13.4	3.74	1.19	.312
22-25	45	14.3	3.54		
26-30	25	13.7	3.63		

En la Tabla 7, se visualiza que no existen diferencias significativas entre la funcionalidad familiar según el grupo de edades ( $F(2,54.7)=1.19, p>.05$ ). Por lo tanto, los tres grupos (18-21, 22-25 y 26-30) presentan los mismos niveles de funcionalidad familiar.

**Tabla 8**

*Comparación de la Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria según el grupo de edades*

Edad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	$X^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>
18-21	180	16.0	11.0	3.60	2	.165
22-25	45	13.7	11.3			
26-30	25	15.0	9.49			

En la Tabla 8, se muestra que no existen diferencias significativas entre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el grupo de edades ( $X^2=3.60$  ,  $gl=2$  ,  $p>.05$  ). Por consiguiente, los tres grupos (18-21, 22-25 y 26-30) presentan los mismos niveles de sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria.

**Tabla 9**

*Correlación entre Funcionalidad Familiar y Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria*

	Sintomatología de los TCA	
	<i>rho</i> de Spearman	<i>p</i>
Funcionalidad Familiar	-.254	.001

En la Tabla 9, se visualiza que según el coeficiente de correlación *rho* de Spearman, existe una relación inversa significativa entre Funcionalidad Familiar y Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria ( $rho = -.254, p < .05$ ). Es decir, que a mayores niveles de funcionalidad familiar de tipo normal, menores niveles de sintomatología de los TCA.

**Tabla 10**

*Influencia de la Funcionalidad Familiar en la Sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria*

Modelo		$R^2$	$F(1,248)$	$\beta$	$t$	$p$
1	(Constante)	.05	13.2	24.55	9.53	.001
	Funcionalidad Familiar			-.66	-3.64	.001

*Nota. Variable dependiente = Sintomatología de los TCA; Predictor constante = Funcionalidad Familiar*

En la Tabla 10, se utilizó un análisis de regresión lineal simple para comprobar si la funcionalidad familiar predecía significativamente la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria de los participantes. Los resultados de la regresión indicaron que el predictor explicaba el 5% de la varianza ( $R^2 = .05$ ,  $F(1,248) = 13.2$ ,  $p < .05$ ). Se encontró que la funcionalidad familiar predecía significativamente la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria ( $\beta = -.66$ ,  $p < .001$ ). Lo cual significa, a mayor funcionalidad familiar de tipo normal, menor es la probabilidad de desarrollar sintomatología de los TCA. Los resultados obtenidos indican la posibilidad que existan otras variables adicionales que tengan mayor influencia significativa en la sintomatología de los TCA en jóvenes adultos.

## Discusión

Se encontró una relación causal significativa de la funcionalidad familiar sobre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria, lo que afirma la influencia de una familia con mayor funcionalidad normal en el menor desarrollo de sintomatología de los TCA, comprobando la hipótesis planteada al inicio de la investigación. Resultados que coinciden con Flores (2017), quién halló una relación estadísticamente significativa entre el riesgo a desarrollar TCA, como anorexia y bulimia, con el tipo de familias disfuncionales. Así mismo, Bravo de Rueda (2012) encontró una relación inversa significativa entre el apoyo percibido materno y la bulimia, donde a mayor apoyo percibido menor probabilidad a desarrollar bulimia. La relación con los padres de tipo regular es un factor determinante en el desarrollo de TCA (Benito y Sumire, 2018). La gravedad de los TCA se incrementa en las familias con una disfunción mayor, lo que implica un entorno dañado, relaciones negativas en el núcleo familiar, donde existe menor afinidad y carencia de diálogo (Avalos y Grasst, 2020). En tal sentido, Levická et al. (2014) refieren que familias que presentan factores de riesgo como dietas, divorcio de padres, fallecimiento de un padre, fracaso en resolución de conflictos, sobreprotección y rechazo emocional, contribuirá en el desarrollo de TCA. Los resultados de los antecedentes mencionados concuerdan con la presente investigación, ya que evidencian la relación entre una familia disfuncional como factor de riesgo a padecer un TCA.

Del total de evaluados se encontró que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles pertenecientes a disfunción familiar, lo cual demuestra limitadas herramientas de afrontamiento en situaciones de crisis, bajo apoyo en familia, carencia de desarrollo emocional y afecto. Resultados similares a los propuestos, donde Vallejos-Saldarriaga y Vega-Gonzales (2020) mostraron que 58.9% de la muestra se perciben en

los niveles vinculados a disfunción familiar. De la Cruz y Lima (2017) hallaron que 78.8% de evaluados presentan disfunción familiar. Del mismo modo, Avalos y Grasst (2020) encontraron que el nivel severamente disfuncional fue el que obtuvo mayor puntaje, 56% en relación con la anorexia nerviosa y 50% con la bulimia nerviosa. La presencia de una familia disfuncional se relaciona con escasez de comunicación, falta de comprensión y maltrato (Aguilar, 2019). Con respecto a lo mencionado por el autor, se puede decir que un entorno familiar disfuncional, será dañino e inestable para los miembros.

Con relación a los niveles de sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria, se encontró que el porcentaje más alto es el nivel medio. Resultados que difieren con lo hallado por De la Cruz y Lima (2017), donde el 30.1% presentan riesgo alto de presentar TCA, siendo el mayor porcentaje. Por otro lado, Aguilar (2019) descubrió que el 45.40% de la muestra permanece en niveles de riesgo de presentar TCA. Flores (2017) encontró al 15% de estudiantes con conductas de riesgo vinculadas a la anorexia y al 12.9% con conductas de riesgo asociadas a la bulimia. De los estudios mencionados, se resalta la existencia del riesgo de nivel medio y alto a desarrollar TCA, siendo resultados preventivos importantes para futuras investigaciones.

En cuanto a la comparación de la funcionalidad familiar según el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Resultados que coinciden con la investigación de Moreno y Londoño (2017) al no encontrar diferencias significativas en los niveles de funcionalidad familiar en hombres ( $M=14.16$ ) y mujeres ( $M=16.23$ ). Por lo cual, el sexo de una persona no influirá en los niveles de funcionalidad familiar que pueda manifestar.

Por otra parte, en la comparación de la sintomatología de TCA según el sexo, si se encontraron diferencias significativas, donde las mujeres presentan niveles de riesgo más altos que los hombres. Resultados que concuerdan con Paz (2016), donde participantes del sexo femenino mostraron mayores puntajes que los hombres, con relación a deseos de adelgazar, desconfianza y alexitimia. Así mismo, Bravo de Rueda (2012), descubrió que las mujeres presentan niveles más altos de obsesión por la delgadez que los hombres; lo que mantiene relación con Moreno y Londoño (2017), encontraron que las mujeres tienen mayor preocupación por el peso e insatisfacción con la imagen corporal. El sexo femenino presenta mayores niveles de preocupación por estar delgadas, siendo significativamente mayor que del sexo masculino (Cruzat-Mandich et al., 2016). Las mujeres presentan un riesgo mayor del 41.3% de presentar TCA que los hombres (Fajardo et al., 2017). En el estudio de Flores (2017) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de anorexia según el sexo, siendo mayor en las mujeres; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la presencia de bulimia. Los resultados mencionados demuestran una gran influencia del sexo femenino vinculado con niveles más altos de sintomatología de los TCA, dado que forman parte de la población de riesgo en sufrir este tipo de trastorno mental, lo cual conlleva a graves consecuencias físicas y socioemocionales.

En los resultados de comparación de la funcionalidad familiar según el grupo de edades, no se encontraron diferencias significativas. Lo cual, difiere con lo encontrado con Bravo de Rueda (2012), al hallar una relación significativa entre la percepción de la función parental y la edad del adolescente (13-15 años). Es necesario realizar más investigaciones con rangos de edades más amplios, con los que se puedan obtener diferentes resultados.

Por último, en los resultados de comparación de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el grupo de edades, no se encontraron diferencias significativas. Resultados que coinciden a Bravo de Rueda (2012), al no encontrar relaciones significativas entre el riesgo de TCA y la edad de los participantes (13-15 años). De la misma forma, Aguilar (2019) no halló una relación significativa entre el riesgo de TCA y la edad de los participantes (15-19), no obstante, de 15-17 años presentaron niveles más altos de riesgo, al tener un mayor incremento en la preocupación por su apariencia física por la etapa correspondiente. Se requiere profundizar los estudios asociados a las edades de los evaluados con rangos de mayor alcance, ya que es a partir de la etapa de la adolescencia donde comienza frecuentemente los trastornos alimentarios (Gaete y López, 2020).

## Conclusiones

**Primera.** Existe influencia inversa significativa de la funcionalidad familiar sobre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria.

**Segunda.** Se ha encontrado con respecto a los niveles de funcionalidad familiar, que el nivel con mayor porcentaje de estudiantes presenta disfunción leve.

**Tercera.** Se encontró en cuanto a los niveles de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria, que la mayor parte de evaluados se encuentran en nivel medio.

**Cuarta.** No existen diferencias significativas entre la funcionalidad familiar según el sexo, mujeres y hombres presentan el mismo nivel de funcionalidad familiar.

**Quinta.** Existen diferencias significativas entre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el sexo, las mujeres manifiestan mayores niveles de sintomatología de trastornos de conducta alimentaria que los hombres.

**Sexta.** No existen diferencias significativas entre la funcionalidad familiar según el grupo de edades. Los tres grupos presentan los mismos niveles de funcionalidad familiar.

**Séptima.** No existen diferencias significativas entre la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria según el grupo de edades. Los tres grupos evidencian los mismos niveles de sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria.

## Sugerencias

**Primera.** Promover campañas de concientización en la UCSM, las cuales estén dirigidas a alumnos y padres de familia, con el objetivo de otorgar información en cuanto al rol fundamental del núcleo familiar en el bienestar emocional y físico de los hijos. De igual manera, las campañas mencionadas tendrán el propósito de sensibilizar acerca de los riesgos relacionados al desarrollo de sintomatología de los TCA en jóvenes adultos, por lo que constituye una problemática actual, según los hallazgos del presente estudio.

**Segunda.** Brindar talleres de prevención en el entorno universitario, efectuado por psicólogos con amplia experiencia y orientado a los estudiantes. Los cuales, proporcionarán información práctica sobre los factores de riesgo y los factores protectores que impactan en su desarrollo personal.

**Tercera.** Ofrecer charlas sobre educación emocional en el ambiente universitario, impartida por psicólogos enfocada hacia los alumnos. Estas charlas buscarán priorizar la salud mental, fortalecer el autoestima y promover el desarrollo de habilidades intrapersonales e interpersonales, como factores protectores frente a la presión social.

### Limitaciones

Durante el proceso del presente estudio, se presentaron limitaciones con respecto a la recolección de datos de forma virtual en la escuela profesional de Trabajo social debido a la modalidad de estudios a distancia, repercutiendo en la cantidad de participantes. En consecuencia, el tamaño de la muestra se redujo al ser menor a la esperada.



## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-84-9835-810-0.
- Aguilar, N. (2019). *Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios, Arequipa 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín].  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8269>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M., Novalbos-Ruiz, J., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022) Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15.  
<http://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Avalos, M., y Grasst, Y. (2020). Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes: familia y adolescencia. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 11(6 (Edición especial)), 1-26.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7809033>
- Benito, C., y Sumire, A. (2018). *Influencia del ambiente familiar en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con anorexia y bulimia del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7738>
- Bravo de Rueda, F. (2012). *Características asociadas a los trastornos alimenticios y percepción de la función parental en adolescentes escolares* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].  
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2651790>

- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A., y Munguía, E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.  
[https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi? IDARTICULO=41342](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41342)
- Castejón, M., y Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(1), 64-73.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., y Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78.  
<https://doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P., y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista médica de Chile*, 144(6), 743-750. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600008>
- De la Cruz, J., y Lima, E. (2017). *Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua—Huancavelica, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Huancavelica]. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1105>
- Diario La República. (2021, agosto 10). *EsSalud advierte que casos de trastornos alimenticios en menores se duplicaron por pandemia*.  
<https://larepublica.pe/sociedad/2021/08/10/essalud-advierde-que-casos-de-trastornos-alimenticios-en-menores-se-duplicaron-por-pandemia/>

*Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú.* (2017).

(1ª ed.). Lima: Ministerio de Salud.

Fajardo, E., Méndez, C., y Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57. <https://doi.org/10.18359/rmed.2917>

Flores, L. (2017). *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 de pregrado, Universidad Católica San Pablo]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2865753>

Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., y Campo, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(1), 23-29. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80635103.pdf>

Frieiro, P., González-Rodríguez, R., y Domínguez-Alonso, J. (2021). Influencia de variables personales y familiares en los trastornos de conducta alimentaria [Influence of personal and family variables on eating disorders.]. *Revista española de salud pública*, 95, 1-13. [https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/4889/2021\\_frieiro\\_transtornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf?sequence=1](https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/4889/2021_frieiro_transtornos_conducta_alimentaria.pdf?sequence=1)

Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavolacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The*

*American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413.

<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

García-Méndez, M., Méndez-Sánchez, M. del P., Rivera-Aragón, S., y Peñaloza-Gómez, R. (2017). Escala de funcionamiento familiar. Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(1), 19-28. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10103>

Garner, D. y Garkinfel, P. (1979). The Eating Attides Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.

DOI:10.1017/s0033291700030762

Guadarrama, R., y Mendoza, S. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 14.

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>

Hernández-Cortés, L., y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 748-761.

<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.

<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>

Jara, B. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario actitudes ante la alimentación en estudiantes de una universidad privada de Trujillo* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego].

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2899632>

- Keel, P., y Forney, K. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Keski-Rahkonen, A., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Leija, M., Saucedo, J. M., y Ulloa, R. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud mental*, 34(3), 203-210.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0185-33252011000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252011000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Levická, K., Kovalčíková, N., y Kováčová, L. (2014). Incidence of Eating Disorders in Family Environment in High School Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 391-397. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.327>
- Mayorga, C. y Salazar, D. (2019). *Tipologías familiares y ciclos vitales: Una propuesta conceptual y operativa para la intervención social*. Ediciones Universidad de La Frontera.
- Mendoza, M. (2012). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en el proceso de aprendizaje en los estudiantes del octavo a décimo año de Educación Básica del Colegio de Señoritas Quevedo, durante el periodo lectivo 2011—2012*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo].  
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/1614>
- Mérida, C., y López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la

ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, 10, 69-85.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2223-30322013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-30322013000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Moreno, A., y Londoño, C. (2017). Factores Familiares y Personales Predictores de Trastornos de Conducta Alimentaria en Jóvenes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 33(2), 235-242. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.236781>

Murawski, B., Elizathe, L., y Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de investigaciones*, 16, 65-72. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1851-16862009000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-16862009000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Ossa, C. (2016). *Teoría general de sistemas : conceptos y aplicaciones*. Universidad Tecnológica de Pereira. <https://doi.org/10.22517/9789587222289>

Paz, M. (2016). *Factores asociados a síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la Universidad Privada de Tacna ciclo 2014-II*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada de Tacna]. <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/208/Paz-Mamani-Magdalena-Del-Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rivas-Santiago, S. (2022). Artículo histórico sobre la terapia familiar y su evolución en la medicina familiar. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(3). <https://doi.org/10.24875/rmf.21000113>

Rothbaum, F., Rosen, K., Ujiie, T., y Uchida, N. (2002). Family Systems Theory, Attachment Theory, and Culture. *Family Process*, 41(3), 328-350. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41305.x>

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

[https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume\\_6-7/JFP\\_1978-06\\_v6\\_i6\\_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Vallejos-Saldarriaga, J. y Vega-Gonzales, E. (2020). Funcionalidad familiar, satisfacción con la vida y trastornos alimentarios en estudiantes universitarios.

*Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 26(3), 144-148.

DOI:10.14642/RENC.2020.26.3.5327

Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., y Kohn, R.

(2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias.

*Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. [https://doi.org/10.4067/S0034-](https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005)

[98872012000400005](https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005)

White, H. J., Sharpe, H., y Plateau, C. R. (2023). Family body culture, disordered eating and mental health among young adult females during COVID-19. *Eating behaviors*, 51, 101792. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101792>

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101792>

Zumba, D. (2017). *Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].

<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1941/1/76442.pdf>

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento Informado

#### Consentimiento Informado

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos en Arequipa en el año 2024. La duración será aproximadamente de 30 minutos, donde tendrás que responder los siguientes test psicológicos: APGAR Familiar y EAT-26. Recuerda que tu participación es voluntaria, lo cual significa que te puedes retirar en cualquier momento. Tu participación no tendrá riesgos para tu salud, ya que no saldrá perjudicado de ninguna manera. Como beneficios del estudio, podrás conocer los resultados, los cuales podrán servir de factores preventivos. Tus resultados no serán entregados a ninguna otra persona al ser confidenciales, ya que únicamente serán con fines investigativos, protegiendo la anonimidad de tu participación. Se agradece tu participación voluntaria, ya que este estudio no brindará incentivos económicos. En caso presente alguna duda, consulta o requiera información adicional sobre el estudio, podrá comunicarse con la investigadora a través del correo electrónico. Agradezco su cooperación.

Atentamente:

Gianella Liliana Eduardo Díaz, Bachiller en Psicología de la Universidad

Católica de Santa María.

DNI: 71033408

Correo institucional: 71033408@ucsm.edu.pe

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Declaro haber sido informado/a en que consiste mi participación y sobre el propósito del estudio, por lo que doy mi consentimiento.

---

Firma del participante

## Anexo 2. Apgar Familiar

### APGAR Familiar

Edad:

Sexo:

Escuela profesional:

Semestre académico:

Fecha de evaluación:

Instrucciones: Aquí te vamos a presentar unas frases que te permitirán pensar acerca de tu forma de ser. Deseamos que contestes a cada una de las siguientes preguntas con una (X) la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúas, de acuerdo con la siguiente escala:

Nunca (0)    Casi nunca (1)    Algunas veces (2)    Casi siempre (3)    Siempre (4)

Nº	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.					
2.	Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.					
3.	Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.					
4.	Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.					
5.	Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos.					

### Anexo 3. Test de Actitudes Alimentarias

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escuela profesional: \_\_\_\_\_

Semestre académico: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Instrucciones: El presente cuestionario consiste en 26 ítems. Por favor lea los ítems de forma pausada una por una, si el ítem describe su actitud de hace tres meses hasta el día de hoy, marque con una (X) en el recuadro “Siempre”, “Casi siempre”, “A veces”, “Casi nunca” o “Nunca”, según se adapte a tu rutina.

Siempre (S) Casi siempre (CS) A veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

N°	ÍTEMS	S	CS	AV	CN	N
1.	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.					
2.	Procuro no comer cuando tengo hambre.					
3.	La comida es para mí una preocupación habitual.					
4.	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.					
5.	Corto mis alimentos en trozos pequeños.					
6.	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.					
7.	Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.).					
8.	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.					
9.	Vomito después de comer.					
10.	Me siento muy culpable después de comer.					
11.	Me obsesiona el deseo de estar más delgada/o.					
12.	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.					
13.	Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.					
14.	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis.					
15.	Tardo más tiempo que los demás en comer.					
16.	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.					
17.	Como alimentos dietéticos.					
18.	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.					
19.	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.					
20.	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.					
21.	Paso demasiado tiempo pensando en comida.					

22.	No me siento bien después de haber comido dulces.					
23.	Estoy haciendo dieta.					
24.	Me gusta tener el estómago vacío.					
25.	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.					
26.	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.					

