Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

## Escuela Profesional de Psicología

# Actitudes alimentarias y funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria en una institución educativa particular de Camaná

Tesis presentada por:

**Maldonado Delgado, Maykol Orlando**

**ORCID: 0009-0004-3904-4905**

para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Asesor (a):

**Mg. Perlacios Cruz, Carlos Eduardo**

**ORCID: 0000-0002-1302-0057**

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## PSICOLOGIA

## TITULACIÓN CON TESIS

## DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Julio del 2026

**Dictamen: 017161-C-EPSIC-2026**

Visto el borrador del expediente 017161, presentado por:

**2020244371 - MALDONADO DELGADO MAYKOL ORLANDO**

Titulado:

**ACTITUDES ALIMENTARIAS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE CAMANÁ**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

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

**LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA**

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA**
**DICTAMINADOR**

**29724747 - ALARCON FARFAN VERONIKA ELIZABETH**
**DICTAMINADOR**

**41968029 - YANA CALLA VICTOR RITCHAR**
**DICTAMINADOR**

Actitudes alimentarias y funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria en una institución particular de Camaná

INFORME DE ORIGINALIDAD

| 17% | 16% | 6% | 5% |
|---|---|---|---|
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUD |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Submitted to Universidad Católica de Santa María | Trabajo del estudiante |
| 2 | hdl.handle.net | Fuente de Internet |
| 3 | repositorio.ucsm.edu.pe | Fuente de Internet |
| 4 | repositorio.unfv.edu.pe | Fuente de Internet |
| 5 | repositorio.ucv.edu.pe | Fuente de Internet |
| 6 | repositorio.uct.edu.pe | Fuente de Internet |
| 7 | www.coursehero.com | Fuente de Internet |
| 8 | repositorio.ucsp.edu.pe | Fuente de Internet |
| 9 | repositorio.utn.edu.ec | Fuente de Internet |
| 10 | repositorio.autonoma.edu.pe | Fuente de Internet |
| 11 | Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia | Trabajo del estudiante |
| 12 | ruidera.uclm.es | Fuente de Internet |
| 13 | rest-dspace.ucuenca.edu.ec | Fuente de Internet |
| 14 | metodosleidamonterroza.blogspot.com | Fuente de Internet |
| | www.researchgate.net | |

**Dedicatoria**

Este trabajo investigativo se lo dedico a mi mamá, a mi papá y mi hermano, a quienes amo profundamente.

A Gaia, que no puede leerlo (hasta donde yo sé), pero que ha sido un soporte emocional tremendo a costa de la toxoplasmosis.

A todas las demás personas con las que comparto un vínculo, que de una u otra forma, me han brindado lo necesario para seguir adelante.

Finalmente, también dedico esta tesis a quienes trabajan e investigan en ciencias sociales y humanidades, a cada autor y autora de los artículos y libros que he leído, y que han fomentado mi curiosidad por entender el mundo.

***Maykol Orlando Maldonado Delgado***

**Agradecimientos**

Agradezco responsablemente a la Universidad Católica de Santa María, por haber participado en mi formación académica, y brindarme los recursos y el entorno necesario para el desarrollo de esta investigación.

Agradezco a la directora de la institución educativa particular de Camaná y a la institución como tal, por darme las facilidades y su apoyo para realizar este trabajo.

Mi sincero y vulnerable agradecimiento a mi asesor, por su comprensión, compromiso y conocimiento; por guiarme en este proceso investigativo.

También agradezco a todas las personas que, de maneras distintas, pusieron de su parte e impulsaron el desarrollo de esta tesis.

***Maykol Orlando Maldonado Delgado***

**Resumen**

Este trabajo investigativo tuvo el propósito de hallar la relación entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en adolescentes estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná. Se optó por un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental de corte transversal y un alcance correlacional. Para el estudio se tomó una muestra de tipo no probabilística por accesibilidad, conformada por 123 estudiantes de secundaria de 12 a 17 años, lo que representa el 94.6% de la población total, a los que se les evaluó mediante el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26), formado por 26 ítems y tres dimensiones (dieta, bulimia y preocupa-ción por la comida, y control oral), y la escala APGAR, compuesta por cinco ítems, para de-terminar el nivel de funcionalidad familiar. Se evidenció una correlación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar ($r$s = −.427; $p$ < .001). En cuanto a las comparaciones por variables sociodemográficas, se en-contraron diferencias significativas en las actitudes alimentarias según el género ($U$ = 1121.000; $p$ < .001) y la estructura familiar ($H$ = 12.800; $p$ = .005), siendo las mujeres ($M$ = 18.81; $DE$ = 12.27) y los estudiantes de familias monoparentales ($M$ = 23.70; $DE$ = 14.40) quienes presentaron mayores niveles de riesgo. En relación con la funcionalidad familiar, se hallaron diferencias significativas según el género ($U$ = 1219.000; $p$ = .001), donde los varo-nes percibieron una mayor funcionalidad familiar ($M$ = 13.70; $DE$ = 4.16) en comparación con las mujeres ($M$ = 10.90; $DE$ = 4.80).

***Palabras clave:*** Actitudes alimentarias, funcionalidad familiar, adolescentes, institución educativa particular.

**Abstract**

This research study aimed to clarify the relationship between eating attitudes and family functioning among secondary school adolescents at a private educational institution in Camaná. A quantitative approach, a non-experimental cross-sectional design, and a correlational scope were selected. The study employed a non-probability sample for accessibility consisting of 123 secondary school students aged 12 to 17 years, representing 94.6% of the total population. Participants were assessed using the Eating Attitudes Test (EAT-26), which comprises 26 items and three dimensions (diet, bulimia and food preoccupation, and oral control), and the APGAR scale, composed of five items, to determine the level of family functioning. A negative, moderate, and statistically significant correlation was found between eating attitudes and family func-tioning ($r$s = −.427; $p$ < .001). Regarding comparisons by sociodemographic variables, signif-icant differences were found in eating attitudes according to gender ($U$ = 1121.000; $p$ < .001) and family structure ($H$ = 12.800; $p$ = .005), with females ($M$ = 18.81; $SD$ = 12.27) and stu-dents from single-parent families ($M$ = 23.70; $SD$ = 14.40) showing higher levels of risk. Re-garding family functioning, significant differences were found according to gender ($U$ = 1219.000; $p$ = .001), where males perceived higher family functioning ($M$ = 13.70; $SD$ = 4.16) compared to females ($M$ = 10.90; $SD$ = 4.80).

***Keywords:*** Eating attitudes, family functioning, adolescents, private educational institution

**Índice**

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Abstract

Índice

Capítulo I. Marco Teórico....1

Introducción....1

Pregunta de Investigación....6

Definición Operacional de las Variables....6

Objetivos....7

Antecedentes teórico-investigativos....7

Hipótesis....38

Capítulo II. Método....39

Método....39

Instrumentos....39

Participantes....41

Procedimiento....42

Consideraciones Éticas....43

Análisis de Datos....44

Capítulo III. Resultados....45

Discusión.....54

Conclusiones.....58

Sugerencias.....60

Limitaciones.....61

Referencias.....62

Anexos.....73

# Capítulo I. Marco Teórico

## Introducción

Los adolescentes enfrentan muchos cambios que pueden modificar la forma en que se ven a sí mismos. Los cambios en su autoimagen también pueden alterar cómo ven la comida que consumen. Todos estos cambios pueden llevar a las personas a desarrollar trastornos alimentarios. Los trastornos alimentarios incluyen desarrollar hábitos alimenticios anormales y preocuparse excesivamente por su apariencia y por subir de peso.

La Organización Mundial de la Salud (2024) afirma que los trastornos alimentarios son una de las principales causas de problemas de salud mental en jóvenes de todo el mundo. Este es un problema que continúa creciendo en todo el mundo.

Conforme con lo que dice Miranda (2016), los TCA se caracterizan principalmente por una insatisfacción con la imagen corporal, que se evidencia en patrones alimentarios anormales. Estos trastornos requieren un abordaje terapéutico multidisciplinario, ya que suelen ser resistentes al tratamiento, presentan alta probabilidad de recaídas y están asociados con riesgos de morbilidad tanto a corto como a largo plazo. Los trastornos de la alimentación ocurren con frecuencia junto con problemas de relaciones, así como con depresión, ansiedad, abuso de sustancias y otros. Además, los factores sociales y culturales juegan un papel importante. Por ejemplo, asociar la delgadez con la belleza y el éxito conduce a un aumento de peso y a la insatisfacción con la imagen corporal, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes.

El DSM-5 (2022) establece que los trastornos de la conducta alimentaria implican una interrupción coherente y clara de la alimentación y comportamientos asociados, y alteraciones en la ingesta y absorción de alimentos, lo que resulta en un deterioro significativo de la función física, psicológica y social.

La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa son los trastornos de la alimentación más comunes. La Anorexia Nerviosa implica un miedo intenso a aumentar de peso, que se combina con una restricción autoinfligida del peso. La Bulimia Nerviosa implica comer en un período restringido de tiempo (generalmente referido como atracón) y en grandes cantidades, seguido de vomitar de forma inducida para conseguir o mantener una apariencia de peso.

Los trastornos de la alimentación implican una preocupación y una obsesión abrumadora por el peso, la alimentación y la imagen corporal, y generalmente empiezan entre los 12 y los 18 años. Según la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia [ACAB] (2022), estos trastornos son prevalentes independientemente del género de la persona afectada.

Antes de la pandemia en el Perú el MINSA (2017) realizó un estudio que reveló una incidencia alta de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes, sobre todo en las áreas metropolitanas; encontró que en las ciudades de Lima y Callao el 6.0% presentaba este trastorno, con una prevalencia en las mujeres del 7.1% respecto a los hombres 4.9%, además, se identificó que el 1.6% presentaba conductas bulímicas, mientras que el 0.7% tenía bula nerviosa y un 0.6% tenía anorexia nerviosa.

EsSalud (2021) dice que los trastornos alimentarios se han duplicado después del confinamiento y ahora incluso comienzan antes. En los años previos a la pandemia, solo 2 de cada 10 pacientes en el departamento de psiquiatría del Hospital Almenara tenían trastornos alimentarios. Este número cambió a 5 en la pandemia. Por lo general, los pacientes tenían 14, 15 o 16 años, pero algunos de los pacientes durante la pandemia tenían 11, y los pacientes atendidos durante la pandemia eran más severos y frecuentes.

Los trastornos alimentarios pueden estar relacionados con varias causas. Portela de Santana et al. (2012) dice que el 40% puede atribuirse a causas sociales, como influencias de los medios, presión en las relaciones o presión familiar. Las causas y presiones de carácter

social constituyen una mayor proporción de los trastornos alimentarios en comparación con otras causas, como el sexo y la obesidad, o la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima, que son de naturaleza psicológica y representan un 20%.

De alguna manera mediadas por la funcionalidad familiar, están las preocupaciones sociales y emocionales del desarrollo de los adolescentes. Cervantes y Pinto (2024) argumentan que la funcionalidad familiar y la autoestima adolescente tienen una relación directa. En su estudio en Arequipa, el 63.9% de los participantes adolescentes tenían familias con funcionalidad moderada y el 23.1% tenían familias con funcionalidad familiar extrema, mientras que solo el 12.9% tenían familias con funcionalidad equilibrada. Estos resultados muestran que la gran mayoría tiene familias moderadamente funcionales, pero aún una cantidad significativa enfrenta desafíos en familias con funcionalidad extrema que pueden tener consecuencias negativas directas en su salud psicológica.

Este estudio de Ceballos Canaza et al. (2024) se basa en investigaciones previas al identificar la insatisfacción corporal, la influencia social y el funcionamiento familiar como factores de riesgo para los trastornos alimentarios en adolescentes. De una muestra de estudiantes femeninas en Arequipa, señala que la cohesión y la adaptación familiar son los factores más destacados del riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Las familias caracterizadas por baja cohesión y adaptabilidad caótica presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos alimentarios. Este hallazgo enfatiza la importancia del entorno familiar como un factor crítico, tanto de riesgo como de protección, en la salud alimentaria de los adolescentes.

En la provincia de Camaná, diversos estudios han evidenciado que las disfunciones familiares constituyen un factor determinante en el desarrollo emocional y conductual de los adolescentes. Ramos (2014) realizó una investigación cuyo objetivo fue establecer la relación

entre la estructura familiar y la depresión en adolescentes. Se encontró que el 95% de las participantes provenían de familias disfuncionales —en su mayoría graves o moderadas— y que más del 85% presentaban depresión moderada o severa.

Otro estudio fue el de Amanca (2017), en el que se determinó la relación entre el estilo de vida y el sobrepeso en estudiantes de nivel secundario. Los adolescentes con bajos niveles de actividad física y malos hábitos alimenticios muestran niveles más altos de sobrepeso y de llevar un estilo de vida sedentario. Los malos hábitos alimenticios y un estilo de vida sedentario son conductas de riesgo que llevan a tener sobrepeso y al desarrollo de la obesidad. Estas condiciones tienen una influencia negativa en la salud física y emocional de los adolescentes. La investigación señaló a la familia como un factor clave en la formación de hábitos alimenticios y conductuales. Los comportamientos del entorno familiar tienen una fuerte influencia en la formación de conductas alimenticias y estilos de vida saludables o riesgosos.

Los hábitos alimenticios inadecuados conducen al desequilibrio nutricional y a la mala salud de los niños, y los malos hábitos alimenticios, los hábitos alimenticios inadecuados y las conductas de estilo de vida sedentario de los niños tienen influencias negativas en su desarrollo emocional y cognitivo. Gonzales Palomino (2021) estudió a niños de 6 a 11 años en Camaná y concluyó que los malos hábitos alimenticios pueden conducir a un desequilibrio y a una mala nutrición y salud de los niños, y que los malos hábitos alimenticios y un estilo de vida sedentario pueden afectar el desarrollo emocional y cognitivo de los niños. Bad eating habits and inadequate eating habits of children and families. El autor desarrolla además la idea de que los factores familiares y sociales tienen una gran influencia en la formación de malos hábitos alimenticios. El entorno familiar, el estilo de crianza y la nutrición familiar influyen en la percepción y autorregulación de la conducta alimentaria de los niños.

Este estudio en Camaná muestra que la familia es importante en la enseñanza de habilidades sociales y conductas saludables o inseguras. Cuando las familias son disfuncionales, la autoestima y los trastornos alimenticios se vuelven problemáticos. La disfunción familiar en Camaná también obstaculiza el bienestar psicológico de los estudiantes.

Para los estudios en salud mental adolescentem, la disfunción familiar se convierte en un factor protector o de riesgo. La disfunción familiar nos da una idea de las conductas de niños y adolescentes y se convierte en un factor de riesgo para los trastornos de la autoestima y la imagen corporal. En contextos familiares disfuncionales, caracterizados por escasa cohesión, apoyo emocional deficiente y comunicación inadecuada, los adolescentes pueden desarrollar actitudes alimentarias de riesgo como forma de afrontamiento ante el malestar emocional o la necesidad de control.

De todo lo declarado, este estudio se centrará en descubrir la relación entre la funcionalidad familiar y las actitudes alimentarias de los estudiantes de nivel secundario de una escuela en Camaná. Este estudio permitirá el desarrollo de programas de intervención temprana para la salud mental y los trastornos alimentarios de este grupo específico en riesgo.

## Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná?

## Definición Operacional de las Variables

### *Variable 1. Actitudes alimentarias*

Las actitudes alimentarias constituyen el conjunto de cogniciones, comportamientos y preocupaciones relacionadas con la alimentación, el peso corporal y la figura, que incluyen conductas hacia la ingesta, preocupación o despreocupación por la comida, y la percepción del propio control en torno a la conducta alimentaria (Garner & Garfinkel, 1982). Dichas actitudes puede operar como indicador de riesgo ante el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, siendo su medición clínicamente relevante para la detección temprana en población adolescente (Garner et al., 1982).

Esta variable mide el riesgo en tres dimensiones, una es la Dieta y cuánto evita una persona los alimentos que engordan, su preocupación por adelgazar y cuán restrictiva es su alimentación. La siguiente es la Bulimia y la preocupación por la comida, que es el nivel de alteraciones en la alimentación y las obsesiones relacionadas con la comida. Finalmente, está el control de la alimentación y el grado de presión social para comer (Garner et al., 1982).

### *Variable 2. Funcionalidad familiar*

La funcionalidad familiar es cómo un miembro de la familia percibe el nivel de apoyo que recibe de su familia y qué tan satisfecho está con la capacidad de adaptación de la familia, el nivel de implicación familiar, el apoyo de la familia al desarrollo personal, el nivel de afecto de la familia y el tiempo que la familia pasa junta (Smilkstein, 1978).

Para efectos de esta investigación, se mide como un constructo global único que integra cinco componentes interdependientes: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución; cuya expresión conjunta permite estimar el nivel de satisfacción percibida con el

funcionamiento familiar, clasificándose en tres niveles: alta, media y baja satisfacción (Castilla et al., 2014).

## Objetivos

### *Objetivo general*

Determinar la relación entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

### *Objetivos específicos*

Describir los niveles de actitudes alimentarias de los estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

Describir los niveles de funcionalidad familiar de los estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

Comparar las actitudes alimentarias según el género, edad, estructura familiar y estado de peso en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

Comparar la funcionalidad familiar según el género, edad, estructura familiar y estado de peso en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

## Antecedentes teórico-investigativos

### *Actitudes alimentarias*

**Origen y Definición del Constructo**. La conceptualización de las actitudes alimentarias como objeto de estudio psicológico tiene su origen en los trabajos de Garner y Garfinkel desarrollados a finales de la década de 1970. Antes de sus contribuciones, la evaluación de los síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria carecía de instrumentos objetivos y estandarizados; los instrumentos existentes se limitaban a pocas dimensiones conductuales y requerían observación prolongada en contextos hospitalarios, lo que restringía

considerablemente su utilidad clínica e investigativa. Ante esta limitación, Garner y Garfinkel (1979) desarrollaron el Eating Attitudes Test en su versión original de 40 ítems con un propósito explícito: construir y validar un instrumento capaz de evaluar de manera sistemática el amplio espectro de comportamientos y actitudes presentes en la anorexia nerviosa, que resultara económico en términos de administración y que pudiera operar como un índice de evaluación clínica con valor pronóstico.

Las actitudes hacia la alimentación se refieren a los pensamientos y sentimientos de una persona acerca de la comida y cómo esos sentimientos influyen e impactan en los hábitos alimenticios y la salud en general (Torres Chávez, 2022). En el modelo clínico establecido por Garner y colaboradores, estas actitudes se vuelven patológicas cuando muestran una distorsión en la relación psicológica con la ingesta de alimentos y el cuerpo. Esto incluiría un miedo distorsionado a engordar, una preocupación compulsiva por la misma imagen corporal, y una aversión calculada a comer alimentos que se consideran engordantes. En su manifestación más severa, las personas con actitudes alimentarias disfuncionales tienden a sobreestimar las dimensiones de su cuerpo, presentan una insatisfacción extrema con su figura y organizan gran parte de su funcionamiento psicosocial en torno al control del peso, lo que frecuentemente coexiste con rasgos de perfeccionismo, ineficacia percibida y desconfianza interpersonal (Garner et al., 1982).

La revisión posterior del instrumento condujo a la versión reducida de 26 ítems (EAT26), donde su estructura fue determinada mediante análisis factorial aplicado a una muestra clínica amplia. Este procedimiento demostró que las actitudes alimentarias disfuncionales podían agruparse en tres factores diferenciados.

El primer factor se llama Dieta. Esto contiene elementos que describen la preocupación por el consumo de alimentos que aumentan de peso, así como la preocupación por per-

der peso. Este factor abarca el deseo de ser restrictivo y la insatisfacción con la imagen corporal de uno mismo. El segundo factor se llama Bulimia y preocupación por la comida. Este factor describe las preoccupaciones obsesivas con el consumo de alimentos, así como la pérdida de control relacionada con la ingesta de comida y está asociado con un mayor peso corporal y un peor pronóstico clínico. El tercer factor se llama Control Oral, y consiste en elementos relacionados con el control sobre el consumo de alimentos, así como el control que se percibe que existe sobre las demandas sociales para consumir comida. Muestra la inflexibilidad en el acto de consumir, así como la respuesta del individuo a las demandas del entorno (Garner et al., 1982).

**Estructura Tripartita de las Actitudes Alimentarias.** Para comprender qué son las actitudes alimentarias y por qué se organizan en las dimensiones descritas, es necesario recurrir al marco conceptual más amplio que la psicología social ofrece sobre el constructo de actitud. Desde esta disciplina, la actitud se define como un estado mental y neutral de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa y dinámica en la reacción del individuo ante los objetos y situaciones con los que se relaciona (Allport, citado en Rodríguez Pérez, 2012). Esta definición clásica pone de relieve dos aspectos fundamentales: que las actitudes son adquiridas mediante la experiencia y el aprendizaje social, y que tienen una función orientadora sobre el comportamiento.

La estructura interna de toda actitud se articula en torno a tres componentes interdependientes. El componente cognitivo comprende el conjunto de creencias, percepciones y esquemas mentales que el individuo sostiene respecto a un objeto determinado. Es el marco interpretativo desde el cual se procesa y valora la información disponible. El componente afectivo representa la carga emocional y evaluativa asociada a ese objeto, pudiendo ser de valencia positiva o negativa, y constituye frecuentemente el elemento más resistente al cambio

dado que sus raíces suelen ser profundas y poco accesibles a la reflexión consciente (Rodríguez Pérez, 2012). El componente conductual, finalmente, es la predisposición para actuar de una manera determinada en función de lo que se cree y se siente, materializando en comportamientos observables lo que en los dos componentes anteriores existía solo como disposición interna.

Estos tres componentes no operan de manera aislada sino como una cadena articulada donde el individuo cree respecto a un objeto se fusiona con lo que siente hacia él para determinar cómo va a comportarse ante su presencia (Rodríguez Pérez, 2012). Aplicado al dominio alimentario, esta articulación permite explicar con precisión la naturaleza de las actitudes alimentarias disfuncionales. Una creencia distorsionada sobre el propio cuerpo (componente cognitivo), asociada a emociones de vergüenza, culpa o miedo ante la ingesta (componente afectivo), genera inevitablemente conductas de restricción, purga o descontrol alimentario (componente conductual). Esta cadena explicativa es la que justifica que el EAT26 mida simultáneamente cogniciones, emociones y conductas relacionadas con la alimentación, dado que las tres dimensiones son inseparables en la configuración de una actitud alimentaria.

***Conducta Alimentaria***

La conducta alimentaria puede definirse como el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades consumidas (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Sin embargo, duna perspectiva contemporánea, la conducta alimentaria constituye un fenómeno complejo que no puede comprenderse de manera aislada, sino a través de la interacción recíproca de componentes fisiológicos, genéticos, psicológicos y socioculturales (Maza-Ávila, CanedaBermejo y Vivas-Castillo, 2022; Osorio et al., 2002). Este enfoque biopsicosocial permite explicar cómo

las personas desarrollan sus prácticas, preferencias y aversiones alimentarias a lo largo del ciclo vital.

En el plano biológico, la ingesta está regulada por la fisiología del apetito y la saciedad mediante señales internas y externas que incluyen mecanismos hormonales digestivos, señales metabólicas como la glicemia y la leptina, e integración hipotalámica a través de péptidos y neurotransmisores (Osorio et al., 2002). A esta regulación fisiológica se suma una base genética relevante: los factores hereditarios explican una proporción significativa de la vulnerabilidad individual para desarrollar comportamientos alimentarios específicos, siendo las alteraciones en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico variables que inciden directamente sobre la impulsividad y la saciedad a nivel cerebral (Jáuregui Lobera, 2013).

La dimensión psicológica de la alimentación comienza a darse desde el nacimiento. La relación de apego establecida entre el niño y su figura principal de cuidado durante el primer semestre de vida resulta determinante para la adquisición de patrones alimentarios y el desarrollo socioemocional posterior (Osorio et al., 2002). Con el avance del desarrollo, otros factores psicológicos adquieren mayor protagonismo. Las demandas del entorno, los niveles de estrés y la regulación emocional repercuten de forma directa en las decisiones alimentarias, favoreciendo la omisión de comidas o el uso de la ingesta como estrategia de afrontamiento ante el malestar (Maza-Ávila et al., 2022).

En cuanto a la dimensión sociocultural, los hábitos alimentarios están condicionados por el aprendizaje social, la cultura, el estrato socioeconómico y el entorno geográfico de cada individuo (Maza-Ávila et al., 2022; Osorio et al., 2002). La familia es el principal agente transmisor de normas alimentarias, determinando a través de sus creencias, costumbres y recursos económicos qué alimentos se consideran apropiados y en qué proporciones (Osorio et al., 2002). En un nivel más amplio, la publicidad, la industria alimentaria y la alta

disponibilidad de productos ultraprocesados han interferido con estas tradiciones, promoviendo dietas desequilibradas en las que se prioriza la conveniencia y el costo sobre el valor nutricional (Maza-Ávila et al., 2022).

Es importante señalar que los hábitos adquiridos en la infancia y consolidados durante la juventud tienden a mantenerse en la adultez (Maza-Ávila et al., 2022). Cuando la interacción entre las dimensiones descritas se ve comprometida, emergen patrones de disfunciones alimentarias que constituyen factores de riesgo tanto para enfermedades crónicas no transmisibles como para alteraciones psicológicas vinculadas a la relación con la comida y el propio cuerpo. En este sentido, la conducta alimentaria no solo refleja el estado nutricional de una persona, sino también su historia afectiva, su contexto social y su bienestar psicológico.

### *Trastornos de la Conducta Alimentaria*

**Definición y Características Clínicas.** Según el DSM-5-TR (APA, 2022), los trastornos alimentarios son trastornos mentales que ocurren cuando la alteración de la alimentación u otros comportamientos relacionados con la alimentación causan problemas significativos para la salud física y mental de la persona. Las causas de los trastornos alimentarios son complejas y están provocadas por muchos factores. Estos trastornos tienen diferentes cursos y síntomas, sin embargo, tienen en común la percepción anormal de la influencia que el peso y la forma del cuerpo tienen en la autoevaluación de una persona (APA, 2022). La anorexia y la bulimia nerviosa son dos de los trastornos alimentarios más comunes en adolescentes.

Para el diagnóstico de anorexia nerviosa, una persona debe cumplir con los tres criterios. El primero es cuando la restricción de la ingesta de energía está en proporción a las necesidades del cuerpo, lo que lleva a un peso corporal significativamente bajo.

El segundo criterio es el miedo a engordar y/o comportamientos que limitan el aumento de peso, que persisten cuando el cuerpo está comprometido y/o desnutrido.

El tercer criterio es una alteración en la percepción del propio cuerpo, que se expresa en la influencia indebida del peso sobre la autoevaluación o en la negación persistente de la gravedad del bajo peso actual (APA, 2022). Este último elemento resulta clínicamente relevante porque implica una forma de anosognosia: es infrecuente que estos pacientes reconozcan espontáneamente la gravedad de su estado o busquen ayuda por iniciativa propia.

La Anorexia Nerviosa tiene dos tipos. Está el tipo restrictivo y el tipo purgativo, principalmente diferenciados por la existencia de episodios de atracón y comportamiento autopunitivo mediante vómitos y abuso de laxantes. Algunos de los efectos físicos de la Anorexia Nerviosa son presión arterial baja, ritmo cardíaco lento, temperatura corporal baja y osteoporosis. También puede provocar trastornos sanguíneos. La Anorexia también tiene un gran efecto psicológico. Hay una alta tasa de comorbilidad con depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la Anorexia Nerviosa. De todos los trastornos psiquiátricos, la anorexia tiene la tasa de mortalidad más alta (APA, 2022).

La Bulimia Nerviosa incluye episodios de atracón, y el atracón se caracteriza por el consumo de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo y pérdida de control. Después de la pérdida de control y el atracón, hay comportamientos autopunitivos que incluyen vómitos y abuso de laxantes o diuréticos, o ejercicio físico excesivo. Para ser diagnosticado con Bulimia Nerviosa, los comportamientos autopunitivos deben ocurrir una vez a la semana durante tres meses o más, y la autoevaluación de la persona está indebidamente influenciada por su peso y forma corporal (APA, 2022). En contraste con la Anorexia Nerviosa, las personas con Bulimia Nerviosa mantienen un peso corporal promedio o por encima del promedio. Esto hace que el reconocimiento temprano de la Bulimia sea más difícil. Una

consecuencia del comportamiento autopunitivo recurrente es el purgado de comida, la disregulación severa de electrolitos corporales, niveles bajos de potasio y un pH corporal alto, lo que puede llevar a ritmos cardíacos irregulares y daño al revestimiento del esófago y también a los dientes. En el plano psicopatológico, la bulimia se asocia frecuentemente con trastornos del estado de ánimo, impulsividad y abuso de sustancias como mecanismo disfuncional de regulación emocional (APA, 2022; Mento et al., 2021).

**Situación epidemiológica**. Los trastornos alimentarios siguen en aumento y constituyen un problema importante para la salud pública. Se desarrollan más durante la adolescencia y la adultez temprana (OMS, 2025), con una prevalencia estimada de trastornos alimentarios del 0,1 % para edades de 10 a 14 años y del 0,4 % para los grupos de 15 a 19 años. Las adolescentes son las más en riesgo, por lo que la prevalencia demuestra claramente un riesgo mayor para las mujeres en comparación con los hombres. Desde una perspectiva tendencial, Arija-Val et al. (2022) documentan que la incidencia global de estos trastornos ha mostrado un incremento progresivo vinculado a la expansión de los cánones de delgadez como ideal estético hegemónico, especialmente en sociedades occidentalizadas.

En el contexto latinoamericano, las cifras disponibles reflejan un panorama igualmente preocupante. En Ecuador, estudios en escolares de Cuenca identificaron que el 10.8% del alumnado presenta conductas alimentarias de riesgo asociadas a la imagen corporal (Loor y Patiño, 2017, citado en Meza Campos, 2024), mientras que en Chile se reporta que apenas el 9.3% de los estudiantes universitarios mantiene una relación saludable con la alimentación (Yáñez, citado en Huapalla, 2019). En el caso peruano, el Ministerio de Salud (MINSA, 2017) documentó una prevalencia del 6% de conductas alimentarias problemáticas en las zonas urbanas de Lima y Callao, con una mayor incidencia en mujeres (7.1%) respecto a hombres (4.9%). A nivel institucional, investigaciones en contextos escolares del Callao encontraron que el 27% de los estudiantes de secundaria exhiben variable alto (Meza Campos,

2024), y en Huánuco se reportó una prevalencia del 14.2% de conductas de riesgo en estudiantes universitarios (Huapalla, 2019).

Un factor de particular relevancia epidemiológica es el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la incidencia y la precocidad de estos trastornos. Según EsSalud (2021), el número de consultas por trastornos de la alimentación aumentó en un 100% durante el período de confinamiento. Antes de la pandemia, 2 de cada 10 pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Almenara tenían trastornos de la alimentación. Durante el período de confinamiento, ese número aumentó a 5 de cada 10. Además, la edad de inicio disminuyó significativamente. Tradicionalmente, el diagnóstico de trastorno de la alimentación se realizaba entre los 14 y 16 años. Durante la pandemia, este diagnóstico se registró en niños de 11 años. Estos casos presentaron síntomas más severos y un mayor número de complicaciones. EsSalud (2021) atribuye este incremento al aumento del uso de redes sociales durante el encierro, plataformas que refuerzan la asociación entre delgadez y aceptación social, sumado a la privación de redes de apoyo presenciales y actividades recreativas que actuaban como factores protectores.

**Consecuencias Clínicas y Comorbilidades.** Desde la perspectiva psiquiátrica, estas condiciones no suelen ocurrir por sí mismas. Arija-Val et al. (2022) afirman que los síntomas de los trastornos alimentarios se combinan con otros trastornos en aproximadamente tres de cada cuatro pacientes. La depresión mayor se presenta de forma concomitante en entre el 33% y el 61% de los diagnósticos de anorexia y bulimia, mientras que los trastornos de ansiedad generalizada aparecen en el 31% de los casos. Durante la adolescencia, la comorbilidad se extiende además al trastorno obsesivo compulsivo, al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y, en estadios más avanzados, al abuso de sustancias y a los trastornos de la personalidad (Arija-Val et al., 2022; Mento et al., 2021).

En el plano del funcionamiento psicosocial, los adolescentes con TCA experimentan una grave distorsión de la autoimagen que compromete sus habilidades relacionales y su participación en actividades normativas del desarrollo. Mento et al. (2021) documentan que la inmersión en comunidades digitales de corte pro-anorexia y pro-bulimia se asocia a un inicio más temprano del trastorno, mayor psicopatología y un deterioro psicosocial más pronunciado, evidenciado en aislamiento progresivo, rumiación cognitiva sobre el cuerpo y dificultad para sostener vínculos interpersonales estables.

Los efectos a corto plazo incluyen problemas con el esmalte dental por el vómito, cambios de peso por comer y luego purgarse, y problemas con los patrones normales de movimiento intestinal. Los efectos a largo plazo incluyen cosas como desarrollar enfermedad celíaca y diabetes por los trastornos alimentarios y tener sobrepeso y/o obesidad por el cambio muy profundo en el metabolismo durante la adolescencia. La verdadera tragedia aquí es la pérdida de vidas. La verdadera tragedia aquí es la pérdida de vidas. Los trastornos alimentarios son la única enfermedad mental con una tasa de pérdida de vidas superior al 4% y los trastornos alimentarios tienen al menos una tasa de pérdida de vidas del 5% al 6%. La anorrea nerviosa tiene la mayor tasa de intentos de suicidio entre todas las enfermedades psiquiátricas y esos intentos se explican por el empeoramiento muy grave y la decadencia de la salud y la combinación de otras enfermedades mentales como la depresión severa y mayor y la desregulación por falta de control (Arija-Val et al., 2022; Apaza, 2022).

**Factores de Riesgo.** No existen causas únicas para los trastornos alimentarios. Hay una multitud de causas que deben estar presentes todas para que se pueda hacer un diagnóstico. Portela de Santana et al. (2012) dicen que aproximadamente el 40% de las causas de los trastornos alimentarios son sociales, aproximadamente el 20% son genéticas y el 20% son psicológicas. Esto significa que las causas son muy diversas y muy integradas, y esto debe ser visto y tratado al abordar los trastornos alimentarios.

Desde una perspectiva biológica y genética, la susceptibilidad hereditaria es un factor de riesgo clave. Las diferencias genéticas significan que en los adolescentes, el riesgo de desarrollar características de los trastornos alimentarios y preocuparse por el peso corporal está entre el 50% y el 85% (Portela de Santana et al., 2012). La pubertad actúa como catalizador de esta predisposición genética, dado que la activación hormonal propia de este período, en particular las hormonas ováricas como el estradiol, modula la influencia genética sobre las actitudes alimentarias alteradas. El incremento natural de tejido adiposo que experimenta el cuerpo femenino durante la pubertad, en contraposición directa con el ideal social de delgadez, eleva drásticamente la vulnerabilidad clínica en las adolescentes. A nivel somático, el sobrepeso y la obesidad infantojuvenil representan condiciones de riesgo adicionales: estudios indican que el 40% de las niñas y el 20% de los niños con sobrepeso adoptan al menos un comportamiento alimentario alterado orientado al control de la figura (Portela de Santana et al., 2012).

Los factores psicológicos individuales constituyen otro eje explicativo central. La internalización del ideal de delgadez y la insatisfacción con el propio cuerpo son los principales detonantes clínicos documentados en la literatura. La insatisfacción corporal afecta entre el 25% y el 81% de las adolescentes mujeres y entre el 16% y el 55% de los varones, motivando el uso de estrategias extremas para la pérdida de peso (Portela de Santana et al., 2012). La restricción dietética es reportada por el 55.4% de las niñas y el 24.8% de los niños, mientras que el ayuno se configura como un predictor robusto para la aparición posterior de bulimia nerviosa. En esta línea, Plumed et al. (2019) identificaron que el impulso a la delgadez y la insatisfacción corporal constituyen predictores tan determinantes que en los varones logran

anular estadísticamente el efecto de otros factores externos. El afecto negativo, la baja autoestima y la sintomatología depresiva agravan la percepción del cuerpo, generando un circuito que perpetúa y profundiza la disfunción alimentaria.

Al analizar los factores sociales y mediáticos, los medios de comunicación que demonizan la obesidad y establecen estándares de belleza imposibles han demostrado causar daños medibles y significativos. Lazo et al. (2015) mostraron en una muestra de escolares en Lima que cuantos más mensajes mediáticos consumen y con los que están de acuerdo las escolares, más probable es que tengan un trastorno alimentario. Para aquellas que están totalmente de acuerdo con los mensajes mediáticos, la probabilidad de tener un trastorno alimentario es aún mayor (5.00).

A nivel macro-social, Zeigler y Mocellin (2019) señalan que las representaciones colectivas del cuerpo construyen significados que glorifican la delgadez como símbolo de éxito y autocontrol, generando un pensamiento dicotómico que impulsa prácticas de autocuidado desadaptativas. Las comunidades virtuales de corte pro-anorexia amplifican este efecto al normalizar conductas restrictivas y purgativas, construir identidades sociales en torno a la enfermedad y dificultar la adherencia a los tratamientos (Zeigler & Mocellin, 2019).

Finalmente, el entorno familiar opera como factor de riesgo o de protección dependiendo de sus características dinámicas. El control parental excesivo sobre la alimentación, sumado a presiones directas hacia la delgadez, contribuye activamente al desarrollo de una imagen corporal negativa en los hijos (Portela de Santana et al., 2012). Las prácticas como la restricción severa de alimentos, el uso de la comida como recompensa o castigo y la estigmatización del peso interfieren con la capacidad innata de autorregulación del niño, favoreciendo el surgimiento del comer emocional y de patrones dietéticos disfuncionales en etapas posteriores (Castrillón & Giraldo, 2014; Nazar et al., 2020). La evidencia sugiere además que

esta influencia familiar es especialmente determinante en los primeros años de vida, mientras que en la adolescencia intermedia y tardía el grupo de pares y los medios de comunicación adquieren mayor peso como moduladores del riesgo (Portela de Santana et al., 2012). Esta transición en las fuentes de influencia resulta particularmente relevante para comprender la vulnerabilidad específica del período adolescente, etapa en la que la presión social y la búsqueda de aceptación grupal intensifican la susceptibilidad ante los factores de riesgo descritos.

***El EAT-26 como Instrumento de Medición***

En 1979, el Eating Attitudes Test llenó un vacío que los clínicos estaban notando. Antes de la prueba, los clínicos no tenían los medios para analizar de manera efectiva y objetiva los comportamientos y actitudes relacionados con las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa. La prueba fue diseñada por Garner y Garfinkel. La versión incluía 40 preguntas usando una escala Likert de 6 puntos. La prueba fue validada usando pacientes con anorexia nerviosa y pacientes de control. La prueba utilizó análisis factorial y creó una escala que incluía, pero no se limitaba a, ansiedad por la comida, una imagen corporal de delgadez, uso activo de vómitos y laxantes, dietas, comer lentamente de manera furtiva, comer de manera furtiva y ansiedad social respecto al aumento de peso. Los ordinales para la muestra de anorexia nerviosa utilizaron un alfa de Cronbach de 0,79 y una muestra combinada de control de 0,94. Los resultados de la muestra indicaron que había un alto nivel de varianza consistente entre los ítems de la prueba,
1979; Zumarán & Silva, 2024).

Sin embargo, cuestionamientos posteriores en torno a la estructura factorial del instrumento propiciaron su revisión y abreviación. En 1982, Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel desarrollaron la versión reducida de 26 ítems a partir de una muestra de 300 mujeres conformada por pacientes anoréxicas y estudiantes universitarias, reestructurando la escala en un

modelo trifactorial compuesto por tres dimensiones: La dieta, la bulimia y la preocupación por la comida, y el control oral son cuestionarios de autoinforme que comprenden 13, 6 y 7 ítems respectivamente. Estos ítems encapsulan evitar alimentos que aumentan de peso, preocupación por estar delgado; pensamientos obsesivos sobre comer y perder el control al comer; y autocontrol sobre la alimentación y presión social percibida para comer (Zumarán y Silva, 2024). La versión en español del EAT-26, evaluada por Gandarillas et al. (2003), mostró una fiabilidad general de 0,86 en una población no clínica. La fiabilidad de las dimensiones en la versión en español del EAT-26 fue de 0,88 en Dieta, 0,77 en Bulimia y preocupación por la comida, y 0,79 en Control oral (Zumarán y Silva, 2024).

En el contexto peruano, Zumarán y Silva (2024) validaron el EAT-26 en una muestra de 301 estudiantes de colegio privado en Trujillo de 12 a 17 años seleccionados por muestreo probabilístico estratificado. La capacidad discriminativa de los ítems mostró un rango de correlaciones de 0,198 a 0,682, superando el umbral mínimo y mostrando relaciones latentes de los ítems con los subdimensiones correspondientes de la escala. Estas correlaciones fueron excelentes para Dieta (0,320 a 0,764), Bulimia (0,362 a 0,624), y preocupación por la comida, y Control oral (0,665 a 0,745). El análisis factorial confirmatorio apoyó el modelo trifactorial original del EAT-26 con cargas factoriales adecuadas que oscilaron entre 0,288 y 0,819 ($\alpha =$
0.866) como por dimensiones: Dieta ($\alpha = 0.873$), Bulimia y preocupación por la comida ($\alpha =$ 0.706) y Control oral ($\alpha = 0.728$), sustentando la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento para su uso en adolescentes peruanos (Zumarán & Silva, 2024).

A partir de estos resultados, Zumarán y Silva (2024) establecieron baremos percentilares específicos para la población adolescente peruana y definieron puntos de corte jerarqui-

zados para la escala total y sus dimensiones. Para el puntaje total, los niveles de riesgo se clasifican en bajo (≤ 12), medio (13-22) y alto (≥ 23). Esta clasificación tripartita facilita tanto una visión contextual del estado de la población evaluada como la identificación y categorización de casos según su grado de afectación, lo que resulta de particular utilidad para el diseño de programas de prevención primaria en contextos institucionales. El uso complementario de las subescalas permite adicionalmente precisar los patrones específicos de riesgo predominantes en cada individuo, posibilitando intervenciones más dirigidas según el perfil sintomático identificado (Zumarán & Silva, 2024).

***Actitudes Alimentarias en la Adolescencia***

Las actitudes alimentarias que pueden volverse problemáticas son más propensas a desarrollarse en poblaciones vulnerables durante la adolescencia, y con buenas razones. La adolescencia se caracteriza por cambios rápidos en la personalidad, neurobiología y la construcción de un sentido estable de uno mismo, junto con cambios fisiológicos significativos. Es importante entender que, simultáneamente, se producen los cambios más significativos y rápidos a lo largo del ciclo vital durante este período.

El inicio de los cambios asociados con la adolescencia sin duda afecta la forma en que los individuos tienden a pensar y verse a sí mismos. Los adolescentes pueden experimentar cambios en su apariencia social y física que interrumpen la manera en que sus cuerpos conforman a los estándares sociales de apariencia física (Papalia y Martorell, 2017). Esta brecha es especialmente marcada en las niñas, quienes pueden experimentar un aumento socialmente negativo en la grasa corporal en las caderas y los senos (Wertheim y Paxton, 2011). Debido a esto, las preocupaciones relacionadas con la apariencia no solo reemplazan todas las preocupaciones restantes en cuanto a la autoestima, sino que también dominan otros aspectos del desarrollo personal (Papalia y Martorell, 2017). Para los niños, la experiencia de cambios físicos debido al aumento en la grasa corporal, en su mayoría socialmente positivo y que afecta

los ideales masculinos, puede provocar cambios en el desarrollo de una autoimagen socialmente positiva, pero al mismo tiempo puede resultar en una obsesiva preocupación por la imagen corporal y los ideales sociales respecto a la delgadez y la muscularidad, lo que puede manifestarse como ejercicio compulsivo y uso de suplementos (Ricciardelli y McCabe, 2011).

A nivel neurobiológico, la vulnerabilidad adolescente tiene raíces en la asimetría del desarrollo cerebral. Las estructuras implicadas en las reacciones emocionales, como la amígdala, alcanzan su madurez antes que la corteza prefrontal, responsable de la planificación, el juicio y la regulación de impulsos (Papalia & Martorell, 2017). Esta asimetría produce una tendencia a tomar decisiones guiadas por las emociones antes que por la razón, lo que agudiza la susceptibilidad del adolescente ante las presiones del entorno y sus propias inseguridades corporales. Cuando esta inmadurez regulatoria se combina con insatisfacción corporal, el riesgo de adoptar conductas alimentarias disfuncionales como mecanismo de afrontamiento emocional se incrementa considerablemente.

En cuanto al desarrollo psicosocial, la tarea central de la adolescencia es la construcción de la identidad personal, proceso que Erikson conceptualizó como la resolución de la crisis identidad frente a confusión de identidad (Papalia & Martorell, 2017). Krauskopf (1999) describe este proceso como una segunda individuación en la que el joven busca diferenciarse del núcleo familiar y redefinirse social y personalmente. La autoestima disminuye para todos durante la adolescencia temprana. Para las niñas, esa caída ocurre más rápido y está más relacionada con la imagen corporal y la preocupación por la pubertad tardía (Papalia y Martorell, 2017). Krauskopf (1999) añade que, durante la pubertad, los cambios en la imagen corporal y el cuerpo infantil comienzan a desaparecer. Esto lleva a inseguridad con la identidad de roles y aumenta los niveles de sensibilidad a las presiones sociales, estereotipos y comentarios que rodean a un individuo.

Durante los períodos documentados de la adolescencia, existen diferencias específicas relacionadas con el género en edad que reflejan las actitudes hacia la alimentación. Las niñas y los niños muestran la mayor discrepancia en la percepción de sus propios cuerpos en comparación con lo que creen que es el cuerpo ideal, y por lo tanto hay una insatisfacción máxima con la imagen corporal durante la adolescencia temprana a media (Ricciardelli y McCabe, 2011; Wertheim y Paxton, 2011). En la adolescencia media, la influencia del grupo de pares desplaza a la familia como referente normativo principal, y la jerarquía social escolar establece estándares de apariencia que presionan hacia conductas dietéticas de riesgo (Jones, 2011). Epidemiológicamente, este período concentra el mayor pico de incidencia de anorexia nerviosa, con inicio típico entre los 13 y 18 años (Riquin et al., 2023). En la adolescencia tardía, las dinámicas románticas adquieren mayor relevancia como fuente de presión sobre la imagen corporal, mientras que la bulimia nerviosa hace su aparición clínica más frecuente entre los 16 y 18 años, coincidiendo con los procesos de independización y separación del hogar familiar (Riquin et al., 2023).

La magnitud del fenómeno en población femenina es especialmente documentada. Wertheim y Paxton (2011) reportan que la preferencia por ser más delgadas aumenta de un 40-50% en la preadolescencia a más del 70% durante la adolescencia plena, con hasta la mitad de las adolescentes reportando haber experimentado métodos extremos para perder peso. Riquin et al. (2023) señalan que las conductas de restricción alimentaria pueden afectar entre el 60% y el 70% de las chicas hacia el final de la educación secundaria. Estos datos confirman que las actitudes alimentarias disfuncionales no constituyen en la adolescencia fenómenos clínicamente excepcionales, sino respuestas psicológicas que se distribuyen ampliamente en la población escolarizada y que, en un subgrupo significativo, evolucionan hacia cuadros de mayor severidad clínica.

***Funcionalidad familiar***

Desde la perspectiva sistémica, la familia es conceptualizada como un sistema socio-cultural abierto y dinámico que interactúa constantemente con su medio ambiente, enfrentando de manera continua las demandas de cambio generadas tanto por las transformaciones biopsicológicas de sus propios miembros como por las presiones del entorno (Minuchin, citado en Smilkstein, 1978). Friedemann (1995) expande esta conceptualización señalando que la familia constituye una unidad estructurada compuesta por subsistemas interpersonales, como díadas, tríadas y unidades mayores, que se mantienen cohesionados mediante responsabilidades compartidas y vínculos emocionales. En términos operativos, Abelson et al. (citados en Delfín-Ruiz et al., 2020) definen el sistema familiar por el conjunto de atributos que explican cómo opera, evalúa y se comporta, constituyendo el entorno primario donde el individuo encuentra los recursos de afrontamiento y el apoyo social necesarios para resolver los problemas que enfrenta a lo largo de su desarrollo.

La estructura familiar no se limita a vínculos biológicos ni a la convivencia bajo un mismo techo. Smilkstein (1978) señala que la familia abarca un rango amplio de estilos de vida que incluye la familia nuclear tradicional, los grupos comunales y las parejas no casadas, reconociendo así la diversidad de formas que puede adoptar el sistema familiar. Friedemann (1995) complementa esta visión indicando que la definición de estructura familiar es profundamente subjetiva para cada individuo, dado que incluye a todas aquellas personas con quienes se mantiene una conexión emocional significativa y un compromiso mutuo de cuidado, independientemente de los lazos sanguíneos. En cuanto a la organización interna, Olson (2000) introduce el concepto de flexibilidad estructural como la capacidad del sistema para modificar su liderazgo, las relaciones de roles y las reglas de funcionamiento ante situaciones de estrés, mientras que Friedemann (1995) añade que las familias regulan condiciones estructurales como el espacio, el tiempo y la energía para coordinar roles, rutinas de crianza y

toma de decisiones, garantizando el mantenimiento del sistema frente a las amenazas del entorno.

En lo que respecta a su función social, la familia se consolida como la primera institución de socialización y el escenario primordial para el aprendizaje de valores, roles y patrones de vida (Delfín-Ruiz et al., 2020; Zambrano & Mayo, 2022). Friedemann (1995) piensa que las familias ayudan a que cada generación sea similar a la anterior. Mantienen todas las cosas que ayudan a las familias y sociedades a formar identidades y preservarlas para transmitirlas a sus hijos. Las familias ayudan a los niños a aprender a vivir en el mundo, a saber quiénes son y a aprender a ser más independientes (Zaldívar, citado en Delfín-Ruiz et al. 2020). Aunque en la actualidad comparte este rol con otras instituciones como la escuela, la familia mantiene un lugar insustituible como marco vital donde el adolescente forja sus herramientas emocionales y construye su sentido de pertenencia (Zambrano & Mayo, 2022; Friedemann,
1995).

***Definición y Dimensiones de Funcionalidad Familiar***

Según Smilkstein (1978), la funcionalidad familiar implica los aspectos de cuidado y crianza de una familia que pueden impactar en el desarrollo de los miembros de la familia. Por esta definición, la función familiar ideal representa la fortaleza y salud de la unidad familiar frente a desafíos y factores estresantes en distintas etapas de la vida familiar. Desde el marco conceptual propuesto por Gómez Clavelina y Ponce Rosas (2010), uno de los aspectos más importantes a considerar es la diferenciación significativa que debe hacerse entre el funcionamiento familiar objetivo y la satisfacción familiar subjetiva. Según Gómez Clavelina y Ponce Rosas, las encuestas de satisfacción del funcionamiento familiar, como el APGAR, se refieren predominantemente a las percepciones de los miembros de la familia sobre el funcio-

namiento familiar y la satisfacción que cada miembro experimenta, y no reflejan el funcionamiento estructural real de la familia. Esta distinción es importante en lo que respecta a las familias y la investigación, ya que delimita la interpretación y comprensión de la investigación y los resultados. Basándose en las encuestas de satisfacción familiar, los investigadores deben ser cautelosos y restrinjirse de hacer afirmaciones e interpretar la satisfacción y las encuestas como el funcionamiento familiar real.

Hay cinco elementos de la función familiar que Smilkstein (1978) tomó de la literatura sobre sistemas familiares y adaptó al APGAR. Define la adaptabilidad como la capacidad de la familia para emplear recursos internos y externos para resolver problemas que amenazan el equilibrio de la familia durante una crisis. La participación se refiere a la medida en que los miembros están involucrados en la toma de decisiones, la crianza y la resolución de conflictos a través de una comunicación activa. El crecimiento hace referencia al desarrollo físico y emocional y la autorrealización de los miembros de la familia, que resulta del apoyo, la alteración libre de roles y la mutualidad dentro de la familia. El afecto designa la calidad de las relaciones de cuidado, amor e interacción emocional que se comparten entre los integrantes del núcleo familiar. Finalmente, la resolución refleja el compromiso de dedicar tiempo, espacio y recursos materiales al bienestar físico y emocional de los demás miembros (Smilkstein, 1978; Gómez Clavelina & Ponce Rosas, 2010).

Este instrumento mide tres niveles de percepción de la función familiar basada en una puntuación total de entre 0 y 10. Una puntuación total de entre 7 y 10 identifica una familia con buen funcionamiento y recursos adecuados para afrontar crisis y cambios en los roles familiares. Una puntuación total de entre 4 y 6 identifica una familia con disfunción leve a moderada que requiere ayuda para mejorar la función de la comunicación familiar y/o la utilización de

los recursos disponibles. Una puntuación total de entre 0 y 3 identifica una familia con disfunción severa en la que los miembros no cumplen los niveles más básicos de cuidado y apoyo familiar, y la familia requiere la ayuda de un terapeuta profesional (Smilkstein, 1978). Según Gómez Clavelina y Ponce Rosas (2010), la satisfacción percibida con la función familiar alta, media y baja corresponde al mismo nivel de satisfacción con la función familiar y al mismo nivel de satisfacción con la función familiar percibida en la familia, donde la satisfacción con la función familiar percibida en la familia es subjetiva.

La literatura reconoce diversas formas de estructura familiar que coexisten en el contexto social contemporáneo. La familia nuclear, históricamente considerada la unidad organizativa básica, está conformada por dos adultos y sus hijos, aunque esta configuración ha experimentado transformaciones significativas en sus funciones, composición y roles parentales en respuesta a los cambios económicos y sociales (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2014).

La familia extendida consiste en más que solo la familia inmediata. Traza los vínculos con abuelos y otros que ayudan a construir redes de apoyo en cada etapa familiar e inculcan los valores que la familia sostiene.

Las familias monoparentales ocurren cuando los niños solo viven y son cuidados por uno de sus padres. Esto puede ser el resultado de un divorcio o la muerte del otro padre (Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2014). Desde una perspectiva contemporánea, estas estructuras no deben concebirse como formas rígidas o inmutables, dado que la familia actual se define cada vez más por los lazos de afecto, respeto y solidaridad que unen a sus miembros que por criterios estrictamente biológicos o conyugales.

*Modelos Teóricos de la Funcionalidad Familiar*

**El Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares**. Fue desarrollado por David Olson (2000), constituye uno de los marcos diagnósticos y terapéuticos más influyentes en el estudio de la dinámica familiar. Su hipótesis central postula que los sistemas equilibrados tienden a ser significativamente más funcionales y adaptativos a lo largo del ciclo vital que los sistemas ubicados en posiciones extremas. El modelo integra tres dimensiones interrelacionadas. La cohesión es la conexión emocional entre los miembros junto con su capacidad para equilibrar la unión y la separación. Puede haber una cantidad saludable de separación y conexión. Estos promedios se pueden encontrar en cualquier lugar, desde un fuerte desacuerdo hasta una configuración pegajosa. La flexibilidad alude a la capacidad del sistema para modificar su liderazgo, las relaciones de roles y las reglas de funcionamiento en respuesta a las demandas del contexto, cuyos niveles oscilan desde la rigidez hasta el caos, siendo nuevamente los niveles centrales los más adaptativos. La comunicación opera como una dimensión facilitadora que permite a la familia moverse a través de las dos dimensiones anteriores, e incluye procesos como la empatía, la escucha activa y el respeto mutuo (Olson, 2000).

**El Marco de Organización Sistémica**. Desarrollada por Friedemann (1995), esta forma parte de la teoría general de los sistemas abiertos y describe a la familia como un sistema con el objetivo de lograr la salud. La salud se entiende como la armonía de los sistemas internos y externos de equilibrio de la familia, que buscaría disminuir la ansiedad y aumentar el nivel de satisfacción de sus miembros. Para lograr esta congruencia, la familia equilibra dinámicamente cuatro metas fundamentales: la estabilidad, orientada al mantenimiento de tradiciones, valores e identidad; el crecimiento, referido a la asimilación de nuevos conocimientos y la transformación cultural; el control, dirigido a reducir la vulnerabilidad mediante la estructuración de reglas; y la espiritualidad, que fomenta los lazos afectivos y el compromiso

mutuo entre los integrantes (Friedemann, 1995). Estas metas se ejecutan a través de cuatro dimensiones de proceso: el mantenimiento del sistema, el cambio del sistema, la coherencia y la individuación. Bajo este modelo, la efectividad o salud familiar no depende de un estilo único sino del equilibrio dinámico que cada familia logra en función de su propio contexto y las necesidades específicas de sus miembros (Friedemann, 1995).

***Funcionalidad Familiar en la Adolescencia***

La familia es el lugar clave para el crecimiento significativo de los adolescentes, ya que en el ámbito de los miembros de la familia se forman los primeros vínculos emocionales, se construyen los primeros refugios emocionales y se desarrolla la identidad emocional de una persona (Zambrano y Mayo, 2022). Cuando los miembros de la familia funcionan juntos, se crea un ambiente emocionalmente estable y un clima relacional positivo, resultando en un entorno en el cual las habilidades sociales y la autoestima pueden prosperar (Zambrano y Mayo, 2022). De manera similar, Urdiales y Segura (2019) señalaron una relación clave entre la autoestima y el funcionamiento familiar de los adolescentes, y enfatizaron que la preocupación familiar es el factor más importante en lo que respecta a la autoestima y el comportamiento autorregulado. Estos estudios ayudan a establecer que la función de la familia mejora positivamente habilidades sociales como la autoestima positiva, la comunicación y el funcionamiento familiar entre adolescentes en Perú (Esteves et al., 2020, citado en Zambrano y Mayo, 2022).

La disfunción familiar es muy probable que conduzca a problemas de salud mental y malos comportamientos. La evidencia muestra que los problemas familiares aumentan la probabilidad de que los adolescentes sean víctimas de acoso, sean violentos con amigos o incluso sean violentos en citas, o sean adictos a las redes sociales, alcohol y quizás otras cosas (Moratto et al., 2017; Alonso et al., 2017, citado en Zambrano y Mayo, 2022). Los grandes

problemas familiares conducen a problemas de salud mental aún peores. Tener una familia realmente mala y rota puede llevar a querer matarte a ti mismo y a tener una depresión muy grave (Núñez et al., 2020, citado en Zambrano y Mayo, 2022). Galarza-Colacho y Colacho-Vargas (2024) corroboran esta tendencia señalando que los entornos familiares disfuncionales, caracterizados por conflictos permanentes, escasa comunicación y déficit de apoyo emocional, exacerban la vulnerabilidad psicológica y social de los adolescentes, constituyéndose en un factor determinante en el incremento de ansiedad, depresión y estrés en este grupo etario.

La evidencia localizada en contextos peruanos refuerza esta perspectiva con especial relevancia para el presente estudio. Cervantes y Pinto (2024) mostraron una mezcla de funcionalidad familiar en la juventud dentro de muchas familias en Arequipa y identificaron las influencias negativas de la dinámica familiar en la autoestima y el bienestar psicológico de la juventud. Ramos (2015) encontró que en Camaná, todos los jóvenes en su estudio provenían de familias que eran disfuncionales. En su estudio, el 50% de las familias estaban en disfunción severa y el 45% en disfunción moderada. Los niveles de disfunción familiar se correlacionaron significativamente con los niveles de depresión de los jóvenes. Este estudio es importante para esta investigación porque muestra que la disfunción familiar en la misma región del Perú es un factor de riesgo psicológico.

***El APGAR Familiar como Instrumento de Medición***

Gabriel Smilkstein creó el Family APGAR en 1978 como una herramienta de detección rápida para la práctica clínica familiar. Family APGAR es un acrónimo de cinco componentes que Smilkstein encontró en las ciencias sociales: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución. Fue diseñado como un dispositivo mnemónico porque los clínicos familiares serían más propensos a aceptar la herramienta si era más fácil de aprender y recordar, similar a la herramienta Neonatal APGAR que los clínicos están obligados a usar.

Family APGAR era originalmente una herramienta de cinco ítems que utilizaba una escala de tres pasos. Las puntuaciones totales categorizaban el funcionamiento familiar en: Familia Altamente Funcional, 7-10; Disfunción Moderada, 4-6; y Disfunción Severa, 0-3. Family APGAR fue validado inicialmente por el Índice de Función Familiar por Pless y Satterwhite y puntuaciones de correlación ítem-total subsiguientes de 0.50 y 0.65 (Smilkstein, 1978).

Gómez Clavelina y Ponce Rosas (2010) publicaron un artículo importante sobre métodos y pusieron en duda la verdadera naturaleza del constructo medido por el instrumento, mostrando discrepancias entre el objetivo declarado de medir la función familiar objetiva y los ítems del instrumento. Al emplear análisis factorial, demostraron que el instrumento captura solo un constructo: la percepción subjetiva de satisfacción con el funcionamiento familiar. Demostraron esto extrayendo un componente principal, que explicó el 52.9% de la varianza, y propusieron que la puntuación de satisfacción se interpretara como satisfacción percibida, donde 0-3 indica baja, 4-6 indica media y 7-10 indica alta satisfacción. Este cambio en la puntuación es de importancia metodológica, ya que define el problema de interpretación de la satisfacción relacionado con la puntuación del funcionamiento familiar.

En Perú, Castilla, Caycho, Shimabukuro y Valdivia (2014) examinaron a 256 estudiantes varones de secundaria en Lima, con edades de 11 a 18 años. La escala APGAR Familiar tenía una nueva escala de respuestas tipo Likert de cinco ítems con una puntuación total ponderada de 0 a 20. La correlación ítem-prueba mostró resultados sólidos con coeficientes de correlación de 0.505 a 0.643. La escala mostró un nivel decente de consistencia interna para investigación con un alfa de Cronbach de 0.788. Los componentes principales del análisis factorial Varimax indicaron que la escala era unidimensional y explicaba el 54.1% de la varianza total, con todos los ítems teniendo una carga factorial de 0.50 o más. Con una muestra de 228 escolares peruanos de ambos sexos, Castilla, Caycho, Ventura-León, Palomino-Barboza y De la

Cruz (2015) realizaron un análisis factorial confirmatorio. Encontraron los mismos resultados de un modelo unidimensional de ajuste bajo, sin sesgo en la estimación del alfa, presentando una consistencia interna de $\alpha = 0.729$. Condori-Tintaya (2024) examinó una muestra de 130 niños en Norte de Lima y encontró una mayor consistencia interna ($\alpha = 0.872$), índices de ajuste válidos (CFI = 0.974, RMSEA = 0.071), y una versión mejorada $\omega = 0.844$, apoyando la validación de la escala APGAR Familiar para niños escolares peruanos.

***Funcionalidad Familiar como Factor Protector y de Riesgo ante los TCA***

El funcionamiento familiar puede ser un factor protector o de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Todo depende de la calidad de las dimensiones centrales (Ceballos Canaza et al., 2024). El Modelo Circumplex de Olson sugiere cohesión y adaptabilidad familiar. Estas tienen las mayores dinámicas relacionales respecto al sistema familiar. Los niveles intermedios de estas dimensiones se asocian a un funcionamiento más saludable, mientras que los extremos resultan perjudiciales para el desarrollo psicológico del adolescente. En esta línea, Waller et al. (citado en Ceballos Canaza et al., 2024) señalan que las familias de personas con TCA presentan menor cohesión, adaptación y comunicación en comparación con familias sin esta problemática. La comunicación familiar, como dimensión facilitadora, dota a los adolescentes de recursos afectivos para afrontar situaciones de riesgo, mientras que la evitación o la falta de adaptación ante los conflictos contribuye al desencadenamiento de la patología alimentaria (Botta & Dumlao, citado en Ceballos Canaza et al., 2024). En cuanto a los estilos parentales, el estilo condescendiente ha mostrado operar como factor protector, en tanto que los estilos autoritario y negligente constituyen factores de riesgo para el desarrollo de TCA (Fuentes & García, citado en Ceballos Canaza et al., 2024).

***Relación entre actitudes alimentarias y funcionalidad familiar***

Durante la infancia, la familia es el primer grupo social que se encuentra, el contexto para el desarrollo de comportamientos y hábitos alimenticios que probablemente se conviertan en para toda la vida. La familia estimula la comprensión de la nutrición y el desarrollo gradual de una percepción de la imagen corporal. Específicamente, el estilo parental es el elemento más importante durante este período de desarrollo (Fuentes Prieto et al., 2020). Los estilos parentales autocráticos, que adoptan un estilo de crianza caracterizado por la imposición y el control estrictos de las relaciones jerárquicas y la supresión de la autonomía del niño, crean una falta de control de las emociones y predisposiciones a diversos trastornos, incluidos los trastornos alimentarios (Benito & Sumire, 2018). En la infancia, los estilos parentales autocráticos se reflejan en un estilo parental que presiona al niño para comer y, por lo tanto, disminuye la capacidad del niño para controlar cuánto puede comer. Además, este estilo restringe la capacidad del niño para controlar cuánto puede comer. Esto crea una capacidad en el niño para controlar cuánto puede comer y genera trastornos alimentarios durante la adolescencia (Fuentes Prieto et al., 2020).

En las familias de personas que padecen trastornos alimentarios, existen enormes diferencias estructurales y relacionales cuando se comparan con familias típicas. Las familias de personas que sufren de trastornos alimentarios son menos cohesivas. Las familias de personas que padecen trastornos alimentarios son menos adaptativas y menos expresivas. Además, las familias de personas que sufren de trastornos alimentarios son menos receptivas, y hay enormes deficiencias en su capacidad para comunicarse y expresar emociones (Fuentes Prieto et al., 2020; Sainos-López et al., 2015). Estas deficiencias se agravan en la anorexia nerviosa, cuando las familias se vuelven excesivamente involucradas entre sí. Además, estas familias se vuelven excesivamente protectoras y son menos dispuestas a cambiar la estructura rígida de la familia, y los conflictos en estas familias se convierten en más fáciles de evitar

(Benito & Sumire, 2018; Sainos-López et al., 2015). En la bulimia nerviosa, el deterioro relacional se expresa de manera diferente, con familias percibidas como menos cohesivas, con escasa organización y expresividad emocional, y con niveles elevados de conflicto interno, hostilidad e impulsividad (Ruíz Martínez et al., 2013).

Los problemas familiares pueden llevar a diversos patrones de alimentación riesgosos en los adolescentes. Cuantos más problemas familiares tenga una persona, mayor será la probabilidad de que tenga un trastorno alimentario grave y recurrente (Sainos-López et al., 2015). Existen diferentes formas de abordar el problema desde un nivel más conceptual. Algunos de los modelos diferentes que propusieron Leung, Schwartzman y Steiger sugieren que la mayoría de los problemas familiares tienden a manifestarse a través de medios indirectos. Específicamente, se sugiere que los impactos psicosociales de los problemas familiares, cuando se combinan con baja autoestima y la imagen corporal, pueden llevar al desarrollo de trastornos alimentarios. Esta vía tiene una mayor probabilidad de ocurrir cuando hay negligencia emocional en la familia, junto con problemas relacionados con el peso y la apariencia física de una persona (Ruíz Martínez et al., 2013). Desde la teoría sistémica, Avalos y Samada (2020) denominan esta carencia afectiva como desnutrición relacional, condición que obstaculiza la consolidación de una personalidad sana y lleva al adolescente a recurrir a conductas alimentarias nocivas para ejercer autoridad sobre la única dimensión que cree poder dominar: su propio cuerpo.

Los vínculos establecidos con los progenitores constituyen además mecanismos de transmisión directa de actitudes hacia el cuerpo y la alimentación. La figura materna, como principal responsable de las pautas alimentarias familiares, ejerce una influencia determinante cuando sus actitudes incluyen críticas reiteradas sobre la silueta de la hija, preferencia explícita por la delgadez o historial propio de TCA, generando vínculos afectivos inseguros que comprometen la regulación de la autoestima en la adolescente (Fuentes Prieto et al.,

2020). La figura paterna, mediada frecuentemente por el perfeccionismo, las altas expectativas y la carencia de mensajes afectivos explícitos, contribuye a creencias de abandono y falta de validación que se expresan sintomáticamente en la esfera alimentaria (Fuentes Prieto et al., 2020; Ruíz Martínez et al., 2013). Cuando las familias crean una situación llena de comentarios negativos, burlas y presiones familiares relacionadas con el peso, los niños desarrollan una percepción negativa de su imagen corporal que puede resultar en patrones alimenticios poco saludables.

Los estudios que se han llevado a cabo establecen que la dinámica familiar impacta más cuando se analiza qué causa los trastornos alimenticios en los adolescentes. Por ejemplo, en una muestra de 790 estudiantes de secundaria españoles, Frerio et al. (2021) encontraron diferentes niveles de trastorno alimentario en relación con su percepción del nivel de relación familiar ($p < .001$), la educación familiar ($p < .01$) y su uso de redes sociales ($p < .05$). En general, la calidad de las relaciones familiares influencia en el comportamiento alimentario no saludable. En la misma línea, Moreno Ruge y Londoño-Pérez (2017), mediante un modelo de ecuaciones estructurales aplicado a 104 adolescentes colombianos y sus familiares significativos, demostraron que el riesgo alimentario opera de forma bidireccional dentro del sistema familiar: el 12% de los adolescentes presentaba riesgo clínico de TCA, y dicho riesgo se asociaba directamente con el nivel de riesgo presente en sus propios progenitores, quienes ejercen simultáneamente un rol modelador protector o de riesgo según la calidad de sus propias actitudes alimentarias y relacionales.

En Perú, investigaciones muestran que la funcionalidad familiar y el riesgo de TCA están inversamente relacionados. La magnitud e interpretación difieren, pero los estudios coinciden. Vallejos-Saldarriaga y Vega-Gonzales (2020) fueron los primeros en utilizar el EAT-26 y el Family APGAR juntos en un mismo estudio para la población peruana. Estudiaron 146 estudiantes de Nutrición de la Universidad de Lima y encontraron que el 58.9% tenía

disfunción familiar y el 15.8% tenía riesgo de TCA. Encontraron una correlación inversa significativa ($r = -0.184$; $p = 0.026$). Estos datos son consistentes con el hallazgo de Vásquez (2018, citado en Salinas-Ochoa y Granda-Beltrán, 2025), quien afirmó que desarrollar TCA es 2.46 veces más probable en adolescentes de familias disfuncionales. Valladares-Garrido et al. (2026), en el estudio peruano de mayor tamaño muestral disponible sobre estas variables, confirmaron esta tendencia en 1219 estudiantes de Lambayeque, reportando que el 29.8% presentaba disfunción familiar severa y el 10% moderada, con alta prevalencia concomitante de baja autoestima, ansiedad y depresión, concluyendo que la disfunción familiar incide fuertemente sobre el riesgo psicopatológico alimentario del adolescente.

La evidencia local proveniente de Arequipa es particularmente relevante para el presente estudio por su proximidad geográfica y cultural. Ortiz Arce (2017) fue la primera investigadora local en emplear los mismos instrumentos del presente estudio en 323 adolescentes mujeres de secundaria, documentando un gradiente clínicamente ilustrativo: el riesgo de TCA ascendió del 5.41% en familias funcionales al 33.80% en familias con disfunción severa, con una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.0003$) aunque de baja intensidad ($r = -0.18$). El estudio de Aguilar Chalco de 2019 tuvo como participantes a 218 estudiantes preuniversitarios, tanto hombres como mujeres. Encontró que el 56,6% sufría de disfunción familiar y estaban en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Esto mostró una significancia estadística de ($p = 0,011$). Soto Torres (2025) encuestó a una población más grande y confiable. Encuestó a 447 estudiantes de secundaria, privados, que asistían a la escuela en Arequipa. También confirmó que existía una relación directa entre disfunción familiar severa y riesgo de trastornos alimentarios, y que la autoimagen poco desarrollada, la autopercepción de la imagen corporal y el peso corporal también mostraron significancia. Confirmó que la significancia era ($p < 0.05$). Eduardo Díaz (2025), en un estudio desarrollado en

la propia Universidad Católica de Santa María con 250 estudiantes universitarios, reportó que la funcionalidad familiar predijo inversamente la sintomatología de TCA explicando el 5% de la varianza ($R^2 = .05$; $\beta = -.66$; $p = .001$), con mayor sintomatología en mujeres que en hombres ($p < .05$). Ceballos Canaza et al. (2024) realizaron una investigación con 1,311 adolescentes utilizando un diseño predictivo en Arequipa. reportaron que la cohesión y adaptabilidad familiar son las dimensiones que más predicen el riesgo de Trastornos de la Alimentación (TA). Se encontró que el 89,5 % de las adolescentes, que percibían a su familia como caóticamente adaptable, presentaban un alto riesgo de TA. Además, el 59,7 % de las adolescentes, que provenían de familias con cohesión separada, también estaban en el grupo de alto riesgo. También resulta interesante encontrar que las niñas, que provenían de familias conectadas, presentaron un riesgo de TA 2,24 veces mayor que las niñas de familias separadas, lo que significa que tanto las familias conectadas como las separadas actúan como un factor de riesgo para el TA.

Equilibrar ambas variables en una revisión de la literatura puede arrojar resultados diferentes. Por ejemplo, en un estudio de Culqui Hualpa (2024) con 129 estudiantes de secundaria en Callao, la funcionalidad familiar de los sujetos de estudio no mostró relación significativa con la sintomatología de TA en ninguna de las dimensiones evaluadas (anorexia: $p = 0.695$; bulimia: $p = 0.501$; control oral: $p = 0.978$). Además, se reportó un menor riesgo de bulimia con estructura familiar nuclear ($p = 0.041$). De manera similar, en un estudio con estudiantes universitarios en Ecuador, Salinas-Ochoa y Granda-Beltrán (2025) encontraron que no hubo una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.053$; $p = 0.818$). Por el contrario, no existen asociaciones directas y universales con la funcionalidad familiar y las actitudes alimentarias, por lo que la relación puede incluir contextos variables como el tipo de población, la etapa del ciclo de vida y las características socioculturales del área. Este estudio muestra la necesidad de

explorar esto en una población del mismo tipo, que en este estudio fueron adolescentes escolares en la provincia de Camaná.

**Hipótesis**

Existe una correlación significativa entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en los estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

# Capítulo II. Método

## Método

Este estudio utilizó un método correlacional cuantitativo. Este enfoque incluye la recopilación y el análisis de datos numéricos. Se emplearon las escalas EAT-26 y APGAR para encontrar y describir la correlación de las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar. Siguiendo a Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), este estudio utilizó un diseño no experimental, transversal. No ocurrió manipulación interventora de las variables del estudio, y la recopilación de datos se realizó solo una vez para todos los participantes.

## Instrumentos

### *Instrumento 1. Escala de Actitudes Alimentarias – 26 (EAT-26)*

Desarrollada por Garner y Garfinkel (1982), la EAT-26 es un cuestionario de autoinforme de 26 ítems calificado en una escala Likert de 5 puntos que evalúa la tendencia a expresar comportamientos riesgosos, y las actitudes y pensamientos, respecto a la presencia de trastornos alimentarios (TA). Una puntuación total sumada más alta (el ítem 25 se califica en reversa) refleja una mayor severidad de los síntomas. Aunque esta escala tiene una estructura teórica de tres factores (Dieta, Bulimia y preocupación por la comida, y Control oral), y estudios recientes han demostrado que esta estructura se mantiene empíricamente, la escala puede usarse con éxito en entornos de investigación sin variabilidad en los índices de norma y consistencia.

**Validez.** Respecto a sus propiedades psicométricas en un entorno peruano, el estudio de Zumarán y Silva (2024), con una muestra de 301 estudiantes de secundaria de una institución educativa privada de Trujillo (12-17 años), cuyo análisis de discriminación ítem-total reportó correlaciones significativas ($p < .01$) entre .198 y .682, mientras que las correlaciones ítem-escala por dimensión superaron el umbral mínimo de .10, oscilando entre .320 y .764

para Dieta, .362 y .624 para Bulimia y preocupación por la comida, y .665 y .745 para Control oral, y un análisis factorial confirmatorio (AFC) que corroboró la estructura trifactorial original, demostró cargas factoriales adecuadas y una congruencia empírica con el modelo teórico propuesto.

**Confiabilidad.** En cuanto a fiabilidad, en el estudio previo fue muy buena para la puntuación total (α = .866) y satisfactoria por dimensiones: Dieta (α = .873); Bulimia y preocupación por la comida (α = .706); y Control oral (α = .728). Finalmente, se definieron normas percentiles y puntos de corte jerárquicos para la clasificación de riesgo: Bajo (≤ 12), Medio (13-22) y Alto (≥ 23). Estos resultados muestran la fiabilidad de la escala para investigaciones sobre adolescentes peruanos. Los autores recomiendan la puntuación total y las subescalas para la detección temprana clínica y el tamizaje.

***Instrumento 2. Escala APGAR de Función Familiar***

La Escala de Funcionalidad Familiar APGAR: desarrollada por Smilkstein (1978), es una escala autoadministrada constituida por 5 ítems con una escala de Likert de 5 puntos (0 = nunca, 4 = siempre) diseñada para evaluar la satisfacción del participante con el apoyo familiar en las áreas de comunicación familiar, desarrollo personal, afecto familiar y el tiempo de ocio compartido en familia (Gómez & Ponce, 2010). La puntuación total se obtiene por suma directa (rango: 0-20), donde valores más altos indican una percepción más positiva. Aunque teóricamente cada ítem representa un componente distinto (adaptabilidad, asociación, crecimiento, afecto y resolución), la evidencia empírica original respalda una estructura unifactorial, con correlaciones ítem-total entre .50 y .78, correlación convergente de .80 con el *Pless-Satterwhite Family Function Index*, y consistencia interna adecuada (α = .80-.85).

**Validez.** Fue adaptada en Perú por Castilla et al. (2015) en una muestra de 228 escolares de Lima Metropolitana (12-18 años; $M$ = 14.34; $DE$ = 1.44; 46.1% varones), el análisis de ítems reportó correlaciones ítem-total corregidas significativas ($p < .001$) entre ρ = .450 y

ρ = .550, con asimetría y curtosis dentro de ±1.5 y ausencia de multicolinealidad. El análisis factorial exploratorio confirmó la pertinencia del análisis (KMO = .786; Bartlett $\chi^2(10) = 206.030$, $p < .001$), obteniéndose una estructura unifactorial que explicó el 53.4% de la varianza, con cargas factoriales entre .569 y .730. El análisis factorial confirmatorio del modelo unifactorial mostró índices de ajuste óptimos: $\chi^2/df = 1.357$, $p = .237$, CFI = .991, NNFI = .967, GFI = .988, AGFI = .957 y RMSEA = .040.

**Confiabilidad**. En cuanto a la fiablidad, fue adecuada (α = .729; IC 95% [.669, .781]), sin evidencia de sesgo en la estimación del alfa. Finalmente, el análisis de invariancia verificó que el modelo por sexo era equivalente ($\Delta\chi^2$, p = .787), por lo que se permitieron las comparaciones entre hombres y mujeres. Estos resultados respaldan la validez deconstructo y la fiabilidad de la escala, y sugieren utilizar la puntuación total como un indicador global en investigaciones con adolescentes peruanos.

**Participantes**

La población estudiada estuvo integrada por un total de 130 estudiantes de secundaria de 1.º a 5.º año en un colegio privado en Camaná, cuyas edades oscilaron entre 12 y 17 años. El muestreo fue no probabilístico por accesibilidad, formado por 123 estudiantes y, por lo tanto, representó el 94.6% de la población total; los otros 7 estudiantes no participaron, ya que no estuvieron presentes el día en que se aplicaron los instrumentos. Los padres o tutores brindaron su consentimiento informado previo, y los participantes lo hicieron mediante asentimiento.

Del total de la muestra, el 56.9% (n = 70) fueron mujeres y el 43.1% (n = 53) varones. En cuanto a la edad, el 30.1% (n = 37) se encontraba en el grupo de 12 a 13 años, el 36.6% (n = 45) en el de 14 a 15 años y el 33.3% (n = 41) en el de 16 a 17 años. Respecto al grado escolar, el 35.8% (n = 44) cursaba el segundo grado, seguido del quinto grado con 28.5% (n = 35). En relación con la estructura familiar, predominaron las familias nucleares con 57.7% (n = 71), mientras que el 23.6% (n = 29) correspondió a familias extensas y el 16.3% (n = 20) a

monoparentales. Finalmente, en cuanto al estado de peso, el 56.9% (n = 70) presentó peso saludable, el 27.6% (n = 34) obesidad, el 14.6% (n = 18) sobrepeso y solo el 0.8% (n = 1) bajo peso. Las características detalladas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de los participantes*

| Variables | Categoría | *n* | *%* |
|---|---|---|---|
| Género | | | |
| | Femenino | 70 | 56.9 |
| | Masculino | 53 | 43.1 |
| Edad | | | |
| | De 12 a 13 años | 37 | 30.1 |
| | De 14 a 15 años | 45 | 36.6 |
| | De 16 a 17 años | 41 | 33.3 |
| Grado | | | |
| | 1ro | 20 | 16.3 |
| | 2do | 44 | 35.8 |
| | 3ro | 14 | 11.4 |
| | 4to | 10 | 8.1 |
| | 5to | 35 | 28.5 |
| Estructura Familiar | | | |
| | Nuclear | 71 | 57.7 |
| | Monoparental | 20 | 16.3 |
| | Extensa | 29 | 23.6 |
| | Otros | 3 | 2.4 |
| Estado de peso | | | |
| | Bajo peso | 1 | 0.8 |
| | Peso saludable | 70 | 56.9 |
| | Sobrepeso | 18 | 14.6 |
| | Obesidad | 34 | 27.6 |
| Total | | 123 | 100.0 |

**Procedimiento**

El proyecto de tesis fue presentado al asesor de tesis para obtener su aprobación antes de solicitar permiso a una institución educativa de nivel secundario en Camaná respecto a la

confidencialidad y los estándares éticos. Después de eso, se seleccionaron participantes voluntarios. Estos participantes eran de la población objetivo de la comunidad, y se solicitó el consentimiento informado a sus padres o tutores. También se dio consentimiento para participar en el estudio a los miembros de la comunidad. Además, se proporcionó a todos los participantes una breve descripción del estudio. El investigador también administró personalmente las herramientas de medición del estudio, que incluían los cuestionarios EAT26, el APGAR y un instrumento sociodemográfico, con la ayuda del personal educativo de la institución. Cada sesión duró aproximadamente diez minutos. El investigador también administró personalmente las otras herramientas de medición, que también estaban en forma de cuestionarios. Se recopilaron datos de muestra y se realizaron análisis preliminares, y la muestra fue digitalizada utilizando el programa Excel para almacenar razonablemente la muestra en una base de datos segura. Cada dato de la muestra fue utilizado para realizar una revisión de calidad antes de analizar la muestra formal. Los resultados del análisis de la muestra se utilizaron para redactar el informe de investigación.

**Consideraciones Éticas**

Esta investigación siguió las pautas éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017) y el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Los estudiantes fueron libres de decidir si querían o no participar y tenían el derecho de abandonar la investigación sin ningún impacto negativo en ellos. Debido a que los menores eran participantes, el investigador solicitó el permiso de los padres/tutores. Cada uno de los menores participantes aceptó participar en la investigación y se concedió el permiso de los padres/tutores. Los participantes y los padres/tutores de los menores fueron informados sobre la investigación y los procedimientos de la investigación, y se les informó que los resultados no serían publicados. Los participantes y los padres/tutores fueron informados de que los resultados de la investigación serían tratados con confidencialidad.

La información obtenida fue tratada con estricta confidencialidad, almacenada de manera segura y utilizada exclusivamente con fines académicos e investigativos, sin que se divulgara ningún dato de identificación personal en ninguna publicación o informe derivado del estudio.

**Análisis de Datos**

Utilizamos el software Jamovi (versión 2.3) para realizar nuestros análisis sobre los datos recopilados. Para interpretar el nivel de riesgo de las puntuaciones de los encuestados de EAT-26 y el nivel funcional del Family APGAR, se creó una categoría de riesgo que describe a los participantes utilizando estadísticas descriptivas, incluyendo tendencia central y dispersión, junto con recuentos de frecuencias y distribuciones porcentuales.

Después de crear estas categorías de riesgo, se utilizó el procedimiento de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de los datos. Como la mayoría de las variables resultaron no tener una distribución normal, se utilizó el coeficiente rho de Spearman para propósitos correlacionales. Para el análisis de varianza, se utilizó el procedimiento U de Mann-Whitney para la variable género. El procedimiento de Kruskal-Wallis se utilizó para las variables estructura familiar, edad y estado de peso. Se calculó la correlación de rango-biserial (r_rb) como tamaño del efecto para el procedimiento U de Mann-Whitney y epsilon cuadrado ($\varepsilon^2$) para el procedimiento de Kruskal-Wallis. El estado de peso se determinó según la clasificación de IMC de la OMS de 2009. Se aplicó un nivel de significancia de $p < .05$ en todos los análisis.

## Capítulo III. Resultados

**Tabla 2**

*Niveles de actitudes alimentarias*

| Nivel | *f* | *%* |
|---|---|---|
| Bajo | 64 | 52.0 |
| Medio | 37 | 30.1 |
| Alto | 22 | 17.9 |
| Total | 123 | 100.0 |

La Tabla 2 presenta algunos detalles sobre las actitudes alimentarias de los estudiantes según el nivel de riesgo que muestran. Basándose en esto, está claro que muchos de los participantes, 64 estudiantes (52,0% de la muestra), presentaron actitudes alimentarias que los situaban en un riesgo bajo. Otros 37 estudiantes (30,1%) presentaron actitudes alimentarias que los situaban en un nivel de riesgo medio. Finalmente, 22 estudiantes (17,9%) presentaron actitudes que los colocaban en un alto riesgo. Los resultados muestran que más del 52% de los participantes presentaron actitudes alimentarias que los colocan en una zona segura. Por el contrario, casi toda la muestra está representada en los niveles medio y alto, lo que indica algunos comportamientos de riesgo alimentario que deben tomarse en serio, especialmente para aquellos participantes que tienen las actitudes alimentarias problemáticas más altas.

**Tabla 3**

*Niveles de funcionalidad familiar*

| Nivel | *f* | % |
|---|---|---|
| Disfunción severa | 32 | 26.0 |
| Disfunción moderada | 11 | 8.9 |
| Disfunción leve | 27 | 22.0 |
| Funcionalidad Familiar | 53 | 43.1 |
| Total | 123 | 100.0 |

La Tabla 3 muestra los niveles de funcionalidad familiar percibidos por los estudiantes evaluados. Se observó que el 43.1% de los participantes (53 estudiantes) reportó pertenecer a familias funcionales, constituyendo el grupo con mayor frecuencia. Sin embargo, el 56.9% restante presentó algún grado de disfunción familiar, distribuido en disfunción severa con 32 estudiantes (26.0%), disfunción leve con 27 estudiantes (22.0%) y disfunción moderada con 11 estudiantes (8.9%). Casi todos los encuestados en la encuesta creían que el funcionamiento del entorno familiar era el principal problema, y por lo tanto muchos estudiantes perciben que el funcionamiento del entorno familiar puede influir en muchos de los problemas de desarrollo personal, emocional y conductual de los estudiantes, incluyendo los relacionados con el comportamiento alimentario.

**Tabla 4**

*Prueba de normalidad de las variables*

| | Kolmogorov-Smirnov[a] | | |
|---|---|---|---|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| Actitudes alimentarias | 0.161 | 123 | 0.000 |
| Funcionalidad familiar | 0.088 | 123 | 0.020 |

La Tabla 4 muestra los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para las variables actitudes alimentarias y funcionamiento familiar. La variable actitudes alimentarias tuvo un estadístico de 0.161 con un valor de significancia de 0.000. La variable funcionamiento familiar tuvo un estadístico de 0.088 y una significancia de 0.020. Dado que los valores de significancia fueron menores que el valor crítico de 0.05 en ambos casos, se rechazó la hipótesis de normalidad. Por lo tanto, se afirma que para ambas variables, las puntuaciones no siguen una distribución normal en la muestra evaluada. En este sentido, se recomienda utilizar pruebas estadísticas no paramétricas para la relación y comparación de grupos de las variables, usando Rho de Spearman para la correlación y la prueba U de Mann-Whitney o la prueba U de Kruskal-Wallis para las comparaciones basadas en las variables sociodemográficas.

**Tabla 5**

*Comparación de las Actitudes alimentarias según variables sociodemográficas*

| Variable | Categoría | n | *M* | *DE* | Estadístico | *p* | *Tamaño del efecto* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Género | Femenino | 70 | 18.8 | 12.27 | U = 1121 | <.001 | $r_{rb}$= -.396 |
| | Masculino | 53 | 11.2 | 7.08 | | | |
| Edad | De 12 a 13 años | 37 | 15.2 | 9.93 | H = 0.362 | .834 | ε² = .003 |
| | De 14 a 15 años | 45 | 14.0 | 9.45 | | | |
| | De 16 a 17 años | 41 | 17.4 | 13.23 | | | |
| Estructura familiar | Nuclear | 71 | 15.5 | 10.45 | H = 12.8 | .005 | ε² = .105 |
| | Monoparental | 20 | 23.70 | 14.40 | | | |
| | Extensa | 29 | 11.24 | 5.99 | | | |
| | Otros | 3 | 8.67 | 8.14 | | | |
| Estado de peso | Bajo peso* | 1 | 1 | | H = 0.409** | .815** | ε² = .003 |
| | Peso saludable | 70 | 15.67 | 11.3 | | | |
| | Sobrepeso | 18 | 14.44 | 10.3 | | | |
| | Obesidad | 34 | 16.12 | 10.8 | | | |

*Nota.* M = media; DE = desviación estándar; U = Mann-Whitney; H = Kruskal-Wallis; $r_{rb}$ = tamaño del efecto (U de Mann-Whitney); ε² = tamaño del efecto (Kruskal-Wallis). La categoría bajo peso (n = 1) fue excluida del análisis. **Estadístico calculado sin incluir bajo peso.

La Tabla 5 presenta la comparación de las actitudes alimentarias según las variables sociodemográficas. En cuanto al género, se observó que las mujeres presentaron un puntaje medio superior (*M* = 18.81; *DE* = 12.27) al de los varones (*M* = 11.27; *DE* = 7.08), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (*U* = 1121.000; *p* < .001) con un tamaño del efecto mediano ($r_{rb}$ = .396).

Respecto a la edad, los puntajes medios entre los tres grupos etarios resultaron similares (14.09 a 17.41), sin diferencias estadísticamente significativas (*H* = 0.362; *p* = .834).

En cuanto a la estructura familiar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*H* = 12.800; *p* = .005) con un tamaño del efecto mediano ($\epsilon^2$ = .105). Los estudiantes de familias monoparentales obtuvieron el puntaje medio más alto (*M* = 23.70; *DE* = 14.40), seguidos por aquellos de familias nucleares (*M* = 15.51; *DE* = 10.45), extensas (*M* = 11.24; *DE* = 5.99) y otros (*M* = 8.67; *DE* = 8.14).

Finalmente, en relación con el estado de peso, la categoría de bajo peso ($n$ = 1) fue excluida del análisis. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de peso saludable, sobrepeso y obesidad ($H$ = 0.409; $p$ = .815).

**Tabla 6**

*Comparación de la funcionalidad familiar según variables sociodemográficas*

| Variable | Categoría | n | *M* | *DE* | Estadístico | *p* | *Tamaño del Efecto* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Género | Femenino | 53 | 13.7 | 4.16 | U = 1219 | .001 | $r_{rb}$= .343 |
| | Masculino | 70 | 10.9 | 4.80 | | | |
| Edad | De 12 a 13 años | 37 | 11.3 | 5.63 | H = 0.929 | .628 | ε² = .008 |
| | De 14 a 15 años | 45 | 12.5 | 4.42 | | | |
| | De 16 a 17 años | 41 | 12.3 | 4.17 | | | |
| Estructura familiar | Nuclear | 71 | 12.72 | 4.53 | H = 4.70 | .195 | ε² = .039 |
| | Monoparental | 20 | 10.60 | 5.22 | | | |
| | Extensa | 29 | 11.97 | 4.68 | | | |
| | Otros | 3 | 8 | 4.36 | | | |
| Estado de peso | Bajo peso* | 1 | 16 | | H = 0.185** | .912** | ε² = .002 |
| | Peso saludable | 70 | 12.1 | 4.88 | | | |
| | Sobrepeso | 18 | 12.3 | 4.97 | | | |
| | Obesidad | 34 | 11.8 | 4.42 | | | |

*Nota.* M = media; DE = desviación estándar; U = Mann-Whitney; H = Kruskal-Wallis; $r_{rb}$ = tamaño del efecto (U de Mann-Whitney); ε² = tamaño del efecto (Kruskal-Wallis). La categoría bajo peso (n = 1) fue excluida del análisis. **Estadístico calculado sin incluir bajo peso.

La Tabla 6 muestra cómo varía la funcionalidad familiar según criterios sociodemográficos. En términos de género, los encuestados masculinos tuvieron puntuaciones de funcionalidad familiar más altas (M = 13.70; SD = 4.16) que los encuestados femeninos (M = 10.90; SD = 4.80). Esta diferencia observada fue estadísticamente significativa (U = 1219.000; p = .001) con un tamaño del efecto medio (r_rb = .343).

Los encuestados más jóvenes, los encuestados en la categoría de edad media y los encuestados mayores tenían puntuaciones promedio de funcionalidad familiar muy similares, que oscilaban entre 11.30 y 12.50. Nuevamente, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre estas categorías de edad (*H* = 0.929; *p* = .628)

En cuanto a la estructura familiar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (*H* = 4.700; *p* = .195). Sin embargo, se observó que los estudiantes de familias

monoparentales obtuvieron el puntaje medio más bajo ($M$ = 10.60; $DE$ = 5.22) en comparación con aquellos de familias nucleares ($M$ = 12.72; $DE$ = 4.53), extensas ($M$ = 11.97; $DE$ = 4.68) y otros ($M$ = 8.00; $DE$ = 4.36).

Finalmente, en relación con el estado de peso, la categoría de bajo peso ($n$ = 1) fue excluida del análisis por presentar un tamaño muestral insuficiente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de peso saludable, sobrepeso y obesidad ($H$ = 0.185; $p$ = .912).

**Tabla 7**

*Matriz de correlación entre funcionalidad familiar y actitudes alimentarias*

| Variable | *M* | *DE* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Funcionalidad familiar | 12.08 | 4.73 | — | | | | |
| 2. Actitudes alimentarias | 15.52 | 10.99 | -.427*** | — | | | |
| 3. Dieta | 9.22 | 8.15 | -.419*** | .884*** | — | | |
| 4. Bulimia | 1.82 | 2.41 | -.275** | .625*** | .489*** | — | |
| 5. Control oral | 4.48 | 3.43 | -.074 | .434*** | .106 | .167 | — |

*Nota. n = 123. M = media; DE = desviación estándar. El coeficiente reportado es Rho de Spearman.*
**p < .05. ** p < .01. ***p < .001.*

La Tabla 7 muestra cómo la funcionalidad familiar se relaciona con las actitudes alimentarias y sus respectivas dimensiones. Se observó una correlación negativa de grado moderado, que fue estadísticamente significativa, entre la funcionalidad familiar y las actitudes alimentarias en general (rs = -0.427; p < 0.001). Esto significa que la percepción de la funcionalidad familiar disminuye el riesgo de actitudes alimentarias negativas.

Al mirar las dimensiones particulares del EAT-26, se encontró que la dimensión de Dieta del EAT-26 tiene una correlación negativa de grado moderado con la funcionalidad familiar (rs = -0.419; p < 0.001). Esto significa que la comida restrictiva y una actitud negativa y/o preocupación por el peso y la alimentación serían más pronunciadas con una percepción de que la familia no funciona. De manera más laxa, se encontró una correlación negativa, aún estadísticamente significativa, en la dimensión de Bulimia y Preocupación por la Comida del EAT-26 (rs = -0.275; p = 0.002). La dimensión de Control Oral de la alimentación no tuvo una correlación estadísticamente significativa con la funcionalidad familiar (rs = -0.074; p = 0.417).

Se observaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las dimensiones del EAT-26. La dimensión Dieta se correlacionó fuertemente con el puntaje total de actitudes alimentarias (*r*s = .884; *p* < .001), mientras que Bulimia y preocupación por la

comida ($r$s = .625; $p$ < .001) y Control oral ($r$s = .434; $p$ < .001) también mostraron asociaciones positivas significativas con el puntaje total. Asimismo, Dieta y Bulimia presentaron una correlación positiva moderada entre sí ($r$s = .489; $p$ < .001).

## Discusión

El enfoque principal de este estudio fue identificar la asociación entre el comportamiento alimentario y la funcionalidad familiar presente en adolescentes de secundaria. Se encontró una relación negativa, moderada y significativa. Esto implica que a medida que los comportamientos alimentarios de los estudiantes de secundaria se vuelven más desordenados, la funcionalidad percibida de su familia disminuye. Ambos comportamientos consumen y representan una relación inversa. Estos datos se correlacionan con Ceballos Canaza et al. (2024). La desorganización de las estructuras familiares resulta en baja cohesión y una dinámica familiar disfuncional. Tales familias tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Ambos estudios citados sugieren que la funcionalidad familiar puede ser vista desde la perspectiva de que la funcionalidad familiar puede considerarse protectora frente al desarrollo de comportamientos alimentarios riesgosos. Asimismo, Aguilar Chalco (2019) estudió los comportamientos alimentarios riesgosos e informó baja satisfacción de las necesidades emocionales. Ambos estudios reportan que las necesidades emocionales no satisfechas conducen al desarrollo de comportamientos alimentarios riesgosos.

Sobre el primer objetivo específico centrado en identificar los niveles de actitudes alimentarias, los resultados muestran una distribución ampliamente igualitaria entre estudiantes con actitudes saludables y estudiantes con actitudes alimentarias de riesgo. Esto demuestra que hay un número considerable de adolescentes que se beneficiarían de acciones preventivas e intervenciones para evitar la consolidación de comportamientos alimentarios problemáticos. Estos resultados se relacionan con Vilcazan (2024), quien menciona que el 35.8% de los adolescentes reportaron que presentaban un alto riesgo de trastornos alimentarios en una institución educativa en Arequipa.

Si bien en el presente estudio el 17.9% de los participantes presentó riesgo alto, al sumarse el 30.1% en nivel medio de riesgo, se evidencia la existencia de una proporción considerable de estudiantes vulnerables. Esta situación sugiere que una parte importante de la población evaluada podría encontrarse en un proceso de transición hacia conductas alimentarias de riesgo.

Asimismo, Meza (2024) reportó que el 23.3% de adolescentes de una institución educativa del Callao presentaba riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, lo que evidencia resultados similares pese a diferencias geográficas. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el riesgo en actitudes alimentarias es un fenómeno presente en diversos contextos educativos del país, lo cual refuerza su relevancia como problema de salud pública en la adolescencia.

Las respuestas al segundo objetivo específico, que describen los niveles de funcionalidad familiar, muestran que un número considerable de estudiantes tiene un nivel intermedio o inadecuado de funcionalidad familiar. Estos resultados coinciden con los resultados de Cervantes et al. (2024) en Arequipa, donde se estableció que el 63,9 % de los adolescentes tenían una funcionalidad familiar media y el 23,2 % tenían una funcionalidad familiar extrema. Esto sugiere que en el contexto de las ciudades, existe una tendencia a tener una opinión desfavorable sobre la dinámica familiar, en el caso de su nivel de funcionalidad familiar.

Por el contrario, en el caso de Ramos (2015), había niveles más altos de disfunción familiar en adolescentes que son víctimas de abuso sexual, por lo que en el caso de Ramos, parece que la alta disfunción familiar también es resultado de una situación extrema de violencia familiar. Aunque hay diferencias en la población, se ha confirmado en varios estudios que la disfunción familiar en diferentes grados existe. La disfunción familiar refuerza el entorno familiar como una variable importante y crítica para el desarrollo y la calidad de vida de los adolescentes.

En cuanto al tercer objetivo específico, que tiene que ver con la comparación de actitudes hacia la alimentación en función de variables sociodemográficas, se estableció que no existen diferencias significativas según la edad, lo cual está en línea con los resultados de Cuadros et al. (2023), ya que los autores tampoco encontraron una asociación entre la edad y las actitudes hacia la alimentación en adolescentes. Esto lleva a la conclusión de que los comportamientos orientados hacia la alimentación no tienen factores relacionados con la edad.

En contraste, el género sí evidenció diferencias significativas, siendo las mujeres quienes presentaron mayores niveles de riesgo en actitudes alimentarias. Este hallazgo coincide con Iglesias Bazán et al. (2022), quienes reportaron una alta prevalencia de riesgo en adolescentes mujeres, atribuyéndolo a factores socioculturales como la presión estética y el uso intensivo de redes sociales. Asimismo, estudios previos en el contexto arequipeño (Aguilar Chalco, 2019; Vilcazan, 2024; Cervantes et al., 2024) también han evidenciado esta tendencia diferencial por género.

Centrándose en la estructura familiar, se encontró que los adolescentes de familias monoparentales tienen un nivel de riesgo más alto que aquellos de familias biparentales o extendidas. Este hallazgo está en línea con los resultados de Chávez Grimaldos (2023), quien también encontró una relación significativa entre la estructura familiar y los comportamientos alimentarios de riesgo. Esto indica que la estructura familiar impacta en la regulación emocional y el comportamiento alimentario de los adolescentes.

En cuanto al estado de sobrepeso, no se identificaron diferencias significativas. Esto contrasta con los resultados de Durán Tintaya (2022), quien encontró una asociación entre el estado de sobrepeso y los comportamientos alimentarios de riesgo. Esta discrepancia puede explicarse por diferencias en los métodos, la muestra estudiada o los instrumentos utilizados.

Finalmente, respecto al cuarto objetivo específico, que buscaba comparar la funcionalidad familiar según variables sociodemográficas, no se identificaron diferencias significativas. Por otro lado, respecto al sexo, se encontró que las mujeres muestran un mayor grado de disfunción familiar que los hombres.

Este hallazgo contrasta con Ruiz y Carranza (2018), quienes no encontraron diferencias significativas respecto al sexo en la percepción del clima familiar, pero mostraron que la funcionalidad familiar de los adolescentes es mayor entre las chicas, por lo que no hay un acuerdo completo entre los estudios.

En resumen, la funcionalidad familiar es importante en la adolescencia, y la percepción de la funcionalidad familiar puede ser diferente. Es importante estudiar esto con mayor profundidad con énfasis en su impacto en el comportamiento alimentario de los adolescentes.

## Conclusiones

**Primera.** Se determinó que entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar hay una relación negativa, moderada y estadísticamente significativa en los estudiantes de secundaria de una I.E. particular de Camaná; es decir, que mientras más saludables sean los hábitos, creencias y comportamientos relacionados con la alimentación en un estudiante, menor será disfuncionalidad en las dinámicas familiares del mismo. Demostrando que ambas variables están cercanamente relacionadas en la población estudiada.

**Segunda.** Se establece una predominancia de riesgo bajo en actitudes alimentarias resultado favorable para el desarrollo de una cultura alimenticia sostenible. No obstante, la existencia de niveles medios y altos también sugieren la necesidad de reestructurar la cosmovisión y conducta, de los estudiantes, relacionadas a la dieta, el control oral y factores asociados a anorexia y bulimia nerviosa.

**Tercera.** Se establece que más de la mitad evaluada presentó algún nivel de disfuncionalidad en sus familias. Lo que puede indiciar fragilidad en la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución dentro del núcleo familiar.

**Cuarta.** Se encontró variaciones significativas en los niveles de actitudes alimentarias con respecto al género y estructura familiar, esto demuestra que estudiantes de género femenino pueden verse más expuestas a elementos externos e internos que influyan negativamente en sus conductas alimenticias; así como la composición y dinámica familiar pueden servir como un factor protector ante la prevención y aparición de desregulaciones en la alimentación. A la vez, la edad y el estado de peso no figuran como factores de riesgo determinantes para las actitudes alimentarias en estudiantes de secundaria.

**Quinta.** Se encontró diferencias significativas en los niveles de funcionalidad familiar y el género, manifestando mayores niveles de disfunción en mujeres. A priori esto podría significar que las estudiantes se encuentran en ambientes familiares más vulnerables

que sus compañeros varones, pero también puede deberse a una más desarrollada habilidad para percibir y comprender patrones e intercambios dentro de la familia en comparación con la que poseen los varones. Mientras tanto, la estructura familiar, la edad y el estado de peso parecen no representar factores determinantes para el desarrollo sano del funcionamiento en la familia.

## Sugerencias

**Primera.** Se le sugiere a la coordinación de la I.E. involucrar a las familias y a los estudiantes en las intervenciones nutricionales, desarrollar programas integrales de psicoeducación que aborden la alimentación y el funcionamiento familiar; así como crear espacios de diálogo en la escuela para conocer a fondo la situación de los estudiantes.

**Segunda.** Considerando las carencias identificadas en relación con las actitudes alimentarias, se propone ejecutar talleres de educación alimenticia, abordar las afecciones desde un enfoque interdisciplinario que conciba factores contextuales, psicológicos y fisiológicos; así como la creación de un grupo de apoyo para estudiantes que presenten un TCA y monitoreo constante de quiénes pueden estar más expuestos a ello.

**Tercera.** Para fortalecer la funcionalidad familiar se le sugiere a las autoridades del colegio, crear espacios de orientación familiar, en las que se aborde la fragilidad de las dinámicas familiares identificadas; así como programas psicoeducativos para desarrollar las 5 dimensiones del APGAR: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.

**Cuarta.** Teniendo en cuenta las diferencias por género y estructura familiar, se recomienda implementar programas de psicoeducación con enfoque de género, considerando las variables socioculturales, psicológicas y físicas que puedan influir en una alimentación saludable y sustentable para cada uno, fortaleciendo el rol de la familia como agente protector y descartando edad y estado de peso como variables prioritarias.

**Quinta.** Ante la baja prevalencia de niveles favorables de funcionalidad familiar en estudiantes mujeres, se recomienda crear un comité femenino estudiantil con participación en la implementación de programas de sensibilización familiar para todo el alumnado.

## Limitaciones

**Primera.** Debido a que utiliza un diseño transversal, no se pueden establecer relaciones causales entre la funcionalidad familiar y el estado de peso de los estudiantes, solo asociaciones o comparaciones de grupos en un momento determinado.

**Segunda.** Dado que los datos se recopilaron mediante medidas de autoinforme, es probable que ocurra sesgo por deseo social y/o respuestas subjetivas, especialmente en el reporte de la funcionalidad familiar, que es probable que esté influenciado por factores emocionales y contextuales.

**Tercera.** La muestra estuvo conformada por estudiantes de una sola población educativa, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos educativos o poblaciones con características socioculturales distintas. En este sentido, los hallazgos deben interpretarse como representativos únicamente del grupo estudiado.

**Cuarta.** No se consideraron variables intervinientes relevantes como nivel socioeconómico, hábitos alimentarios o actividad física, factores que podrían influir en el estado de peso y que no fueron controlados en el análisis, lo cual podría haber reducido la capacidad explicativa del modelo analítico empleado.

## Referencias


Aguilar Chalco, N. J. (2019). *Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa 2019* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. APA. https://www.apa.org/ethics/code

Apaza, M. (2022). *Factores relacionados a trastornos alimenticios en adolescentes de una institución educativa. Arequipa 2022* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. http://hdl.handle.net/20.500.12773/14375

Arija-Val, V., Santi, M., Novalbos, J., Canals, J., & Rodríguez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria, 39*(spe2), 8–15. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173

Avalos, M., & Samada, Y. (2020). Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes. *Didáctica y Educación, 11*(6), 1–26. https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/1099

Benito, C., & 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 licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7738

Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of eating disorders: What the clinician needs to know. *Psychiatric Clinics of North America, 42*(1), 59–73. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007

Canales Álvarez, Y. (2024). *Funcionalidad familiar relacionado con el consumo de alcohol en estudiantes de cuarto y quinto del nivel Secundario de la Institución Educativa Ángel de la Guarda, Camaná - Arequipa 2023.* Repositorio de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez. https://repositorio.uancv.edu.pe/items/1b0443c4-54eb-4c75-898e-c75bec3ff266

Carratalá-Ricart, L., & Julián, M. (2023). Factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles: una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo, 44*(3), 164–171. https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3024

Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & 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

Castilla, H., Caycho, T., Ventura-León, J., Palomino-Barboza, M., & De la Cruz, M. (2015). Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad, 6*(2), 140–153.

Castrillón, I., & Giraldo, O. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 6*(1), 57–74.

Ceballos Canaza, K. D., Meza Villalba, S., Arias Gallegos, W. L., & Rivera, R. (2024). Insatisfacción corporal, influencia social y funcionamiento familiar como predictores del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Veritas e Investigación, 6*(1), 88–104.

https://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php/VR/article/view/177/147

Cervantes Arrieta, A. B., & Pinto Hanco, S. E. (2024). *Influencia de la funcionalidad familiar en los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa pública de Arequipa, 2023* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de Santa María. https://hdl.handle.net/20.500.12920/13957

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. CPP.

Condori-Tintaya, P. (2024). Propiedades psicométricas de la escala de funcionamiento familiar APGAR de Gabriel Smilkstein en escolares peruanos. *Revista de Investigación Psicológica, 32*, 73–94. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322024000200073

Cuadros Pinto, A. & Suarez Cansaya, B. (2023). *Conductas alimentarias e imagen corporal en adolescentes mujeres de I.E. 40211 Héroes del Pacífico - Paucarpata, Arequipa 2022* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín.

Culqui Hualpa, A. I. (2024). *Funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una institución educativa de Callao, 2020* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Sedes Sapientiae.

Domínguez Ramos, P. (2025). *Funcionalidad familiar y ansiedad social en adolescentes mujeres de una institución educativa de Lima Norte* (Tesis de licenciatura). Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villareal. https://repositorio.unfv.edu.pe/items/dd2ad456-6129-40b9-84a1-713ddb09901c

Eduardo Díaz, G. L. (2025). *Influencia de la funcionalidad familiar en la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria en jóvenes adultos, Arequipa 2024* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de Santa María.

Frieiro, P., González-Rodríguez, R., & Domínguez Alonso, J. (2021). Influencia de variables personales y familiares en los trastornos de conducta alimentaria. *Revista Española de Salud Pública, 95*, 1–13.

Fuentes Prieto, M. S., García Montes, I., & Fernández Martínez, M. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *JONNPR, 5*(10), 1067–1096. https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3955

Galarza-Colacho, M., & Colacho-Vargas, J. (2024). Análisis del impacto en la salud mental de jóvenes: presión académica, redes sociales y dinámicas familiares disfuncionales. *Sapiens Journal, 1*(1). https://sapiensjournal.ec/index.php/ccri/article/download/285/276

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia Nerviosa. *Psychological Medicine, 9*(2), 273–279. https://doi.org/10.1017/S0033291700030762

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(4), 871–878. https://doi.org/10.1017/S0033291700049163

Gómez Clavelina, F. J., & Ponce Rosas, E. R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Revista Médica La Paz, 16*(1), 46–54.

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.

Huapalla, B. (2019). Conductas alimentarias de riesgo y autoconcepto físico en estudiantes de Enfermería en Huánuco. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud, 1*(2), 67–72. https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.2.18

Iglesias Bazán, K. (2024). *Funcionamiento familiar y conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de una I.E de Cajamarca, 2022.* Repositorio de la Universidad Privada del Norte. https://repositorio.upn.edu.pe/item/4953467e-5499-484b-9549-dc4954001a62

Jáuregui Lobera, I. (2013). Neuropsicología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 6*(3), 99–111. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.04.005

Jones, D. C. (2011). Interpersonal and familial influences on the development of body image. En T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 110–118). The Guilford Press.

Jones, D. C. (2011). Peers, body image, and eating disorders. En T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2a ed., pp. 266– 273). Guilford Press.

Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud, 1*(2), 23–31.

Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*(1), 23–33.

Lazo, Y., Quenaya, A., & Mayta-Tristán, P. (2015). Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres

en Lima, Perú. *Archivos Argentinos de Pediatría, 113*(6), 519–525. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.519

Maza-Ávila, F. J., Caneda-Bermejo, M. C., & Vivas-Castillo, A. C. (2022). Hábitos alimenticios y sus efectos en la salud de los estudiantes universitarios. Una revisión sistemática de la literatura. *Psicogente, 25*(47). https://doi.org/10.17081/psico.25.47.4861

Mento, C., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Praticò, M., & Zoccali, R. A. (2021). Psychological impact of pro-anorexia and eating disorders: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4). https://doi.org/10.3390/ijerph18042186

Meza Campos, R. (2024). *Actitudes alimentarias y autoestima en adolescentes de una institución pública del Callao* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal. https://hdl.handle.net/20.500.13084/9506

Ministerio de Salud. (2017). *Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. MINSA. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342287/

Moreno Ruge, A. M., & Londoño-Pérez, C. (2017). Factores familiares y personales predictores de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes. *Anales de Psicología, 33*(2), 235–242. https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.236781

Nazar, G., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Leiva, A., Labraña, A., RamírezAlarcón, K., Martorell, M., Ulloa, N., Lasserre-Laso, N., Troncoso-Pantoja, C., ParraSoto, S., & Celis-Morales, C. (2020). Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Nutrición, 47*(4). http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669

Nazar, G., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Leiva, A., Labraña, A., RamírezAlarcón, K., Martorell, M., Ulloa, N., Lasserre-Laso, N., Troncoso-Pantoja, C., Pa-

rraSoto, S., & Celis-Morales, C. (2020). Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Nutrición, 47*(4). http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669

Oliva Gómez, E. & Villa Guardiola, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris, ISSN-e 1692-8571, Vol. 10, Nº. 1, 2014, págs. 11-20*. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5995439

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual de la OMS AnthroPlus para ordenadores personales: software para evaluar el crecimiento de los niños y adolescentes del mundo*. OMS. http://www.who.int/growthref/tools/en/

Organización Mundial de la Salud. (2025). *La salud mental de los adolescentes: Trastornos de la conducta alimentaria*. OMS. https://www.who.int/es/news-room/facthttps://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-healthsheets/detail/adolescent-mental-health

Ortiz Arce, A. D. (2017). *Relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes de una Institución Educativa Nacional, Arequipa, 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de Santa María.

Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición, 29*(3), 280–285. https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano* (13a ed.). McGraw-Hill.

Plumed, J., Gimeno, N., Barberá, M., Ruiz, E., Conesa, L., Rojo-Bofill, L. M., & RojoMoreno, L. (2019). Burlas como factor de riesgo para conductas alimentarias anómalas: estudio prospectivo en una población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 12*, 17. https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.06.002

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

Ramos, P. (2015). *Correlación entre funcionamiento familiar y depresión en mujeres menores de edad víctimas de violación sexual, en la provincia de Camaná. Arequipa, 2014* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de Santa María. https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9264

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2011). Body image development in adolescent boys. En T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2a ed., pp. 85–92). Guilford Press.

Riquin, E., Le Nerzé, T., Nielassoff, E., Beaumesnil, B., Troussier, F., & Duverger, P. (2023). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *EMC- Pediatría, 58*(4). http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789(23)48524-1

Rodríguez Pérez, A. (2012). *Psicología social*. Red Tercer Milenio.

Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich, C., & Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 4*(1), 45–57. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006

Ruiz, P. & Carranza, R. (2018). *Inteligencia emocional, género y clima familiar en adolescentes peruanos* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Católica de Colombia. https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/5be9a115-bb80-4777-86a1-879353d6d0c7

Sainos-López, D. G., Sánchez-Morales, M. T., Vázquez-Cruz, E., & Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar, 22*(2), 54–57. https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2015.2.47995

Salinas-Ochoa, S., & Granda-Beltrán, E. (2025). Trastornos de conductas alimentarias y su relación con disfunción familiar en estudiantes universitarios. *Salud Humana: Revista. Académica Investigativa, 1*(1). https://revistas.unl.edu.ec/index.php/saludh/article/view/2549

Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). (2021). EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años. *El Peruano*. https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anostrastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice, 6*(6), 1231–1239.

Soto Torres, J. P. (2025). *Factores asociados a riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de un colegio privado de Arequipa 2024* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. https://repositorio.unsa.edu.pe/items/9cf4ebbc-1159-4eb9-b702-7cb7bd0a3bcb

Tejada Alonso, R., & Neyra, M. J. (2015). La alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 22*, 2352–2381.

Torres Chávez, K. (2022). *Propiedades psicométricas del Eating Attitudes Test (EAT-26) en adolescentes de una institución educativa privada de Trujillo* (Tesis de licenciatura). Universidad Privada del Norte.

Urdiales, M. E., & Segura, M. L. (2019). Autoestima y funcionalidad familiar en estudiantes de bachillerato. *Presencia Universitaria, 7*(14), 38–45. https://doi.org/10.29105/pu7.14-4

Valladares-Garrido, M. J., Medina-Quispe, C. I., León-Figueroa, D. A., Cómina-Tamayo, M. J., Aguilar-Manay, L. A., Santin Vásquez, J., Valladares-Garrido, D., PereiraVictorio, C. J., Vera-Ponce, V. J., & Rivera-Lozada, O. (2026). Association between family dysfunction and risk for eating disorders in adolescents. *Journal of Clinical Medicine.*

Vallejos-Saldarriaga, J., & 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. https://doi.org/10.14642/RENC.2020.26.3.5327

Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Ocampo-Téllez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*(1), 45–57. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006

Vilcazan Hilachoque, K. (2024). *Adicción a redes sociales asociada a riesgo en la actitud alimentaria en adolescentes de una institución educativa, Arequipa 2024.* Repositorio de la UNSA. https://repositorio.unsa.edu.pe/items/0d058d03-2085-41e1-b4e8-13f5ae017254

Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. En T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 76–84). The Guilford Press.

Zambrano, J., & Mayo, I. (2022). Efectos del funcionamiento familiar en la adolescencia: una revisión sistemática. *MQRInvestigar, 6*(4). https://doi.org/10.56048/MQR20225.6.4.2022.03-23

Zeigler, J., & Mocellin, J. (2019). Representaciones sociales del cuerpo y trastornos alimentarios: una revisión crítica. *Revista de Psicología Social, 34*(2), 1–28.

Zumarán Arteaga, A., & Silva Bautista, M. (2024). *Propiedades psicométricas del EAT-26 en adolescentes de una institución educativa privada de Trujillo* (Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego). https://repositorio.upao.edu.pe/item/c6203540-0280-43b5-8a1e-f8702669f85c

## Anexos

### Anexo 1. Escala APGAR familiar

**Escala APGAR Familiar**

**Autor: Smilkstein (1978)**

Edad: …… Sexo: ……Centro de Estudios: …….

Grado: ……..……Ciudad: …….

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:

**0:** Nunca **1:** Casi nunca **2:** Algunas veces

**3:** Casi siempre **4:** Siempre

| | Nunca | Casi Nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa. | O | O | O | O | O |
| 2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo. | O | O | O | O | O |
| 3. Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida. | O | O | O | O | O |
| 4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza. | O | O | O | O | O |
| 5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos. | O | O | O | O | O |

**Anexo 2. Escala de actitudes alimentarias EAT-26**

**ESCALA DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26**

**Apellidos y nombres:**
**Fecha: / / Edad: _____ Sexo: _____**
**Colegio: _____ Año de estudios: _____**

El presente cuestionario consiste de veintiséis 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", "Muy a menudo", "A menudo", "Casi nunca" o "Nunca", según se adapte a tu rutina.

| Nro | ITEMS | Siempre | Muy a menudo | A menudo | Casi nunca | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | |

**Anexo 3. Ficha Sociodemográfica**

## FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

**Datos personales**

- **Edad:**
- **Género:** [ ] Varón CIS [ ] Mujer CIS [ ] No binario

  [ ] Varón Trans [ ] Mujer Trans [ ] Fluido [ ] Otro: _____

- **Grado escolar:** [ ] 1° [ ] 2° [ ] 3° [ ] 4° [ ] 5° de secundaria

**Contexto familiar**

- **Estructura familiar:**

  [ ] Nuclear (padres y hermanos)

  [ ] Monoparental (padre o madre)

  [ ] Extensa (incluye abuelos u otros familiares)

  [ ] Otro:_____

**Variables del índice de masa corporal**

Peso aproximado que considere tener (en kg.): _____

Altura aproximada que considere tener (en mt.): _____

**Anexo 4. Consentimiento y asentimiento informado**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PERMISO DE PADRES O TUTORES

**Título del Estudio**: Riesgo en Actitudes Alimentarias y Funcionalidad Familiar en Estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa Particular de Camaná

**Investigador Principal**: Maykol Orlando Maldonado Delgado, Universidad Católica de Santa María

---

**Descripción del estudio, procedimiento y confidencialidad**

- Este estudio tiene como propósito investigar la relación entre el riesgo presentado en las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en adolescentes de secundaria en la ciudad de Camaná. Los datos recolectados nos ayudarán a entender mejor cómo la dinámica familiar influye en los hábitos alimenticios de los adolescentes, lo cual podría aportar información valiosa para diseñar programas de prevención y promoción de la salud mental en esta población.
- Se solicitará a los estudiantes responder dos cuestionarios, el EAT-26 y el APGAR, en una sesión grupal en el horario escolar. Estos instrumentos evalúan el riesgo de las actitudes alimentarias y la percepción de la funcionalidad familiar, respectivamente. Completar ambos cuestionarios tomará alrededor de 15 minutos. No hay riesgos importantes para los estudiantes por participar en este estudio. Esto nos ayudará a aprender más sobre las influencias sociales y familiares en la salud mental y física de los adolescentes en Camaná.
- Estas encuestas son solo para investigación y la información es completamente confidencial. Los datos serán analizados sin identificadores personales.

Los estudiantes pueden completar esta encuesta a su propia discreción. La encuesta puede ser abandonada en cualquier momento. No hay riesgo para los estudiantes. Si acepta participar, necesitaremos contactar a uno de los padres/tutores disponibles y solicitar su permiso.

---

**Permiso del Padre, Madre o Tutor Legal**

He sido informado sobre la investigación y entiendo que mi hijo/a/e participará de manera voluntaria. Doy mi permiso para que participe en este estudio, y comprendo que los datos recolectados serán tratados con confidencialidad.

**Nombre del Padre, Madre o Tutor**: _____

**Firma**: _____

**Fecha**: _____

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre los derechos de los participantes, no dude en contactar a Maykol Orlando Maldonado Delgado, maykol.maldonado@estudiante.ucsm.edu.pe 985003891

## ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTES

**Título del Estudio:** Riesgo en Actitudes Alimentarias y Funcionalidad Familiar en Estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa Particular de Camaná
**Investigador Principal:** Maykol Orlando Maldonado Delgado, Universidad Católica de Santa María

---

**¿De qué trata este estudio?**
Queremos invitarte a participar en una investigación para conocer cómo se relacionan los hábitos de alimentación con la convivencia en la familia en adolescentes de tu ciudad. Tu participación nos ayudará a entender mejor estos temas para poder crear programas que mejoren la salud y el bienestar de jóvenes como tú.
Si decides participar, te pediremos que respondas dos cuestionarios (el EAT-26 y el APGAR). No son exámenes, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas; lo más importante es tu sinceridad. Completarlos te tomará aproximadamente 15 minutos durante el horario escolar.
**Tu privacidad es lo más importante.** Tus respuestas serán totalmente anónimas y confidenciales. Nadie (ni tus profesores, ni tus padres, ni tus compañeros) sabrá qué respondiste de manera individual. Los resultados se usarán solo para fines de estudio de forma grupal.
Tu participación es **completamente voluntaria**. Aunque tus padres hayan dado su permiso, tú tienes la última palabra. Puedes decidir no participar o dejar de responder en cualquier momento sin que esto te cause ningún problema con el colegio o con el investigador.

---

**Asentimiento del Estudiante**
He leído este documento (o me lo han explicado), entiendo de qué trata el estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Comprendo que mi participación es voluntaria y que mis datos serán tratados con total confidencialidad.

**Acepto participar en este estudio:** Sí [ ] No [ ]
**Nombre del Estudiante:** _____
**Firma:** _____
**Fecha:** _____

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre los derechos de los participantes, no dude en contactar a

Maykol Orlando Maldonado Delgado,
maykol.maldonado@estudiante.ucsm.edu.pe
985003891

## Anexo 5. Carta de autorización de aplicación de los instrumentos

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE TESIS**

**SEÑORA:**
Gabina Asunta Giraldo
Sub-directora de la I.E.P. Colegio de Jesús

Yo, MaykoL Orlando Maldonado Delgado, con DNI 72742521, con domicilio en Urb. Independencia Americana Dpto. 2B MZ. C LT. 16-E, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, ante usted me presento y expongo:

Solicito la autorización correspondiente para llevar a cabo la aplicación de instrumentos de recolección de datos para mi proyecto de tesis titulado: "Actitudes alimentarias y funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria en una institución educativa particular de Camaná".

El estudio tiene como objetivo determinar la relación entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

Cabe resaltar que el proyecto ha sido previamente evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad, cumpliendo con los criterios éticos establecidos para investigaciones en población.

**POR LO EXPUESTO:**

**A USTED PIDO ACCEDER A MI SOLICITUD.**

Camaná, 15 de Junio del 2026

I.E.P. COLEGIO DE JESÚS — DIRECCIÓN — LICEO CAMANÁ
Gabina A. Giraldo Aragón
SUB DIRECTORA

**Gabina Asunta Giraldo**
Sub-directora de la I.E.P. Colegio de Jesús

**Maykol Orlando Maldonado Delgado**
DNI: 72742521
Correo: maykol.maldonado@estudiante.ucsm.edu.pe
Teléfono: 985003891

Adjunto Documentos:

-Dictamen Favorable Comité de Ética

- Instrumentos

## Anexo 6. Dictamen de aprobación del comité de ética

Universidad Católica de Santa María

*Sentimiento Santamariano*

Comité Institucional de Ética de la Investigación

Campus Central
Urb. San José s/n Umacollo
Arequipa – Perú
(+54) — 382038

UCSM.EDU.PE

**Investigador/a/es/as**
**Maldonado Delgado, Maykol Orlando**

**Arequipa, 3 de junio de 2026**

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted/es para hacerle/s llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** "Actitudes alimentarias y funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria en una institución educativa particular de Camaná".

**INVESTIGADOR/A/ES/AS:** Maldonado Delgado, Maykol Orlando.

**TIPO Y DISEÑO:** Cuantitativa, correlacional, no experimental, transversal.

**OBJETIVO:** La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Camaná.

UCSM Vicerrectorado de Investigación

**PROCEDIMIENTOS:** Aplicación de cuestionarios.

**SUJETOS DE ESTUDIO:** Estudiantes del nivel secundario (1° a 5°) de una I.E. Particular de Camaná, Arequipa.

**RIESGO DEL ESTUDIO:** Mínimo.

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:** Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

**DICTAMEN:**

DICTAMEN FAVORABLE 340 - 2026 CIEI-UCSM

**VIGENCIA:** La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 3 de junio de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
**Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM**

Arequipa, 3 de junio de 2026