

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la
conducta alimentaria en adolescentes de una institución educativa
de Callao, 2020

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Andrea Isabel Culqui Hualpa

ASESOR

Roger Joaquín Angulo Salas

Lima, Perú

2024

METADATOS COMPLEMENTARIOS**Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 3

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Autor 4

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

Datos de los Asesores**Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Asesor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Datos del Jurado

Presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

***Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

ACTA N° 136-2023

En la ciudad de Lima, a los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés, siendo las 8:40 horas, la Bachiller Andrea Isabel Culqui Hualpa sustenta su tesis denominada "**Funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020**" para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1.- Prof. Rafael del Busto Bretoneche | APROBADO: BUENO |
| 2.- Prof. Victoria Sandoval Medina | APROBADO: BUENO |
| 3.- Prof. Jhelmira Bermudez Aparicio | APROBADO: BUENO |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Joaquín Angulo Salas

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 09:30 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO: BUENO

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretoneche
Presidente



Prof. Victoria Sandoval Medina



Prof. Jhelmira Bermudez Aparicio



Prof. Joaquín Angulo Salas

Lima, 22 de diciembre del 2023

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Lima, 21 de febrero de 2024

Señor(a),
Yordanis Enríquez Canto
Jefe del Departamento de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CALLAO, 2020**, presentado por **ANDREA ISABEL CULQUI HUALPA** (2017101003 y 76873551) para optar el título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA** ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se les ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 10 %** Por tanto, en mi condición de asesor, firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Firma del Asesor
DNI N°: 71579514
ORCID: 0000-0001-7018-0172
Facultad de Ciencia de la Salud

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la
conducta alimentaria en adolescentes de una institución
educativa de Callao, 2020

DEDICATORIA

A Dios por permitirme la vida,
a mi familia por su presencia y guía.

AGRADECIMIENTO
A mi familia por ser mi guía,
Y por sus enseñanzas, sacrificio y protección

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación existente entre funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020. **Materiales y métodos:** La muestra estuvo conformada por 129 adolescentes de ambos sexos, entre los 12 a 17 años de edad. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. El tipo de estudio correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Se emplearon los instrumentos APGAR-Family, Escala de Actitudes ante la comida (EAT-26) y una ficha sociodemográfica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 15, frecuencias y porcentajes y el chi cuadrado. **Resultados:** no se encontró asociación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia ($p=0.695$), bulimia ($p=0.501$) y control oral ($p=0.978$). Por otro lado, se halló asociación entre discusión de padres y funcionalidad familiar ($p=0.002$), reflejándose que el 51% de estudiantes que reportaron que sus padres nunca discuten presentaron una disfunción familiar moderada. Y también se halló relación entre tipo de familia y bulimia ($p=0.041$), es decir el 100% de estudiantes refirió ser del tipo de familia nuclear y no tuvieron riesgo de desarrollar bulimia. **Conclusiones:** La apreciación de la población sobre la funcionalidad familiar de su sistema fue moderada y esta se asocia al bajo riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras claves: Familia, anorexia, bulimia, estudiantes, educación secundaria (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between family functioning and the symptomatology of eating disorders in adolescents from an educational institution in Callao, Lima in 2020. **Materials and methods:** The sample consisted of 129 adolescents of both sexes, between 12 and 17 years of age. The type of sampling was non-probabilistic and intentional. The type of study was correlational and non-experimental cross-sectional design. The APGAR-Family, Food Attitude Scale (EAT-26) and a sociodemographic card were used. For the statistical analysis we used the STATA version 15 program, frequencies and percentages and the chi-square test. **Results:** no association was found between family functionality and symptoms of eating disorders: anorexia ($p=0.695$), bulimia ($p=0.501$) and oral control ($p=0.978$). On the other hand, an association was found between parental arguments and family functionality ($p=0.002$), reflecting that 51% of students who reported that their parents never argue presented moderate family dysfunction. And a relationship was also found between family type and bulimia ($p=0.041$), i.e. 100% of students referred to be of the nuclear family type and were not at risk of developing bulimia. **Conclusions:** The population's appreciation of the family functionality of their system was moderate and this is associated with low risk of developing eating disorders.

Key words: Family, anorexia, bulimia, students, secondary education (Source: DeCS).

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1.1.Situación problemática	9
1.1.2.Formulación del problema.....	10
1.1.3.Justificación de la investigación	10
1.1.4.Objetivos de la investigación.....	11
1.1.4.1.Objetivo general	11
1.1.4.2.Objetivos específicos	11
1.1.5. Hipótesis.....	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes de la investigación.....	12
2.2. Bases teóricas.....	15
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	22
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	22
3.2. Población y muestra.....	22
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión	22
3.3. Variables.....	22
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables	22
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	23
3.5. Plan de análisis e interpretación de la información.....	26
3.6. Ventajas y limitaciones.....	26
3.7. Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	36
4.1. Discusión.....	36
4.2. Conclusiones.....	38
4.3. Recomendaciones.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria son temas de gran importancia en la adolescencia, la familia según Smilkstein (citado por Céliz y Guitierrez, 2015) tiene un rol relevante pues es en ella que se desarrolla la capacidad de que cada uno de sus integrantes que la conforman puedan tomar decisiones y asumir responsabilidades, así mismo los padres actúan como el soporte y guía en la maduración emocional y física de la autorrealización de sus hijos, mostrando afecto y comprensión entre los integrantes del grupo con un compromiso, dedicando, espacio y tiempo a la familia. Por lo tanto, los padres tienen la función de brindar seguridad emocional y autoestima en el hijo, de lo contrario los padres que no expresan afecto, que no brindan apoyo a sus hijos provocarán cierta inseguridad en ellos dando lugar a la aparición de conductas inadecuadas y posible aparición de trastornos de conducta alimentaria (Marmo, 2014). Es así como la funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria se consideran factores relevantes que se relacionan en la etapa de la adolescencia. Por lo que se profundizará en describir el componente de funcionalidad familiar y el porcentaje de sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria que prevalece en adolescentes, describir si existe o no el riesgo de presentar una sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, determinar la relación de las variables principales y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa.

Por otro lado, es necesario realizar este estudio, puesto que contribuirá al conocimiento de dos grandes instituciones educativas de las que disponen los adolescentes para su formación integral como ciudadanos, los cuales son los padres de familia y la escuela, de tal manera estas no pueden desempeñar sus funciones de manera aislada y diferenciada (Sánchez, 2011). Además los hallazgos de los resultados de la investigación podrían contribuir en proponer estrategias para crear programas de prevención de los trastornos de conducta alimentaria, dirigida a los docentes realizando capacitaciones para que cuenten con el conocimiento de una detección precoz de conductas de riesgo alimenticias, para padres de familia en (escuela de padres) quienes son los que guían y orientan a sus hijos por ende el estilo de crianza que tengan tendrá influencia en el adolescente (Borda., et al. 2016), y a los estudiantes de nivel secundario.

Debido a esto se pretende con el estudio es conocer si existe relación entre funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de la Institución Educativa de Callao, 2020, puesto que la funcionalidad familiar se define como aquella capacidad que tiene cada miembro de la familia para dar soluciones a los problemas, promover la autorrealización e independencia en sus hijos y demostrar comprensión, amor, espacio y tiempo para sus hijos y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria se define como aquella que afecta tanto la salud física como la mental, incluyendo problemas en la forma de pensar, sobre la comida, alimentación, peso y figura, así como en los comportamientos alimentarios, estos síntomas pueden llegar a afectar la salud, emociones y la capacidad para desenvolverse en ámbitos importante de la vida del que lo padece

Finalmente, en el presente trabajo se abordaron los siguientes capítulos. En el capítulo I se trabajó la situación problemática teniendo cuenta los objetivos e hipótesis de investigación. En el capítulo II se trabajó los antecedentes más importantes de la investigación juntos con sus bases teóricas. En el capítulo III se trabajó los Materiales y métodos a utilizar en la recolección de la muestra. En el capítulo IV se redactó los resultados más resaltantes del estudio y por último en el capítulo V se dispuso a interpretar los resultados finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Situación problemática

La familia es una parte fundamental y básica de la sociedad, en donde cada miembro evoluciona e interactúa con respeto, amor y apoyo mutuo (Paladines y Quinde, 2010), sin embargo, la familia presenta dificultades conllevando a una desintegración el cual no necesariamente se entiende como separación o divorcio si no que se rompen relaciones entre miembros de una familia causando conflictos no resueltos y/o mal resueltos ocasionando desunión y carencia de proyectos juntos en su sistema (Maldonado et al., 2021). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) señala que producto de esta pandemia, existe un incremento preocupante de violencia familiar, siendo uno de los más perjudicados los hijos, además perturbando el entorno donde el niño se desarrolla. El Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) (2019), presentó una prevalencia del 40,50% de violencia ejercida tanto psicológica como física en el entorno familiar, es por ello que la relación y función que cada miembro ejerce en una familia se debe cumplir de manera adecuada para no perjudicar el desarrollo de los hijos.

De esta manera Smilkstein (citado en Céliz y Guitierrez, 2015), define la Funcionalidad Familiar como la capacidad de cada miembro para tomar decisiones y asumir responsabilidades, en la resolución de problemas, situaciones de frustración, del mismo modo, los padres participan en el crecimiento emocional, físico y de autorrealización de los miembros a través del apoyo y la guía mutua, demostrando amor y comprensión entre ellos. Asimismo, las consecuencias que puede generar una disfuncionalidad familiar pueden ser problemas emocionales, autoestima, comportamiento y problemas de trastornos alimenticios, etc. (Delgado y Barcia, 2020) (Cruzar et al., 2008). Es así como en el estudio de Sainos et al. (2015), Chóez y Tejada (2021) mencionan que las familias que presenta disfuncionalidad familiar están fuertemente vinculadas con el curso y desarrollo de trastornos alimenticios, y esto se evidencia en el estudio de Avalos y Samada (2020) donde se apreció que el 56% y 50% de los adolescentes que tenían anorexia y bulimia presentaban una disfunción familiar severa.

Es por ello que Garner, Olmsted y Garfinkel (1984, citado en Borjas, 2017) define los trastornos alimenticios como un conjunto de pensamientos y comportamientos alterados o distorsionados, donde el peso y la alimentación se expresan como todo o nada y si alguna de sus reglas dietéticas es violada, sobreviene el caos, se sienten derrotados y fuera de control con sus objetivos, provocando culpa y reivindicación. De igual modo, de acuerdo al Ministerio de salud (MINSA) refieren que el 11.5% de nuestra población en total presentan problemas alimentarios, alcanzando una mayor prevalencia en el sexo femenino al ser el 15% de ellas las que lo padecen; mientras que en la población adolescente según Chumpitaz (2020) menciona que entre el 7% y el 11% puede presentar un trastorno alimenticio.

Teniendo en cuenta esta realidad es importante concientizar a la familia sobre su dinámica que este teniendo con sus miembros, ya que al no cumplir con un buen funcionamiento generará dificultades tanto emocionales como alimenticias en sus hijos, quienes están en pleno desarrollo por lo que el tener un lugar seguro es lo más importante. Es así que, la presente investigación buscara determinar la relación existente entre funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema general

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020?

1.1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los tipos de funcionalidad de familiar en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020?

¿Cuáles son las categorías de la sintomatología trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020?

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones de la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020?

1.1.3. Justificación de la investigación

Esta investigación se realizará con el propósito de aportar al conocimiento actual y existente sobre la relación significativa que tiene la funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y corroborar con evidencia empírica, en el contexto peruano, la teorías de autores como Minuchin quien afirma que los Trastorno de Conducta Alimentaria son una búsqueda de independencia paterna, como una expresión somática de conflictos de casa en la cual no existe comunicación efectiva; Selvini quien planteó el Modelo Comunicacional de familias con una hija anoréxica; y el Modelo multidimensional de Garfinkel y Garner el cual es la teoría actual más aceptada, que en resumen afirma que no hay un tipo de familia en particular sino que hay factores de riesgo y dificultades familiares que actúan como elementos predisponentes. (Sánchez, 2007).

Por otro lado, se considera relevante realizar esta investigación puesto que la sintomatología de trastornos de conducta alimentaria se hace cada vez más riesgosos presentándose a edades muy tempranas, la familia sigue siendo un factor que tiene un gran impacto emocional que influencia en la vida personal. Por ende, según el estilo familiar que se tenga dentro de un sistema familiar será un factor predisponente en la aparición de conductas inadecuadas como los trastornos de conducta alimentaria (Borda et al., 2016). Según Benjet (citado en Iñiguez, 2017) la mayoría de los casos de anorexia oscilan entre 12 a 20 años incluso hasta los 25, mientras en la bulimia inician en este rango 12 a 40 años de edad; en este sentido el aporte social es relevante tanto para los padres de familia y la escuela que son dos grandes instituciones educativas de las que disponen los adolescentes para construirse como ciudadanos e influyen en su bienestar. Por tal motivo, tanto la escuela como la familia deben actuar de manera articulada, y no de manera aislada. En general esta investigación podrá ser valiosa para aquellos profesionales del campo de salud y educación quienes con su trabajo contribuyen al bienestar integral de los adolescentes.

Finalmente, en cuanto a la implicancia práctica a partir de los hallazgos de esta investigación se podría proponer programas de prevención de los trastornos alimenticios dirigidos a los estudiantes y capacitaciones a los docentes propiciando las herramientas

necesarias para una detección precoz y que se valore la planificación de sesiones en la hora de tutoría al respecto. Asimismo, a los padres de familia quienes son los que guían y orientan a sus hijos realizando talleres de escuela de padres donde se aborde temas como estilos de crianza.

1.1.4. Objetivos de la investigación

1.1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación existente entre funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

1.1.4.2. Objetivos específicos

Identificar las dimensiones de la funcionalidad familiar en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Identificar las categorías de la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Determinar la asociación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

1.1.5. Hipótesis

1.1.5.1. Hipótesis general

Hipótesis de investigación: Sí existe relación entre funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de la Institución Educativa de Callao, 2020.

Hipótesis Nula: No existe relación entre funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de la Institución Educativa de Callao, 2020.

1.1.5.2. Hipótesis específicas

Hipótesis Específicas 1: Sí existe relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Hipótesis Nula 1: No existe relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Hipótesis Específicas 2: Sí existe relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Hipótesis Nula 2: No existe relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Nivel internacional

En el contexto internacional, Samatán y Ruiz (2021) en España, realizaron un estudio acerca de Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19. El objetivo del estudio fue determinar tipos de comportamientos y gravedad de sintomatología en niños y adolescentes asistidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria durante el periodo de COVID-19 frente al mismo periodo del año anterior. Fue un estudio transversal, retrospectivo descriptivo. La muestra fue de 132 pacientes. Los instrumentos aplicados fueron la escala de impresión clínica global (CGI), Cuestionario de adaptación de Bell, STAI de ansiedad rasgo-estado, Rosemberg de Autoestima, EAT-40 y EDI-3. Los resultados mostraron que ambos grupos evaluados tuvieron un diagnóstico mayoritario el de anorexia nerviosa restrictiva presentando una incidencia del 53,4% durante el confinamiento. La diferencia entre los pacientes categorizados de “alta gravedad” frente a los de “baja gravedad” durante la pandemia fue significativo. En conclusión, los trastornos de conducta alimentaria afectan a una proporción de niños y adolescentes cada vez mayor. Durante el periodo de pandemia se observó más gravedad en las categorías con comportamiento restrictivo y esto ha ido asociado a una mayor pérdida de peso.

Asimismo, Schlegl, Meule, Favreau y Voderholzer (2020) en Alemania, realizaron un estudio acerca de Bulimia nerviosa en tiempos de pandemia de COVID-19: resultados de una encuesta en línea a ex pacientes hospitalizados. El objetivo fue investigar el impacto de la actual pandemia en pacientes con bulimia nerviosa (BN). Fue un estudio cualitativo. La muestra fue de 203 pacientes. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario propio del autor para evaluar las consecuencias psicológicas de la pandemia de COVID-19 el cual se dividió en 7 partes: a) Información sociodemográfica, b) Impacto general de la pandemia de COVID-19, c) Preocupaciones, d) Psicopatología general y conflictos interpersonales, e) Síntomas y conductas específicas del TCA y g) Uso y utilidad de las estrategias sugeridas por Fernández, Aranda et al (2020). Los resultados mostraron que casi la mitad de los pacientes 49% informaron un deterioro de la sintomatología de su DE y el 62% informó una calidad de vida reducida. La frecuencia de atracones aumento en el 47% y los vómitos autoinducidos en el 36%. En conclusión, la pandemia actual tuvo y probablemente siga teniendo efector perjudiciales sobre la sintomatología y tratamiento de los pacientes con BN. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 también dio oportunidad para aprender habilidades clave para la vida.

También, Aedo y Almagiá (2017) en Chile, realizaron un estudio acerca del “Funcionamiento familiar y calidad de vida en adolescentes mujeres con diagnóstico de trastorno de la Conducta Alimentaria”. El objetivo del estudio fue determinar la relación del Funcionamiento familiar y calidad de vida en una población de mujeres. Fue un estudio de tipo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 20 adolescentes entre 13 a 18 años de la región de la Araucanía (Chile). Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario KIDSCREEN-27 de Calidad de Vida de niños y adolescentes y la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES20-Esp). Los resultados mostraron que tanto la cohesión como la adaptabilidad familiar tuvieron asociación muy importante con calidad de vida general y cuatro de los cinco aspectos de las dimensiones. Estos resultados indicarían que la percepción de una familia cohesionada y adaptativa es un factor muy importante para la calidad de vida y el bienestar de las adolescentes con trastornos alimentarios.

Asimismo, Iñiguez (2016) en Ecuador, realizó un estudio sobre "Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para los trastornos alimentarios en adolescentes de bachillerato. Zona 7 ". A través de una muestra aleatoria de 960 estudiantes de 15 a 19 años. Los instrumentos utilizados fueron la prueba de actitud alimentaria (EAT26) y la prueba de evaluación de relaciones intrafamiliares (FFSIL). Los resultados mostraron que la prevalencia del riesgo de conducta de trastornos alimenticios fue de 25,3 %, con una edad media de 17 años. En las familias disfuncionales el riesgo para trastornos alimenticios fue del 27,2%, en relación a las familias de 34,2%, siendo mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja. En conclusión, no existe significación estadística ($p > 0,05$) entre los aspectos: comunicación, adaptabilidad, control oral e interés dietético sobre el riesgo de trastornos alimentarios.

Por otro lado, Gallegos, Ruvalcaba, Castillo y Ayala (2016) en México, realizaron un estudio "Funcionalidad familiar y su asociación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos". El objetivo fue estudiar la relación entre la funcionalidad familiar y la exposición a la violencia en adolescentes. Su estudio tiene un diseño transversal, descriptivo y correlacional. Integrado por 133 estudiantes de secundaria de 15 a 20 años. Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios: la Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES IV) y el Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV). Los resultados mostraron una diferencia entre los géneros, con los hombres reportando más flexibilidad (14,7), cohesión (15,28), satisfacción (37,5) y comunicación en la familia (38,22) en el hogar. Los resultados del análisis de correlación muestran que existe una relación significativa en el dominio familiar entre la exposición a la violencia y determinadas variables del funcionamiento familiar, especialmente adaptabilidad (-23), cohesión (-36), satisfacción (-38) y comunicación (-34), mientras que hay una relación positiva con el desapego ($p < 0,17$). Sugiriendo que cuanto más flexible, comprometido, satisfactorio y comunicativo, es menos probable que se observe violencia en la escuela y en el hogar. Finalmente, concluyeron que es importante fortalecer las relaciones familiares y promover un funcionamiento familiar positivo y equilibrado. Con la finalidad de que la familia tenga un efecto protector frente a la exposición a la violencia.

Finalmente, Álvarez, Bautista y Serra (2015) en España, realizó un estudio sobre "Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de Gran Canaria". El objetivo fue evaluar la prevalencia de los trastornos alimentarios entre los estudiantes de 12 a 20 años utilizando medidas estandarizadas. Se utilizó un diseño transversal; el estudio incluyó a 1342 participantes de centros educativos seleccionados al azar en la isla de Gran Canaria. Los instrumentos utilizados fueron el EAT-40 y una entrevista clínica semiestructurada (EDE). También se evaluaron las variables sociodemográficas y el estado ponderal de los estudiantes. Los resultados de la etapa temprana mostraron una razón de riesgo del 27, 2% (33% mujeres, 20,6% hombres). En la segunda fase, 538 participantes que dieron su consentimiento fueron evaluados a través de una entrevista clínica (285 en riesgo, con puntajes EAT altos; 253 seleccionados en el grupo sin riesgo). La prevalencia general de los trastornos alimentarios fue del 4,11% (5; 46% mujeres, 2,55% hombres). Utilizando los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR, la prevalencia de anorexia nerviosa fue del 0,19%, bulimia del 0,57% y trastorno de la alimentación no especificado del 3,34%. En conclusión, la tasa de diagnóstico de trastornos alimentarios en Granada Canadá es similar a la del resto de España. Sin embargo, la tasa de riesgo de desarrollar estos trastornos es particularmente alta en Gran Canaria, considerando datos de estudios nacionales e internacionales.

2.1.2. Nivel nacional

En el contexto nacional Aguilar (2019) en Perú, realizó un estudio acerca de la "Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios". Objetivo: Establecer si existe relación entre el funcionamiento familiar, los factores estado nutricional, existencia de enfermedad, con quien vive, ocupación, estado civil de los padres, sexo edad con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios. Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Población: 218 estudiantes preuniversitarios entre 15 a 19 años de la academia preuniversitaria Alexander Fleming. Instrumentos: APGAR familiar y test de Actitudes alimentarias (EAT-26). Resultados: El 59,60% son mujeres, 76,19% tienen padres casados, y el 71,60 % de los encuestados tiene entre 15-17 años de edad; en relación a los trastornos de conducta alimentaria una frecuencia de 45,40%. El 48,5% de las mujeres presentaron riesgo $p>0,05$ asimismo el 47,4% entre 15 y 17 años presentaron riesgo $p>0,05$. Se encontró una relación significativa entre los adolescentes que viven solos 67,50%, y riesgo de trastornos de conducta alimentaria; el 57,7% de los alumnos que sus padres están divorciados presentan riesgo en relación a trastornos de conducta alimentaria, y el 56,6% de los que tienen disfunción familiar riesgo en trastornos de conducta alimentaria $p>0,05$. En conclusión, si existe relación estadísticamente significativa entre funcionamiento familiar y riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

Asimismo, Flores (2017). Perú, realizó un estudio sobre "Funcionalidad familiar y riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria del distrito Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa". Objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria de escuelas privadas y públicas. A través de una muestra aleatoria estratificada (sexo y edad) conformada por 746 sujetos desde primero a quinto de secundaria. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Actitudes ante la comida (EAT26), y la prueba de confirmación de posibles casos de trastornos alimenticios (M.I.N.I) y el Cuestionario Funcionalidad Familiar (FF-SIL). Los resultados mostraron una relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en la escuela secundaria. Los adolescentes de familias funcionalmente moderadas tenían más probabilidades de desarrollar anorexia (43,4%), mientras que los sujetos de familias no funcionales tenían más probabilidades de tener bulimia (17,7%). En las escuelas privadas se demostraron tasas más altas de casos de anorexia (18,3%) y bulimia (1,9%). En cuanto al sexo, hubo más casos de anorexia presentes en mujeres (14%) que en hombres (3,1%); y en relación a la bulimia se observa de igual manera, aunque en menor porcentaje en mujeres (4.5%) que en varones (1.2%) y finalmente, por grado de edad, se encontró que el cuarto (17,6%) y el quinto (16%) tenían más probabilidades de desarrollar este tipo de trastornos. En conclusión, con base en objetivos y supuestos, se demostró que existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario con mayor presencia de bulimia ($p<0,05$) en estudiantes de secundaria.

Por otra parte, Vega (2016). En Perú. Realizó un estudio sobre "Factores de riesgo de trastornos alimentarios y presencia de bulimia en adolescentes de 5º grado de la institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes". Considero como objetivo: Establecer lo factores de riesgo de trastornos alimenticios y presencia de bulimia en adolescentes del quinto año de la Institución Educativa. La presente Investigación fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal, con una muestra representativa no probabilística de 40 adolescentes de la institución seleccionados por conveniencia. Los instrumentos utilizados fue el cuestionario y el test de Actitud ante la

comida, EAT26. Esta última herramienta validada incluye 26 ítems. Los resultados obtenidos fue que entre los factores de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes, el factor sociocultural es la influencia de la publicidad en las actitudes (72%), y en la dimensión psicológica la autovaloración esta disminuida (50%), por otro lado según el aspecto familiar, predomina los conflictos familiares (65%); en el caso de la bulimia no es significativo (60%), en términos de percepción personal (62%) es insignificante y el autocontrol con la comida (58%) es significativo. Como conclusión, cabe decir que la identificación de factores de riesgo para los trastornos alimentarios en adolescentes se basa principalmente en aspectos socioculturales, la influencia de la publicidad en las actitudes, la autoestima disminuye en la dimensión psicológica, prevalecen los conflictos familiares; en presencia de bulimia son insignificantes.

También, Palacios y Sánchez (2016) en Perú, realizaron un estudio acerca del "Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2° a 5° de secundaria de una Institución Educativa pública de Lima-Este". Objetivo: determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y resiliencia en adolescentes. Alcance: correlacional de diseño no experimental y corte transversal, constituido por 143 participantes, entre 12 y 17 años de ambos sexos, que estudian en una Institución pública de Lima Este. El instrumento empleado para la recolección de datos fue la Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson y la escala de Resiliencia- ER de Wagnild y Young. Los resultados de funcionamiento familiar se observan respecto a la dimensión cohesión familiar que el 40, 6% corresponde a una cohesión familiar dispersa, mientras que solo el 4,2% pertenecen a una cohesión familiar aglutinada, por otra parte, en cuanto a la dimensión Adaptabilidad familiar que el 5,6% del total de la población corresponde a un nivel bajo de adaptación llamado rígida, el 38,5% pertenece a un nivel elevado de adaptabilidad denominada caótica. En cuanto al nivel de resiliencia se aprecia que si bien la mayoría de los escolares presenta un nivel de resiliencia moderado (53,8%), otro grupo evidencia una resiliencia alta (21%) y un (25,2%) poseen un nivel bajo de resiliencia. Para concluir, en función a los objetivos, se demostró que existe relación débil pero estadísticamente significativa entre resiliencia global y cohesión familiar ($p < .001$) y en cuanto a nivel de resiliencia global y adaptabilidad familiar se reveló que existe relación de ($p < 0.50$). Demostrando que el vínculo familiar y la flexibilidad que pueda tener un sistema familiar se relaciona con la capacidad de afronte.

2.2. Bases teóricas

La familia

Según Gonzales, (como se citó en Chancoy et al. 2018) Es el sistema más íntimo de cada persona, esto conformado por sujetos de diferentes generaciones que son individuales e independientes, pero cuando interactúan forman fuertes lazos entre ellos, así como una familia en constante cambio y adaptación a cada etapa, cuando la relación entre los miembros es buena dará a la familia apoyo, seguridad, confianza que permitirá a esta hacer frente a diversas crisis que atraviesen, en cambio cuando la relación no es buena generara impacto en cada integrante de la familia especialmente en los jóvenes, adolescentes que aún no tienen mecanismos de defensa definitivos para hacer frente a conflictos, llegando a llenarse de emociones negativas que afecten su desarrollo cognitivo, social y emocional. Por lo tanto, la funcionalidad familiar se refiere a la capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo de vida y las crisis que se presenten, y determinar el mantenimiento ideal de la salud o la ocurrencia de enfermedades entre sus miembros dependiendo de si la dinámica familiar es buena o mala.

Las familias a nivel mundial son diferentes por aspectos socioculturales como la esperanza de vida, los niveles de educación, el rol de la mujer a nivel laboral, etc.; todo lo nombrado anteriormente influye en la formación de familias, por lo que se ha ido dando notables cambios en estas épocas pues la mayoría de las familias no mantienen un estilo de estructura nuclear, existiendo diversidades; planteando tipos de familia (Herscovici et al., 2005).

La estructura familiar, hace referencia a la “composición” o características de sus integrantes. Se mide a través del tipo familiar y el ciclo familiar. Se clasifican en:

- a. Familia nuclear: Formada por padres e hijo(s).
- b. Familia monoparental: Conformado por un solo padre o madre e hijo(s).
- c. Familia reconstituida: Dos adultos, casados o no, y uno o ambos hijos o sus hijos propios.
- d. Familia ampliada: En casa viven personas familiares y no familiares.
- e. Familia extendida: Familia nuclear que comparte hogar con otros miembros en línea troncal. (Herscovici et al., 2005)

Existe una estrecha relación del tipo de familia en la conducta adolescente, como se sabe la familia es de vital importancia e influye en la formación de los integrantes tanto en la manera de sentir, pensar y actuar. Se pueden presentar familias funcionales o disfuncionales.

Funcionalidad familiar

Según Smilkstein (citado en Celiz y Guitierrez, 2015), conceptualizó el funcionamiento familiar como la capacidad de cada miembro para tomar decisiones y asumir responsabilidades como miembros de la familia, permitiéndoles resolver problemas de manera independiente. Asimismo, los padres tienen la obligación de promover la autorrealización de sus hijos a través del apoyo y la orientación mutua, de mostrar amor y comprensión entre los miembros de la familia y de comprometerse a brindarles espacio y tiempo.

Modelo Circumplejo de Olson

David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenklei entre 1979 y 1989 (como se citó en Siguenza, 2015), en un esfuerzo por involucrar o integrar la investigación teórica y práctica, propusieron una escala diseñada para evaluar las percepciones del funcionamiento familiar en dos dimensiones: adaptabilidad y cohesión familiar. Sin embargo, estas dos evalúan indirectamente la variable comunicación que se convierte en base o estructura de adaptación y cohesión, es decir, cuanto más adaptativa y cohesiva es la familia, mejor es su proceso comunicativo y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos. Clasificando a una familia dentro de un rango de 16 tipos específicos o simplemente en tres grupos más generales correspondientes a familias balanceadas, de rango medio y extremas. Además, se puede establecer una comparación de la discrepancia percibida por el sujeto entre, la familia real e ideal, discrepancias que servirán para obtener datos.

Según Olson (1985, como se citó en Sigüenza, 2015) los tres factores que se presentan dentro del modelo circunplejo de funcionalidad familiar:

Cohesión Familiar

Relacionada al grado de unión emocional percibido entre los miembros de una familia, es así que Olson para realizar un diagnóstico de este parámetro tomó en cuenta: lazos emocionales/independencia, límites/coaliciones, tiempo/espacio, amigos/toma de decisiones, intereses/recreación, facilitando establecer los estilos familiares dentro del modelo circunplejo: estilo desligado, separado, unidas y enredadas.

Adaptabilidad Familiar

Vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio en el sistema familiar (cambio de roles, reglas, liderazgo). Entre las variables que considera el modelo circunplejo de Olson fueron: la estructura de poder, estilos de negociación, relaciones de roles y retroalimentación, estableciendo los estilos familiares: caótico, flexible, estructurado y rígido.

Comunicación Familiar

Considerada dentro del modelo circunplejo como un elemento modificable en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones", debido a que es un facilitador no se encuentra graficada en el modelo de Olson, ya que, si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

Por otro lado, en este sentido el apoyo familiar y el funcionamiento familiar fueron siendo de gran interés en el ámbito de la salud. Según Smilkstein (1978), las percepciones del funcionamiento familiar se definen como percepciones del cuidado y apoyo que un individuo recibe de su familia. Entre las características más importantes del funcionamiento familiar se puede mencionar la disponibilidad de apoyo, así como la comprensión y el estímulo entre los miembros de la familia, que permiten a la familia atravesar etapas normales de crecimiento y desarrollo (Muñuzuri, 1994; Olson et al., 1989).

Desde una perspectiva sistémica, los sistemas familiares logran funcionalidad teniendo en cuenta cuatro procesos que pueden ser afectados: 1) coherencia, es un proceso de relación armoniosa entre los miembros de familia. Un sentido de unión y pertenencia a través del respeto, cuidado mutuo, valores y creencias; 2) individuación, se refiere a la estructura de identidad de una persona, que se forma comunicándose con otros sistemas, cumpliendo roles y responsabilidades. 3) el mantenimiento del sistema, incluye las estrategias de la vida familiar y personal, brindando seguridad y autonomía; finalmente 4) el cambio del sistema, implica incorporar nuevos conocimientos para comportarse de manera diferente ante factores estresantes internos, personales, familiares y sociales. (Friedemann, 1995).

Dado los hallazgos de Olson, Portner y Lavie (1985) al describir los tres factores que influyen en el funcionamiento familiar. En primer lugar, la cohesión familiar, adaptabilidad familiar y comunicación familiar; surge la necesidad de contar con instrumentos confiables que sean apropiados para el contexto nacional y que los jóvenes deberían acortar y utilizar en la práctica para evaluar las percepciones sobre el funcionamiento familiar. En este sentido, la familia de escalas APGAR familiar

es uno de los pocos instrumentos que posee estas características, creada y estudiada por Smilkstein (1978).

La escala de Smilkstein (1978), mide la percepción de la funcionalidad familiar, e incluye cinco elementos: 1) adaptación, grado en que los miembros de la familia están satisfechos con el apoyo y cuidado que reciben; 2) asociación, grado en que se comparte la toma de decisiones con la comunicación y resolución de problemas; 3) desarrollo o crecimiento, nivel de satisfacción con la libertad de cambiar roles y lograr crecimiento físico y emocional; 4) afecto, intercambio de experiencias emocionales; 5) resolución, satisfacción por el tiempo dedicado a la familia. (Gomez y Ponce, 2010)

1. Familia funcional

Según Ávila et al., (2013, citado en Cruz, J., Lima, E., 2017) Se trata de familias cuyas relaciones e interacciones hacen que sean aceptables y armoniosas. Se caracterizan por el hecho de que cada miembro tiene un rol; los padres cumplen su papel paterno estableciendo reglas y límites y los hijos respetan y cumplen sus responsabilidades; existe una organización jerárquica, padre y madre comparten poder, autoridad de forma alternada, equilibrados, evitan conflictos, establecen reglas de convivencia y se aseguran de que sean cumplidos y respetados. Las etapas y crisis por las que atraviesan los hijos lo hacen sin dificultad siendo capaces de adaptarse a los cambios y gestionar plenamente la distancia o proximidad entre sus miembros, también existe una comunicación clara y directa entre padres e hijos, permitiéndoles reconocer sus acciones negativas y para resolverlos, brindan un ambiente de seguridad y aceptación, permitiendo el desarrollo de su identidad personal.

2. Familia disfuncional

Según Ávila (como se citó en Cruz y Lima, 2017) Una familia disfuncional no puede cumplir roles, por lo que los roles no están claros, los padres se ven afectados por la inmadurez, tienen adicciones o problemas mentales, tanto el padre como la madre pueden abusar de los hijos, hay conflictos, mal comportamiento, falta de empatía, falta de respeto a la familia internamente.

3. Funcionalidad familiar

Existe una gran variedad de instrumentos que miden la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentra la escala de APGAR familiar, la cual fue elaborada en 1978 por Gabriel Smilkstein para explorar la percepción de la funcionalidad familiar. La sigla APGAR se deriva de los 5 componentes las cuales son:

- a. Adaptación: Se define como el uso de recursos internos y externos en la familia para resolver problemas cuando el equilibrio familiar se ve amenazado por factores estresantes durante una crisis.
- b. Participación: Toma de decisiones y responsabilidades que determinan el nivel de poder de cada miembro de la familia.
- c. Gradiente de recursos: maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.
- d. Afecto: Relaciones afectuosas y amorosas entre los miembros de la familia.
- e. Capacidad resolutoria: compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria

2.1. Definición

Garner, Olmsted y Garfinkel (citado en Borjas, 2017) conceptualizan un trastorno alimentario cuando hay un pensamiento distorsionado. El peso y la alimentación se expresan como todo o nada; donde si rompen alguna de sus reglas alimenticias surgirá el caos simplemente, se sentirán fracasados y perderán el control de la meta provocando culpa y reivindicación. Asimismo, la forma específica de pensar de las personas que desarrollan el trastorno afecta otros aspectos de su vida adolescente como la investigación y las relaciones interpersonales.

Según Constain, Rodríguez, Ramírez, Gómez, Cardona y Cardona (2017) la escala de Actitudes ante la comida EAT-26 presenta 3 Subescalas:

- **Anorexia:** Evitar alimentos que engordan y preocuparse por perder peso.
- **Bulimia:** atracones, pensamientos sobre la comida.
- **Control oral:** presión externa para aumentar de peso, autocontrol de ingesta.

2.2. Modelos explicativos

Los trastornos del comportamiento humano se han abordado en múltiples modelos como teorías psicológicas con lo cual cada uno trata de explicar su etiología, desarrollo y el sostenimiento de los TCA.

En concreto, el modelo cognitivo conductual es el que ha tenido una mayor preferencia por los psicólogos para ser abordado. A continuación, se explicará el modelo cognitivo conductual en el que nuestro tema se basará.

Modelo Cognitivo-conductual

Cabral (como se citó en Hernández, 2016) expone el modelo que Garner y Bemis, expresando que algunas personas presentan ideas que son aprendidas e internalizadas, que provocan vulnerabilidad a desarrollar trastornos de conducta alimentaria. Para estos autores, estos sujetos se caracterizan por ser introvertidos, sensibles y retraídas socialmente.

Garner y Bemis (como se citó en Palacios, 2007), amparados por un modelo cognitivo-conductual, sistematizaron los cambios que ocurren en el pensamiento y formularon un esquema de distorsiones cognitivas, indicando una posible causa de trastornos alimentarios. Abstracción Selectiva: ignoran evidencias contradictorias de lo que se asegura como cierto Sobre la Generalización: Extraen las reglas de los hechos y lo hacen todo, aunque no sean similares al principal. Se aplica a la situación de. Estimulaciones, expansión de eventos, razonamiento dicotómico: construyen la realidad a partir de categorías (por ejemplo, algo es completamente bueno o malo). Personalización: Tómate todo como algo personal; Y el pensamiento supersticioso, en el que se: tiene creencias falsas, relaciones causales, situaciones que están conectadas por casualidad, que de otra manera se consideran válidas.

Calvete y Cardeñoso (1999) consideran que las creencias irracionales, principalmente la necesidad de aprobación, el perfeccionismo y la protección contra el

cambio, también son factores predisponentes en los pacientes con trastornos alimentarios. Sin embargo, un factor que tiene una gran influencia en estas personas con trastornos alimentarios es la distorsión de la imagen corporal, caracterizada por una percepción poco realista de la forma y el peso del cuerpo. La distorsión ocurre en áreas como la atracción sexual y está asociada con el sobrepeso. Este es el resultado de cambios emocionales relacionados con un pobre auto concepto, alteraciones de la identidad de género, ansiedad en las relaciones interpersonales y la depresión.

El modelo también incluye la falta de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento. Cabe señalar que la mayoría de las personas con trastornos alimentarios, suelen estar asociadas a altas expectativas sociales, necesidad de aprobación y miedo al rechazo por falta de habilidades para mantener mejores relaciones interpersonales. (Casullo, 2006). La mayoría de las personas anoréxicas y bulímicas tienen dificultades para expresar emociones positivas o negativas, aceptar errores, sensibles a las críticas, ser asertivas, tomar decisiones y lidiar con situaciones frustrantes (Behar et al., 2006). Por tanto, al tener dificultad para ejercer suficiente autocontrol sobre su propio comportamiento, tienden a tomar el control de algo que está a su alcance y llevarlo al extremo, que en este caso será su peso influyendo en sus actitudes frente a la comida, aprendiendo a rechazar alimentos ricos en calorías y carbohidratos por miedo al aumento de peso y principalmente miedo al rechazo debido a la influencia de los pares (amigos), lo que hace que estas personas adopten este tipo de comportamiento (Lugli y Vivas, 2001).

1. Factores de riesgo para sufrir trastornos de la conducta alimentaria

Según Álvarez et al. (como se citó en Aguilar, 2019) son factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de los trastornos alimentarios. Estos pueden ser muchos factores individuales, grupales (familiares) y sociales. La combinación de estos diferentes factores de riesgo puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

Dentro de los factores individuales encontramos:

- a. Ambiente familiar desestructurado: Son familias sin una estructura estable y segura; algunos de sus miembros corren un mayor riesgo de sufrir trastornos alimentarios, especialmente aquellos con un mayor riesgo individual, como los adolescentes.
- b. Ambiente familiar sobreprotector: En estas familias, la dinámica familiar y la comunicación son extremadamente estrictas, controladoras y exigentes, lo que puede influir en el desarrollo de trastornos alimentarios, especialmente en los jóvenes más vulnerables.
- c. Experiencias vitales estresantes: Las experiencias traumáticas en la estructura familiar, como la muerte de un familiar, aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario.

2.3. Funcionalidad familiar en el desarrollo del trastorno

Minuchin., Rosman y Baker (como se citó en Lozada y Marmo, 2013) distinguen cinco características preeminentes de interacciones en la funcionalidad familiar que influye al desarrollo de trastorno de conducta alimentaria, los cuales son: el aglutinamiento, un tipo extremo de intimidad e intensidad en la interacción familiar.; sobreprotección, refleja la gran preocupación de los familiares por el bienestar de otras personas;

rigidez, necesidad de mantener el estatus, evitar conflictos; los niños se involucran en conflictos parentales a través de la triangulación.

El papel del funcionamiento familiar juega un papel importante en el curso y resultado del trastorno; Los estudios han encontrado que las interacciones familiares son diferentes para las personas con anorexia y bulimia. Las personas con anorexia nerviosa describieron a sus familias como unidas y organizadas, tenían una menor tolerancia al conflicto, pero tenían mayores expectativas educativas y eran más propensas a los trastornos emocionales; en comparación con los pacientes bulímicos. Sus familias son más conflictivas y menos unidas (Lozada y Marmo, 2013).

Todas las personas con anorexia y bulimia tienen dificultades para identificar y comunicar sus emociones, y las familias en las cuales se presentan trastornos alimentarios se perciben como menos solidarias, más vulnerables y menos presentes y expresivas que las familias sin este trastorno. Entonces, el estilo de crianza afecta el crecimiento y desarrollo de las personas y se refleja en su desempeño, algunos de ellos actuarán como factores protectores y otros como factores de riesgo para la aparición y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Lozada y Marmo, 2013).

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El tipo de investigación es correlacional (es decir, se analizará si una variable aumenta o disminuye y esto corresponde a un aumento o disminución de otra variable), utilizará enfoques cuantitativos y un diseño transversal no experimental (porque no manipulará a la variable independiente, ni busca relaciones causales entre variables). (Hernández et al, 2010).

3.2. Población y muestra

El estimado de la población fue de 129 alumnos de nivel secundario desde 1° a 5° grado de la Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020, se realizó un censo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Estudiantes de nivel secundario que cursan entre primero y quinto grado de secundaria
- Edades entre los 12 a 17 años
- Ambos sexos,
- Alumnos que tengan marcado su asentimiento y consentimiento informado por los padres

matriculados en el año lectivo.

Criterios de exclusión

Los estudiantes serán excluidos del estudio si:

- No enviaron los formularios
- Que hayan decidido no participar en el estudio
- Presenten un diagnóstico mental previo a la investigación a aplicar que le impidan responder a los cuestionarios.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable: Funcionalidad familiar

Definición conceptual

Las variables principales son Funcionalidad familiar, según Smilkstein (citado por Céliz y Guitierrez, 2015). La capacidad de los miembros de la familia para tomar decisiones, asumir responsabilidades, utilizar eficazmente los recursos dentro y fuera de la familia, resolver problemas, participar en el intercambio de sentimientos y emociones como miembros de la familia y participar en la autorrealización de la madurez emocional y capacidad física para expresarse a través de apoyo y guía, expresando amor y comprensión entre los miembros de la familia y compromiso de dedicación en el espacio y en el tiempo.

Definición operacional

Funcionalidad familiar se considera una variable cualitativa politómica ordinal, presenta, evalúa la percepción de la funcionalidad familiar, está conformado por 5 componentes: Adaptación, Participación, Gradiente de recursos, Afectividad y Recursos o capacidad resolutive. Su clasificación se comprende en 4 niveles con sus respectivos puntos de corte: Buena funcionalidad familiar: 18-20 puntos, Disfunción familiar leve: 14-17 puntos,

Disfunción familiar moderada: 10-13 puntos y Disfunción familiar severa: 0 puntos o menos (Anexo N° 1)

Variable: Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria

Definición conceptual

Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, según los autores Garner, Olmsted y Garfinkel (1984, como citó Borjas, 2017) conceptualizaron los trastornos alimentarios como alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, siendo personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. Se caracteriza ya sea por dejar de comer o hacerlo en exceso, comer solo para evitar sentirse avergonzado o incomodo, sentimiento de culpa, angustia, dietas frecuentes, ejercicio excesivo, pensamientos negativos y distorsionados de su aspecto físico. El inicio u origen no ha sido resuelto, proponiéndose diferentes teorías al respecto desde el entorno social, familiar e individual. Al no existir un tratamiento netamente farmacológico o nutricional con eficacia, por lo tanto, se da mediante grupos interdisciplinarios, basándose en programas psicoeducativos y psicoterapéuticos, donde intervienen profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras, médicos internistas, endocrinólogos nutriólogos. (Méndez, Velásquez y García, 2008)

Definición operacional

Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria es una variable cualitativa politómica ordinal evalúa el riesgo de trastornos en la conducta alimentaria, Considerado el estándar de oro para identificar los síntomas de los trastornos alimentarios y las conductas de riesgo, se divide en 3 dimensiones Anorexia, Bulimia y Control oral. Asimismo, para la calificación de sus dimensiones se tendrá en cuenta los siguientes puntos de corte: Anorexia (16-31) con riesgo, (1-15) sin riesgo; Bulimia y preocupación por la alimentación (7-13) con riesgo, (1-6) sin riesgo y Control Oral 10-19) con riesgo, (1-9) sin riesgo (Anexo N° 2).

Variable: Sociodemográficas

En relación a las variables sociodemográficas consideradas serían: la edad, cualitativa politómica (10-13) (14-16) (17-21), sexo, cualitativa dicotómica (femenino, masculino), grado en el que se encuentra, cualitativa politómica ordinal (1°, 2°, 3°,4°, 5°), Tipo de familia, cualitativa politómica nominal (Nuclear, Monoparental, Padres separados, Compuesta, Extensa), Como percibes la relación con tus padres en este contexto de la pandemia, cualitativa ordinal (Buena, regular, mala), Ayuda ante un problema en la familia, cualitativa categórica ordinal (Casi siempre, a veces, nunca), Percepción de discusión en la familia, cualitativa categórica ordinal (Casi siempre, a veces, nunca), Cumplimiento de responsabilidades en la familia, cualitativa categórica ordinal (Casi siempre, a veces, nunca), Exigencia académica por parte de los padres, cualitativa categórica ordinal (Casi siempre, a veces, nunca), religión, cualitativa politómica nominal (católico, evangélico, mormón, otros) (Anexo N°3) .

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

Recolección de datos:

Para recolectar los datos necesarios para llevar a cabo la investigación, se establecieron las siguientes etapas:

1. Registro del proyecto de tesis en el Departamento de investigación.
2. Revisión del proyecto por el Comité de Ética de la investigación científica.
3. Se solicita una carta de permiso a la Universidad Católica Sede Sapientiae para realizar el estudio de recopilación de datos.

1. Posteriormente, se coordinará con las autoridades correspondientes para fijar una fecha y tener acceso a los padres y estudiantes vía online.
2. Asimismo, se realizará las coordinaciones necesarias para informar a los padres de familia el objetivo de la investigación, presentándoles el consentimiento informado para realizar el estudio con sus respectivos hijos, explicando que se respetará quienes decidan participar o no durante la aplicación.
3. Además del consentimiento informado, se dará un asentimiento informado a los adolescentes en los días determinados a comenzar con la evaluación, para su aceptación voluntaria de participar en el estudio.
4. Por consiguiente, ya con las personas voluntarias a participar en la investigación, primeramente, se les hará entrega de la ficha sociodemográfica y dos cuestionarios de aproximadamente 20 preguntas de los instrumentos a emplear mediante un link para acceder a los cuestionarios vía online, indicándose el tiempo, el cual será aproximadamente de 30 min, Al mismo tiempo, estaremos atentos a las preguntas realizadas por los participantes y las responderemos lo antes posible. Una vez que hayan respondido la prueba, les agradeceremos y enfatizaremos la confidencialidad de la prueba que respondieron.
5. Finalmente se hará la corrección manual de los instrumentos, los resultados se codificaron y luego se pondrá en la base de datos para su respectivo análisis estadístico.

Instrumentos:

Funcionalidad Familiar - (El APGAR familiar) (Ver Anexo N°4)

En la presente investigación se utilizó la escala The Family APGAR fue diseñado por Gabriel Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar. Fue validado por Ccoicca Miranda y Teófilo, (2010). Consta de 05 ítems cada respuesta tiene un puntaje que va desde 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: Nunca 0, Casi nunca 1, Algunas veces 2, Casi siempre 3 y Siempre 4. Asimismo, evalúa la funcionalidad de la familia en 5 componentes: Adaptación: las formas en que los miembros de la familia utilizan sus recursos dentro y fuera del hogar para resolver problemas y adaptarse a nuevas situaciones en tiempos de dificultad y crisis; Participación: mide la satisfacción de cada participante, en términos del grado en que se comunican entre si sobre problemas, asuntos de interés común y encuentran estrategias y soluciones para resolverlos; Gradiente de recursos: se refiere a como los miembros de la familia se sienten cómodos aceptando y apoyando las acciones que realizan para promover y potenciar el crecimiento de cada individuo; Afecto: Califica la satisfacción de cada miembro de la familiar en relación a la expresión de amor, afecto, tristeza o enojo que mantienen entre sí, y Capacidad resolutive: mide la satisfacción de cada miembro, en función del compromiso de cada individuo de dar tiempo, espacio y recursos socioeconómicos a los demás (Castillo, 2017).

Procedimiento de calificación, consiste en la suma de todos los ítems que van de 0 a 20 y se ubica en función del indicador final, clasificación:

- a. Buena funcionalidad familiar: 18-20 puntos
- b. Disfunción familiar leve: 14- 17 puntos
- c. Disfunción familiar moderada: 10 a 13 puntos
- d. Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos (Castillo, 2017)

Confiabilidad

A nivel nacional, la herramienta fue validada en 2010 por Teófilo Ccoicca Miranda, docente de la Universidad Nacional Federico Villarreal en Lima, Perú. Su índice alfa de Cronbach es de 0,778, lo que indica que la herramienta tiene suficiente consistencia interna (Teófilo, 2010).

Validez

De acuerdo a los resultados de la validez de constructo mediante la técnica de análisis ítem-test se evidenció un índice de correlación significativo y mayor a 0.30. (Teófilo, 2010),

Este instrumento ha sido utilizado en diferentes investigaciones como en Salazar, J. (2019). Relaciones entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios, Arequipa. Y Castillo, R. (2017) Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa privada americana Carmen Medio, Comas. Etc. Mostrando su confiabilidad para aplicar en adolescentes que implican en esta investigación.

Test de actitud ante la comida (EAT-26) (Ver Anexo N°5)

El test de actitud ante la comida (EAT- 26) de Garner y Garfinkel, (1982) versión original EAT-40, luego modificado y simplificado en una versión de 26 ítems, validado en Perú por Palpan Jenny, Jiménez Carlos y Garay Jorge, Lima metropolitana, (2007). Está disponible en formatos individuales y grupales para adolescentes y adultos, tiene una duración de 10 a 15 minutos. A partir de 12 años en adelante. Consta de 3 dimensiones: Factor 1: Anorexia (conductas para evitar productos que provoquen aumento de peso o afecten la imagen corporal), Factor 2: Bulimia y preocupación por la alimentación (conductas bulímicas, atracones y vómitos, pensamientos relacionados con comida) y factor 3: control oral (autocontrolarse sobre el consumo de alimentos y presión del resto para aumentar peso) (Borjas, 2017).

Está compuesto por 26 ítems, donde el rango de preguntas 1 a la 24 y la pregunta 26 (en una dirección favorable para la variable) se toma los siguientes 0 puntos para “nunca”, “casi nunca” y “algunas veces”, 1 punto para “bastantes veces”, 2 puntos para “casi siempre” y 3 puntos la categoría “siempre”. Para el ítem 25 (en dirección contraria a la variable) el puntaje es: 0 puntos para “siempre”, “casi siempre” y “bastantes veces”, 1 punto para el valor “algunas veces”; 2 puntos para “casi nunca”, 3 para “nunca” (Borjas,2017).

Para la calificación se tuvo en cuenta lo siguiente, la puntuación total del cuestionario es de 78 puntos pero para indicar la gravedad de los síntomas entre las 3 dimensiones, los ítems se repartirán de la siguiente manera teniendo en cuenta los puntos de corte: Anorexia (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25) punto de corte (16-31) con riesgo, (1-15) sin riesgo, Bulimia y preocupación por la alimentación (ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26) puntos de corte(7-13) con riesgo, (1-6) sin riesgo y Control Oral (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20) puntos de corte(10-19) con riesgo, (1-9) sin riesgo (Flores,2017).

Debemos tener en cuenta que el EAT-26 fue recomendado como filtro para determinar si está en riesgo de tener síntomas de trastornos alimentarios, pero no indica un diagnóstico determinado. Las puntuaciones no significan, por tanto, que el sujeto tenga un desorden alimentario o una psicopatología del tipo anoréxico o bulímico, pero sí probablemente que está muy preocupado por su peso y que sería conveniente hacer una evaluación más profunda para comprobar si cumple los criterios para ser diagnosticado como paciente de trastorno de la conducta alimentaria o manifiesta una variedad subclínica de estos trastornos (Anexo N° 5).

Confiabilidad

Según Palpan et al. (2007, citado en Borjas, 2017) La Escala de Actitudes y Síntomas de Trastornos Alimentarios (EAT-26) mostró la mejor consistencia interna ($\alpha = 0,783$). Pudiendo ver que la herramienta es confiable.

Validez

El EAT-26 fue validado en Perú por Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez (2007). Se realizó una validez de contenido teniendo en cuenta a 9 expertos, teniendo como resultado una validez global de $p=0,003$ ($p < 0,05$) del instrumento.

Según, Montoya (2012, citado en Borjas, 2017) En Perú, la mayoría de estudios usaron la versión española ya validada.

Variables sociodemográficas

Para la obtención de los datos de los encuestados se aplicó una ficha de datos sociodemográficas que toma en consideración antecedentes de investigaciones anteriores junto con aspectos de bases teóricas (Anexo N° 6).

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Stata versión 15. En el análisis descriptivo de los factores sociodemográficos se encontró variables categóricas para las cuales se empleó frecuencias y porcentajes. Posteriormente, para el análisis inferencial se empleó las pruebas de chi cuadrado; con un nivel de significancia menor o igual a 0.05 y nivel de confianza del 95%.

3.6. Ventajas y limitaciones

Ventajas

- Instrumentos validados dando mayor credibilidad a la recopilación de datos de la investigación.
- Se agregó variables sociodemográficas que no había en otros estudios relacionadas a la familia.
- Al ser un estudio correlacional nos permitió conocer la relación de las variables estudiadas teniendo en cuenta que no existen muchas antecedentes con dichas variables.

Limitaciones

- El estudio de alcance correlacional de corte transversal no permite realizar un seguimiento de las variables en evolución con el paso del tiempo.
- Escasas investigaciones a nivel nacional de la relación de las dos variables propuestas en el estudio.
- Se presentó dificultades al momento de poder acceder a la muestra de investigación

3.7. Aspectos éticos

1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos

Se explicará previamente a los padres el objetivo y propósito que se le dará a la información obtenida, teniendo en cuenta que no se dará ningún otro uso fuera de la

investigación; por otro lado, para respetar la confidencialidad por los participantes involucrados los resultados de los hallazgos serán publicados de forma anónima, y la información obtenida será codificada para protegerla junto con el codebook (stata) , guardándola en un solo ordenador con contraseña de acceso de la tesista y asesor de la investigación. Y, por último, los materiales de la investigación digital serán conservados y protegidos por un periodo de 7 años.

2. Respeto de la privacidad

Se respetarán los derechos de los sujetos al tener la decisión de la cantidad de información que el participante del estudio quiera compartir por lo que, si alguna pregunta durante la entrevista te hace sentir incomodo, tienes derecho a decírselo al entrevistador o no responderlas

3. No discriminación y libre participación

La población participante en el estudio no será objeto de ningún tipo de discriminación por razón de género, raza o condición social, y existen criterios claros de exclusión e inclusión que se expresan claramente como características de los potenciales participantes.

4. Consentimiento y asentimiento informado a la participación a la investigación

La población elegida para el estudio de investigación serán estudiantes de una Institución Educativa de nivel secundario, por lo tanto, para conducirse a trabajar con ellos, al ser menores de edad, se brindará un consentimiento informado (ver anexo N° 7) a los padres o apoderado explicando información relevante, clara y apropiada sobre la finalidad y las características de la investigación, asimismo para corroborar la participación voluntaria del adolescente se brindará un asentimiento informado (ver anexo N°8) en el que se explique igualmente el propósito de la investigación y la privacidad de la información a brindar por casa participante. Una vez realizado ello, se podrá a comenzar con el estudio.

5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados.

Toda investigación científica es un proceso de pre o post grado que generalmente culmina con un trabajo científico, siguiendo una metodología científica de investigación, en este caso al ser un aspirante para optar por su licenciatura, el producto final es una tesis. Teniendo en cuenta los requisitos de coherencia y concordancia entre el problema, demostración (razonamiento lógico de los resultados) y conclusiones. Otros aspectos a recalcar serían la profundidad de la investigación al no limitarse solo a la apariencia del tema y por último la originalidad que se dará al proyecto a partir de las características poblacionales, geográficas donde se trabajara y el hallazgo de los resultados que se tendrá a partir de la recolección de datos. Por otro lado, la redacción de la tesis será propia, precisa y adecuada al objeto de estudio, la organización y tiempos variables del texto demostrando calidad al proyecto realizado. Y, por último, se presentará una declaración de autoría y originalidad del trabajo de fin de grado asumiendo con responsabilidad el respeto por las normas nacionales e internacionales donde queda prohibido la comercialización, negociación y divulgación del contenido parcial o total del proyecto, conservando y protegiendo los resultados confidenciales de los participantes, de lo contrario aceptará las consecuencias de sus actos por la falta de principios morales y éticos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En la tabla 1, de los 129 encuestados, el 67% reportó edades entre 14 a 16 años, el 57% fue de sexo femenino, el 23% cursaba el 4to grado, el 48% pertenece a una familia nuclear, el 59% refirió tener una buena convivencia familiar en la pandemia, el 64% que casi siempre tenían un soporte familiar en su hogar, el 51% que a veces sus padres discutían, el 68% que casi siempre cumplían los deberes familiares, el 45% que a veces sus padres los exigían académicamente, y el 56% refirió ser católico. Por otro lado, el 41% percibía una disfunción familiar moderada, el 99% no presentó riesgo para anorexia, el 98% no presentó riesgo para bulimia, y el 95% no presentó riesgo para control oral. El resto de resultados se puede observar en la tabla 1.

Tabla. 1. Descripción de las variables principales y sociodemográficas

	n	%
Edad		
10-13	39	30
14-16	86	67
17-21	4	3
Sexo		
Femenino	73	57
Masculino	56	43
Grado en el que se encuentra		
Primero	22	17
Segundo	28	22
Tercero	20	16
Cuarto	30	23
Quinto	29	22
Tipo de familia		
Nuclear	62	48
Monoparental	35	27
Compuesta	13	10
Extensa	19	15
Convivencia familiar en pandemia		
Buena	76	59
Regular	51	40
Mala	2	2
Soporte familiar		
Casi siempre	82	64
A veces	45	35
Nunca	2	2
Discusión familiar		
Casi siempre	9	7
A veces	66	51
Nunca	54	42
Deberes familiares		
Casi siempre	88	68
A veces	41	32
Nunca	-	-

Tabla. 1. Continúa

	n	%
Exigencia escolar		
Casi siempre	49	38
A veces	58	45
Nunca	22	17
Religión		
Católico	72	56
No católico	57	44
Funcionalidad familiar		
Buena funcionalidad familiar	19	15
Disfunción familiar leve	26	20
Disfunción familiar moderada	53	41
Disfunción familiar severa	31	24
Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria		
Anorexia		
con riesgo	1	0.8
sin riesgo	128	99
Bulimia		
con riesgo	3	2
sin riesgo	126	98
Control oral		
con riesgo	7	5
sin riesgo	122	95

Por otro lado, en la tabla 2. Se halló asociación entre discusión de padres y funcionalidad familiar ($p=0.002$), reflejándose que el 51% de estudiantes que reportaron que sus padres nunca discuten presentaron una disfunción familiar moderada. El resto de las variables no presentó resultados con significancia (ver tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre funcionalidad familiar y variables sociodemográficas

	Funcionalidad Familiar				p
	Buena funcionalidad familiar n (%)	Disfunción familiar leve n (%)	Disfunción familiar moderada n (%)	Disfunción familiar severa n (%)	
Edad					0.793
10-13	8(20.51)	7(17.95)	13(33.33)	11(28.21)	
14-16	11(12.79)	18(20.93)	38(44.19)	19(22.09)	
17-21	0(0.00)	1(25.00)	2(50.00)	1(25.00)	
Sexo					0.784
Femenino	10(13.70)	14(19.18)	29(39.73)	20(27.40)	
Masculino	9(16.07)	12(21.43)	24(42.86)	11(19.64)	
Grado					0.535
Primero	5(22.73)	5(22.73)	7(31.82)	5(22.73)	
Segundo	6(21.43)	6(21.43)	8(28.57)	8(28.57)	
Tercero	1(5.00)	6(30.00)	10(50.00)	3(15.00)	
Cuarto	3(13.79)	4(13.33)	17(56.67)	6(20.00)	
Quinto	19(14.73)	26(20.16)	53(41.09)	31(24.03)	
Tipo de familia					0.627
Nuclear	11(17.74)	11(17.74)	26(41.94)	14(22.58)	
Monoparental	4(11.43)	8(22.86)	12(34.29)	11(31.43)	
Compuesta	1(7.69)	1(7.69)	7(53.85)	4(30.77)	
Extensa	3(15.79)	6(31.58)	8(42.11)	2(10.53)	
Convivencia familiar en pandemia					0.617
Buena	13(17.11)	17(22.37)	32(42.11)	14(18.42)	
Regular	6(11.76)	9(17.65)	20(39.22)	16(31.37)	
Mala	0(0.00)	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	

Tabla 2. Continua

	Funcionalidad Familiar				p
	Buena funcionalidad familiar n (%)	Disfunción familiar leve n (%)	Disfunción familiar moderada n (%)	Disfunción familiar severa n (%)	
Soporte familiar					0.080
Casi siempre	14(17.07)	22(26.83)	30(36.59)	16(19.51)	
A veces	5(11.11)	4(8.89)	21(46.67)	15(33.33)	
Nunca	0(0.00)	0(0.00)	2(100.00)	0(0.00)	
Discusión de padres					0.002
Casi siempre	0(0.00)	1(11.11)	1(11.11)	7(77.78)	
A veces	9(13.64)	18(27.27)	24(36.36)	15(22.73)	
Nunca	10(18.52)	7(12.96)	28(51.85)	9(16.67)	
Deberes familiares					0.104
Casi siempre	14(15.91)	21(23.86)	37(42.05)	16(18.18)	
A veces	5(12.20)	5(12.20)	16(39.02)	15(36.59)	
Nunca	-	-	-	-	
Exigencia escolar					0.647
Casi siempre	9(18.37)	8(16.33)	17(34.69)	15(30.61)	
A veces	7(12.07)	13(22.41)	25(43.10)	13(22.41)	
Nunca	3(13.64)	5(22.73)	11(50.00)	3(13.64)	
Religión					0.813
Católico	11(15.28)	16(22.22)	27(37.50)	18(25.00)	
No católico	8(14.04)	10(17.54)	26(45.61)	13(22.81)	

En cuanto a la tabla 3. no se encontró asociación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia (p=0.695), evidenciándose que un 40% de estudiantes que no presentaron riesgo pertenecen a una disfunción familiar moderada; asimismo bulimia (p=0.501) y control oral (p=0.978) evidenciándose que un 42% y 40% de estudiantes que no presentaron riesgo pertenecen a una disfunción familiar moderada.

Tabla 3. Asociación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria

	Funcionalidad Familiar				p
	Buena funcionalidad familiar n (%)	Disfunción familiar leve n (%)	Disfunción familiar moderada n (%)	Disfunción familiar severa n (%)	
Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria					
Anorexia					0.695
con riesgo	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	0(0,00)	
sin riesgo	19(14.84)	26(20.31)	52(40.63)	31(24.03)	
Bulimia					0.501
con riesgo	1(33.33)	1(33.33)	0(0.00)	1(33.33)	
sin riesgo	18(14.29)	25(19.84)	53(42.06)	30(23.81)	
Control oral					0.978
con riesgo	1(14.29)	1(14.29)	3(42.86)	2(28.57)	
sin riesgo	18(14.75)	25(20.49)	50(40.98)	29(23.77)	

En la tabla 4, hubo relación entre sexo y control oral ($p=0.017$) indicando que el 90% de mujeres y el 100% de hombres no presentaron conductas alimentarias inadecuadas, también se halló relación entre tipo de familia con bulimia ($p=0.041$) y control oral ($p=0.049$), es decir el 100% y el 98.39% de estudiantes refirió ser del tipo de familia nuclear y no tenían riesgo de desarrollar bulimia y control oral; como también se halló asociación entre convivencia familiar en pandemia con anorexia ($p=0.000$) y control oral ($p=0.002$) reflejando que el 100% y 98% de estudiante refirió tener una buena relación con sus padres en pandemia, de igual forma se encontró relación entre discusión de padres y control oral ($p=0.029$), es decir el 100% de estudiantes refirió que sus padres nunca discutían en casa, asimismo se reportó relación entre religión y control oral ($p=0.023$) manifestando que el 98% de estudiantes eran católicos de las cuales en estas asociaciones los estudiantes no presentaron riesgo de desarrollar conductas alimentarias inadecuadas. El resto de las variables demográficas no presentó resultados con significancia (ver tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y variables sociodemográficas

	Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria								
	Anorexia			Bulimia			Control oral		
	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p
Edad			0.777			0.949			0.698
10-13	0(0.00)	39(100.00)		1(2.56)	38(97.44)		3(7.69)	36(92.31)	
14-16	1(1.16)	85(98.84)		2(2.33)	84(97.67)		4(4.65)	82(95.35)	
17-21	0(0.00)	4(100.00)		0(0.00)	4(100.00)		0(0.00)	4(100.00)	
Sexo			0.379			0.125			0.017
Femenino	1(1.37)	72(98.63)		3(4.11)	70(95.89)		7(9.59)	66(90.41)	
Masculino	0(0.00)	56(100.00)		0(0.00)	56(100.00)		0(0.00)	56(100.00)	
Grado			0.505			0.266			0.290
Primero	0(0.00)	22(100.00)		1(4.55)	21(95.45)		3(13.64)	19(86.36)	
Segundo	0(0.00)	28(100.00)		2(7.14)	26(92.86)		2(7.14)	26(92.86)	
Tercero	0(0.00)	20(100.00)		0(0.00)	20(100.00)		1(5.00)	19(95.00)	
Cuarto	1(3.33)	29(96.67)		0(0.00)	30(100.00)		1(3.33)	29(96.67)	
Quinto	0(0.00)	29(100.00)		0(0.00)	29(100.00)		0(0.00)	29(100.00)	

Tabla 4. Continua

	Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria								
	Anorexia			Bulimia			Control oral		
	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p
Tipo de familia			0.439			0.041			0.049
Nuclear	0(0.00)	62(100.00)		0(0.00)	62(100.00)		1(1.61)	61(98.39)	
Monoparental	1(2.86)	34(97.14)		3(8.57)	32(91.43)		5(14.29)	30(85.71)	
Compuesta	0(0.00)	13(100.00)		0(0.00)	13(100.00)		0(0.00)	13(100.00)	
Extensa	0(0.00)	19(100.00)		0(0.00)	19(100.00)		1(5.26)	18(94.74)	
Convivencia familiar en pandemia			0.000			0.095			0.002
Buena	0(0.00)	76(100.00)		0(0.00)	76(100.00)		1(1.32)	75(98.68)	
Regular	0(0.00)	51(100.00)		3(5.88)	48(94.12)		5(9.80)	46(90.20)	
Mala	1(50.00)	1(50.00)		0(0.00)	2(100.00)		7(5.43)	1(50.00)	
Soporte familiar			0.390			0.502			0.435
Casi siempre	0(0.00)	82(100.00)		1(1.22)	81(98.78)		3(3.66)	79(96.34)	
A veces	1(2.22)	44(97.78)		2(4.44)	43(95.56)		4(8.89)	41(91.11)	
Nunca	0(0.00)	2(100.00)		0(0.00)	2(100.00)		0(0.00)	2(100.00)	
Discusión familiar			0.618			0.814			0.029
Casi siempre	0(0.00)	9(100.00)		0(0.00)	9(100.00)		0(0.00)	9(100.00)	
A veces	1(1.52)	65(98.48)		2(3.03)	64(96.97)		7(10.61)	59(89.39)	
Nunca	0(0.00)	54(100.00)		1(1.85)	53(98.15)		0(0.00)	54(100.00)	

Tabla 4. Continua

	Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria								
	Anorexia			Bulimia			Control oral		
	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p	Con riesgo n (%)	Sin riesgo n (%)	p
Deberes familiares			0.493			0.232			0.851
Casi siempre	1(1.14)	87(98.86)		3(3.41)	85(96.59)		5(5.68)	83(94.32)	
A veces	0(0.00)	41(100.00)		0(0.00)	41(100.00)		2(4.88)	39(95.12)	
Nunca	-	-		-	-		-	-	
Exigencia escolar			0.540			0.649			0.798
Casi siempre	0(0.00)	49(100.00)		1(2.04)	48(97.96)		2(4.08)	47(95.92)	
A veces	1(1.72)	57(98.28)		2(3.45)	56(96.55)		4(6.90)	54(93.10)	
Nunca	0(0.00)	22(100.00)		0(0.00)	22(100.00)		1(5.43)	21(95.45)	
Religión			0.259			0.702			0.023
Católico	0(0.00)	72(100.00)		2(2.78)	70(97.22)		1(1.39)	71(98.61)	
No católico	1(0.78)	56(98.25)		1(1.75)	56(98.25)		6(10.53)	51(89.47)	

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

4.1. Discusión

En base a los resultados obtenidos en la muestra, no se encontró relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, se halló asociación entre discusión de padres y funcionalidad familiar; de igual manera se observó que sexo manifestó relación con la dimensión control oral, también tipo de familia y bulimia, asimismo se observó relación entre convivencia familiar en pandemia con anorexia y control oral. Como también se halló relación entre discusión de padres y control oral y, por último, se halló relación entre religión y control oral.

En primero lugar en el presente estudio, no se halló relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto, una posible explicación podría ser que los estudiantes vivían en un seno familiar donde existe una adecuada vinculación familiar y flexibilidad para adaptarse a factores estresantes y por ende enfrentar diferentes situaciones en unión familiar tanto física y emocional, donde los padres cumplen con sus responsabilidades, intereses y necesidades individuales de afecto, respeto, y apoyo hacia sus hijos y al no corresponder a un nivel grave de disfunción familiar estos no apuntaban a un riesgo alto de desarrollar trastornos de conducta alimentaria (Cruz y Lima, 2017). Asimismo, los estudiantes percibieron una buena convivencia familiar en pandemia hallazgo que va en la línea de los resultados que plantean Zeiler et al. (2021) refiriendo que tanto las familias que no evidenciaron algún trastorno alimenticio, manifestaron en su convivencia tras el confinamiento por la Covid-19, crecimiento y fortalecimiento de su sistema familiar, por lo que una posible explicación puede ser que el cambio en la vida familiar en pandemia estuvo asociado con la mejora o empeoramiento del sistema familiar, ya que si bien pasar más tiempo con la familia puede aumentar conflictos e irritabilidad al comienzo del confinamiento, también existe la posibilidad de unir actividades familiares y mejorar las relaciones familiares a largo plazo (Zelner et al., 2021). De esta manera se puede inferir que la funcionalidad familiar que existe dentro de un sistema familiar puede afectar de manera directa a cada integrante y en este caso a los adolescentes quienes necesitan de apoyo, comprensión y seguridad de sus padres para enfrentar situaciones estresantes dentro de esta etapa y si no perciben ello pueden llegar a padecer algún trastorno mental en este caso un trastorno de conducta alimentaria.

En segundo lugar, se encontró asociación entre discusión de padres y funcionalidad familiar. En algunas investigaciones se encuentra una coincidencia con las dificultades en la relación conyugal conflicto conyugal y los trastornos de conducta alimentaria (Sainos et al., 2015; Fuentes et al., 2020). Asimismo, en los resultados hallados del estudio se evidencian que los estudiantes que pertenecían a una disfunción familiar moderada reportaron que sus padres nunca discutían, sin embargo, hay una población menor que refiere que sus padres discutían a veces por lo tanto podría ubicarse en un nivel de disfunción familiar moderada. Dado ello, una posible explicación podría ser que, al no haber un conflicto marital constante en casa, existe una mejor comunicación, en el que los integrantes sienten la confianza de expresar sus pensamientos, emociones y sentimientos, como también presentan mayor apoyo mutuo experimentando menos eventos negativos que generan alguna angustia en la pareja (Dobrowolska et al., 2020). Por lo que si llega a haber un evento de conflicto constructivo entre los padres sabrán negociar sus diferencias y de este modo existirá prácticas positivas de crianza el cual genere una mayor asertividad y autocontrol en el sistema familiar contribuyendo al desarrollo de sus hijos (Hosokawa y Katsura, 2017). De este modo, se puede inferir que la relación y satisfacción marital que mantengan los padres a través del tiempo y de las etapas que tengan que atravesar con sus hijos influirá positivamente o negativamente en el desarrollo integral de los mismos.

Por otro lado, se encontró relación entre sexo y control oral reflejando que tanto las mujeres como los hombres no presentaron riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, un porcentaje menor de la muestra del sexo femenino reportó un riesgo de desarrollar control oral, lo cual tiene relación con Aguilar (2019) donde concluyeron que la prevalencia de riesgo de trastornos alimenticios es mayor en mujeres. Una posible explicación puede ser que a estas les resulta más difícil aceptar los cambios físicos, donde la imagen corporal se vuelve un punto importante para construir y consolidar su personalidad, autoestima y para sentirse aceptadas en un grupo social (Gonzales, 2016), asimismo el contenido web y el marketing donde promueven prácticas insanas para conseguir cuerpos perfectos o presentan campañas publicitarias donde utilizan una imagen delgada que es influenciable para la sociedad jugando de manera perjudicial en la vida de los que padecen o son predispuestos a padecer algún trastorno alimentario (García, 2018). De este modo se puede inferir, que existe una cultura que promueve el ideal del cuerpo delgado, el cual se internaliza y podemos ver que de alguna manera las mujeres se encuentran a merced de esta cultura y termina siendo la forma en cómo se evalúan llegando a ser un factor de riesgo potencial para desarrollar un trastorno alimentario.

De igual manera, se encontró asociación entre tipo de familia con bulimia y control oral, el cual se contrasta con un estudio de Rienecke (2018) donde se evidencia que la familia monoparental tenía riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, en los hallazgos encontrados en nuestra investigación los estudiantes refirieron ser del tipo de familia nuclear los cuales no presentaron riesgo de desarrollar bulimia. Una posible explicación es que, los hijos tienden a percibir que tienen una mayor aceptación de sus padres, ya que los dos están comprometidos e involucrados en sus vidas, por lo que se entienden que demuestran su apoyo puesto que al involucrarse en la vida cotidiana de sus hijos existe confianza para conversar con ellos, el cual facilita el apoyo emocional, establecer normas o vigilar el comportamiento de los hijos siendo así esencial para determinar si estos están tendiendo alguna conducta que vaya contra su salud (Clavijo et al., 2018). Por lo que se puede inferir, que los adolescentes que viven en familias conflictivas tienen mayor riesgo de presentar trastorno de la conducta alimentaria.

Además, se encontró relación entre convivencia familiar en pandemia con anorexia y control oral, en el que los estudiantes refirieron tener una buena relación con sus padres en pandemia y no presentaron riesgo de desarrollar conductas alimentarias inadecuadas. Esto se contrasta con Oliver (2020) señalando que el confinamiento fue una situación de riesgo y por tanto provoca en menores diagnosticados con trastornos alimentarios el agravamiento de su sintomatología, generando preocupación, obsesión o miedo por algunos alimentos. Sin embargo, basándonos en los hallazgos de la investigación, se puede explicar, que, al haber una convivencia familiar buena en pandemia, dentro de su sistema familiar existe un intercambio de información y experiencia que construye e integra conexiones entre los miembros, esta permeado de intereses, afectos, actitudes y roles, el cual aviva la convivencia diaria siendo claro, preciso y coherente, formando alianzas (Oliver, 2020). Por lo que se puede inferir, que durante la COVID-19 existieron aspectos positivos para las familias ya que tuvieron el tiempo y espacio para compartir, conocer y entender mejor su sistema familiar y reconocer en que estaban fallando y debían mejorar, permitiéndoles así consolidar mejor los vínculos emocionales con sus hijos, el cual actuaría como un factor protector ante cualquier trastorno mental en este caso el de los trastornos alimenticios.

Se halló relación entre discusión de padres y control oral. Esto contrasta con Sainos et al. (2015) refiriendo que los padres de adolescentes que sufren de un trastorno alimenticio generalmente presentan dificultades en su relación conyugal, creyendo que

la mala relación podría influir negativamente en los hijos y crear un proceso de triangulación en el que la expresión del problema podría provocar mayor conflicto entre los padres. Asimismo, según los hallazgos del estudio mencionado se encontró que la mayoría de estudiantes referían que sus padres discuten entre a veces y nunca en casa y no presentaron riesgo de desarrollar trastornos de conductas alimentarias, aunque existe una población reducida que si presentó riesgo (Sainos et al., 2015). Una posible explicación es que los adolescentes sienten una satisfacción con la vida familiar que existe en su hogar es decir perciben una buena conexión, apoyo incondicional en las relaciones familiares el cual actuara como un factor protector promoviendo el bienestar psicológico y por lo tanto no haya un posible riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio (Langdon y Serpell, 2017). Es así que se puede inferir que cuando existe un buen funcionamiento dentro de un hogar y hay una buena relación de calidad entre los padres e hijos, esto actuara como un aspecto positivo ya que los adolescentes se sentirán satisfechos con el apoyo y conexión que perciben en su entorno familiar promoviendo el desarrollo adaptativo general de sus hijos en la sociedad.

Finalmente, se encontró relación entre religión y control oral, en el que los estudiantes manifestaban ser católicos, no presentaron riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Esto se explica según y He, Wang y Koenig (2019) refiriendo que quienes presentan mayor participación en prácticas religiosas/ espirituales tienen menor riesgo de desarrollar trastornos mentales percibiéndolo como un factor protector ante las dificultades que se puedan presentar en la vida. Por lo que se puede inferir que la religión es un factor importante en aquellas personas que padecen o pueden padecer algún trastorno alimenticio ya que actuaría como un aspecto positivo en la vida de esta persona donde se sienta seguro y con la fe de que puede cambiar aquellos pensamientos, hábitos que están dañando su salud mental y física.

4.2. Conclusiones

Las conclusiones más resaltantes que se evidencian de los resultados encontrados son los siguientes:

La ausencia de relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria se comprende, que los adolescentes entre las edades de 12 a 17 años al pertenecer a una disfunción familiar moderada, donde a pesar de sus dificultades existe una buena flexibilidad y vinculación emocional, se convierte en un benefactor para no presentar riesgo de desarrollar trastornos alimenticios, contribuyendo a un óptimo desarrollo de su vida emocional, personal y social.

La relación conyugal que mantiene una pareja es de gran importancia para que los hijos que fueron objeto de estudio crezcan en un ambiente sano, por lo cual es crucial que ambos discutan sus diferencias llegando a acuerdos para obtener una convivencia armoniosa y progresiva, generando un ambiente seguro y de confianza entre todos los miembros.

La familia nuclear es un sistema autónomo libre, que puede considerarse un sistema en el que los padres se encuentran involucrados y comprometidos cumpliendo el rol y responsabilidad que les corresponde, haciendo que sus hijos que fueron parte de este estudio cumplan con actividades y obligaciones que son acordes a su edad, demostrando apoyo y confianza sobre ellos para su correcta formación.

Las familias de los adolescentes que participaron en esta investigación han tenido que atravesar cambios emocionales, conductuales y estilos de vida para adaptarse a la

pandemia de la COVID-19. Hoy en día los padres, han logrado combinar su carga laboral con el apoyo y cuidado que deben tener hacia sus hijos para lograr un desarrollo adecuado tanto físico y mental.

Tanto hombres como mujeres no presentaron riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, hubo un porcentaje menor del sexo femenino entre las edades de 12 a 17 años que reportó que existía riesgo de que empiece a desarrollar conductas de autocontrol de sus alimentos, llegando también a sentir presión por las demás personas a que suba de peso o coma más, el cual tiene mayor impacto en las mujeres, ya que son más vulnerables a aceptar y adaptarse a los cambios físicos y psicológicos que se presenta en la adolescencia y es más probable que se dejen influenciar por estereotipos para encajar en la sociedad.

La religión juega un papel importante en los trastornos alimenticios ya que se considera un factor protector para los adolescentes que fueron objeto de estudio, porque suma a los principios y valores brindándoles bienestar, siendo así un medio para afrontar situaciones problemáticas, pensamientos o hábitos que de alguna manera perjudican la vida de aquellos adolescentes que padecen o son propensas a padecer de algún trastorno alimenticio.

4.3. Recomendaciones

Se sugiere ampliar la investigación de estas variables en estudiantes de otros colegios dentro del distrito de Callao, realizando la investigación con otras variables psicológicas como la autoestima que permita explicar de forma más detallada como se perciben ellos mismos tanto físico y emocionalmente y si este también juega un papel importante dentro del rol familiar para desarrollar una sintomatología de trastornos de conducta alimentaria.

De igual forma se sugiere realizar investigaciones de tipo explicativa con las variables estudiadas para poder determinar la posible causa de los problemas alimenticios, así como también realizar el estudio teniendo en cuenta un muestreo probabilístico que permita generalizar los resultados a las poblaciones educativas de la zona del Callao.

Se sugiere que las futuras investigaciones puedan tener mayor cantidad de participantes en sus estudios.

En este sentido, se recomienda a los representantes pertinentes de la institución educativa llevar a cabo programas de acción preventivos y sistemáticos a nivel multifactorial con el fin de optimizar continuamente los vínculos afectivos y comunicativos entre los jóvenes entrevistados y sus familias y ellos mismos.

Se recomienda la formación psicopedagógica a los docentes que tienen a su cargo la investigación en los niveles educativos, brindando las herramientas necesarias para determinar de manera rápida y sencilla el desempeño de las variables de investigación entre los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, N. (2019). *Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa 2019*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8269>
- Álvarez, M., Bautista, I., Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309238514050.pdf>
- Avalos, M y Samada, (2020). Funcionamiento Familiar y Trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes familia y adolescencia. *Didactica y Educación*, 11(6), 1-26. [Dialnet-FuncionamientoFamiliarYTrastornosEnLaConductaAlime-7809033 \(3\).pdf](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7809033)
- Barquero, A. 2014. Convivencia en el contexto familiar: Un aprendizaje para construir cultura de paz. *Actualidades Investigativas en Educación*. 14(1), 1-19. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44729876008.pdf>
- Behar, A. R. & Valdes, W. C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47 (3), 178-189. https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Julieta_Marmo.pdf
- Behar, R., Manzo, R., y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134(3), 312-319. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000300007>
- Benjet, C., Mendez, E., Borges, G., y Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35 (6), 483-490. Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=58225137005>
- Borda, Mariela., Celemín, A., Celemín, A., Palacio, L., Majul, F. (2015), Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia), *Salud Uninorte. Barranquilla*, 31(1), 36-52.
- Borjas, D. (2017). *Riesgos de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes mujeres del nivel secundaria de la I.E.P “José Olaya Balandra” Callao, 2017*. (tesis para pregrado), Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1536>
- Calvete, E., Cardeñoso, O. (1999). Creencias y Síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15(2), 179-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16715203>
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
- Castillo, R. (2017). *Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la institución educativa privada América Carmen Medio, Comas – 2013* (Tesis de pregrado). Universidad de ciencias y humanidades. Recuperado de <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/185>

- Casullo, M. y Castro, A. (2006). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 18(1), 35-68. Recuperado de <http://ezproxybib.pucp.edu.pe/ind>
- Celis, A., y Gutiérrez, Y. (2014). *Funcionamiento familiar y estilos de vida saludables en los pobladores del territorio vecinal municipal N° 5. Miramar, 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1681/1/RE_ENFER_FUNCI.FAMILIAR-VIDA-SALUDABLE_TESIS.pdf
- Cezar, P. K., Rodrigues, P. M. & Arpini, D. M. (2015). A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 211-224. doi: 10.1590/1982-3703000012014
- Chanco, D., Ramos, Y. (2018). Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa San Antonio de Jicamarca- San Juan de Lurigancho 2017. (Tesis de pregrado) Universidad Privada Norbert Wiener. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/14>
- Chóez, L y Tejada, R (2021). Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. *Recimundo*, 5(2), 376-386. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.376-386](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.376-386)
- Chumpitaz, M. (2020). ¿Por qué la anorexia, la bulimia y los “atracones” de comida se agudizan durante la pandemia? *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/somos/historias/coronavirus-peru-por-que-laanorexia-la-bulimia-y-los-atracones-de-comida-se-agudizan-durante-lapandemia-noticia>
- Clavijo, R., Palacios, M., Mora, C., & Villavicencio, F. (2018). Percepción de aceptación y rechazo parental de los hijos y su relación con las características de los padres. *MASKANA*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.18537/mskn.09.01.01>
- Constaín, G. A., Rodríguez-Gázquez, M. de L. Á., Ramírez Jiménez, G. A., Gómez Vásquez, G. M., Mejía Cardona, L., & Cardona Vélez, J. (2017). Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atencion Primaria*, 49(4), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- Cruzat. C., Ramirez, P., Melipillan R y Marzolo, P. (2008) Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe* (Santiago). 17(1) 81-90. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100008>
- De la Cruz, J., y Lima, E., (2017). *Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua-Huancavelica, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Huancavelica. Recuperado de <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1105>
- Delgado, K y Barcia, M (2020) Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes. *Polo de Conocimiento*. 5(53), 419-433. [file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-FamiliasDisfuncionalesYSuImpactoEnElComportamiento-8042551%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-FamiliasDisfuncionalesYSuImpactoEnElComportamiento-8042551%20(1).pdf)

- Dessen, M. A. (2010). Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), 202-219. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/R498b6yFx3wnG7ps8ndBFKb/?lang=pt>
- Díaz, C y Molina, C. (2014). *Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en dos Institución Educativas de los olivos, 2013*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Recuperado de: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/365/Diaz_c%3B%20Molina_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dobrowolska, M., Groyecka, A., Sorokowski, P., Randall, A., Hilpert, P., Ahmadi, K., Alghraibeh, A., Aryeetey, R., Bertoni, A., Bettache, K., et al (2020). Global Perspective on Marital Satisfaction. *Sustainability*. 12(21). <https://doi.org/10.3390/su12218817>
- Ferrer, P., Muscán, A., Pino, M., & Pérez, V. (2013). Funcionamiento Familiar según el modelo circunplejo de Olson en familias con niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*, 6(2) 51-58. https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamiento_familiarsegunelmodelocircunplejodeolson.pdf
- Flores, L. (2017). *Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa*. (Tesis de pregrado). Universidad Católica San Pablo. Recuperado de <http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/UCSP/15476>
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2020). Violencia contra niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/media/34476/file/Violencia-contra-los-ninos-reporte-completo.pdf>
- Friedemann, M. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. <https://sk.sagepub.com/books/the-framework-of-systemic-organization>
- Gallegos, J., Ruvalcaba, N., Castillo, J., & Ayalana, P. (2016). Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. *Acción psicológica*, 13(2), 69-78. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000200069
- García Rodríguez, S. (2018). La influencia de las nuevas tecnologías en los trastornos de la alimentación. Universidad de Almería. <http://hdl.handle.net/10835/7150>
- Gómez, F. & Ponce, R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Revista Atención Familiar*, 17(4), 102- 106. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2010.4.21348>
- Gonzalez Mussini L. (2016). Incidencia de lo sociocultural en el desarrollo de los trastornos alimentarios <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/34455>
- Guillermina Sainos-López, D., Teresa Sánchez-Morales, M., 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/10.1016/s1405-8871\(16\)30049-9](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30049-9)

- He, Z., Wang, Z., Lew, B., Mansor, A. T., Jie, Z., & Koenig, H. G. (2019). Moderating effects of religiosity on the relationship between trauma and suicidal behaviors among college students in northwest China. *SAGE Open*, 9(2), 215824401985908. <https://doi.org/10.1177/215824401985908>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=AF97434DA74133D3EB50215434AFE7AE?sequence=1
- Hernández, M. (2016). “Lo que la mente cree, la mente lo crea”: De Anorexia Nerviosa y Terapia Cognitivo-Conductual. Montevideo, Uruguay. (Tesis de pregrado). Universidad de la República. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8617/1/Hern%C3%A1ndez%2C%20Mar%C3%ADa.pdf>
- Herscovici, C., y Bay, L., Kovalskys, E., Orellana, L., Bergesio, A. (2005), Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Arch. argent. pediatr*, 103(4), 305-316. https://www.researchgate.net/publication/260098317_Alteraciones_alimentarias_en_ninos_y_adolescents_argentinos_que_concurren_al_consultorio_del_pediatra
- Hosokawa, R., & Katsura, T. (2017). Marital relationship, parenting practices, and social skills development in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0139-y>
- Hosokawa, R., Katsura, T. (2017). Marital relationship, parenting practices, and social skills development in preschool children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 11(2). <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0139-y>
- Íñiguez, C., y Murillo, L. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador*. (Tesis de especialización). Universidad Nacional de Loja. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18278>
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0141-7>
- Lopez, C., Oviedo, M. (2012). La espiritualidad en los estilos de afrontamiento de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa. *Prisma social – revista de ciencias sociales*, 8(1), 358-379. <https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744580012.pdf>
- Losada, A. y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de la Psicológica*, 16, 39-49. Recuperado de <https://orcid.org/0000-0003-0488-4651>
- Losada, A., Marmo, J. (2013). Herramientas de evaluación en trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Académica*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/14>
- Lugli, R., Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud pública de México*, 43(1), 9-16.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342001000100002&script=sci_abstract

- Maldonado, F y Olazabal, M (2021) Desintegración familiar e inteligencia emocional en estudiantes de cuarto y quinto de secundaria de una Institución Educativa. (Tesis de pregrado) Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Recuperado de <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/11212/76.0452.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factor de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av. Psicol.* 22(2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Méndez, J. P., Vázquez-Velazquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579–592. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Muñuzuri, N. (1994). Familias sanas par a las naciones, *Desarrollo Científico para la Enfermería*, 5 (2), 5. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/37380?show=full>
- Oliver, D. (2020). Trastornos alimentarios en niños y adolescentes durante el confinamiento. *El País. Mamás y Papás*. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2020/04/19/mamas_papas/1587284749_373590.html
- Olson D.H., Portner J. & Lavee Y. (1985). *FACES III*. Unpublished manuscript. Minnesota: University of Minnesota. [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrqjct55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2132330](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrqjct55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2132330)
- Palacios, K. y Sánchez, H. (2016). *Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2° a 5° de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión. Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/139>
- Palacios, X. (2007). Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo de la Anorexia Nerviosa. *Terapia psicológica*, 25(1), 73-85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000100006>
- Paladines, M y Quinde, M (2010) *Disfuncionalidad Familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Reinhardt, F., y Prieto, G. (2016). Análisis del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) con un modelo tipo Rasch en una muestra de adolescentes paraguayos. *Dialnet*, 16(1), 5-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855294>

- Rienecke, R. D. (2018). Treatment dropout in a family-based partial hospitalization program for eating disorders. *Eating and Weight Disorders: EWD*. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0543-9>
- Rodríguez, S. (2016). Funcionalidad Familiar y su relación con la Autoestima en adolescentes de la I.E.P. "Jean Harzic" de Jacobo Hunter Arequipa 2017. (Tesis de pregrado). Consejo Nacional Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. Recuperado de <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6299>
- Sainos, D., Sánchez, T., Vázquez, E., y Gutiérrez, I., (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2). <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2015.2.47995>
- Sánchez, B. (2011). La relación familia-escuela y su repercusión en la autonomía y responsabilidad de los niños/as. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación, *Universitat Barcelona*. http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4440/larelacionfamiliayescuelaysurepercusionenlaautonomiay.pdf
- Sánchez, B., Santos, A. (2007); Trastornos de la Conducta Alimentaria; *Dialnet*. 5(2) 439-456. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/166570>
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239. <https://psycnet.apa.org/record/1979-26481-001>
- Surichahui, M, I. (2012). *Factores predisponentes de los trastornos alimentarios en adolescentes de una Institución privada Chosica, 2011*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/388/Surichahui_mi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Teófilo, C. (2010). *Bullying y Funcionalidad familiar en una Institución Educativa del Distrito de Comas, Lima- Perú*. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Federico Villarreal. Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1217>
- Toro, N. S., Mesa, M., y Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de argentina. Risks in eating behaviour disorders of teenagers in the last school year at argentine adventists academies. *Actualización en nutrición*, 15(4), 89-98. Recuperado de http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_15/num_4/RSAN_15_4_89.pdf
- 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>
- Vega, R. (2016). *Factores de riesgo de trastornos alimenticios y presencia de bulimia en las adolescentes del 5^{to} año de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, Ica-junio 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista. Recuperado de: <http://200.62.147.42/bitstream/handle/upsjb/1257/T-TPLE-Rosa%20Yvette%20Vega%20Lujan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Vilca, D. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes del centro Pre Universitario Nacional del Altiplano Puno 2018*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano. Recuperado de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6534>
- Wilson, G., Román, M., Marco, P. (2017). Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo circumplejo de Olson. *MASKANA*. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1878/1378>
- Zeiler, M., Wittek, T., Kahlenberg, L., Gröbner, E., Nitsch, M., Wagner, G., Truttmann, S., Krauss, H., Waldherr, K. & Karwautz, A. (2021). Impact of COVID-19 Confinement on Adolescent Patients with Anorexia Nervosa: A Qualitative Interview Study Involving Adolescents and Parents. *PubMed Central*. 18(8), 42-51. [10.3390/ijerph18084251](https://doi.org/10.3390/ijerph18084251)

ANEXOS

Anexo N° 1. “Operacionalización de la variable Funcionalidad Familiar

Variables	Tipo de variable	Definición Conceptual	Instrumento	Componentes	Indicador (mide)	Punto de corte	Categorías
Funcionalidad familiar	Cualitativa a categórica o ordinal	Según Smilkstein (citado por Céliz y Guitierrez, 2015) conceptualiza al funcionamiento familiar, como la capacidad que tienen cada uno de los integrantes que la conforman para tomar decisiones y asumir responsabilidades como miembros de la familia, logrando el uso efectivo de los recursos intra y extra familiares, en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la maduración emocional y física en la autorrealización de sus miembros a través del soporte y guía mutua, mostrando amor y comprensión entre los integrantes del grupo familiar con un compromiso de dedicación, espacio y tiempo a los mismos.	APGAR FAMILIAR <ul style="list-style-type: none"> • Significancia Evaluación de la percepción del funcionamiento familiar (Gómez y Ponce, 2010) • Tipo de Aplicación: individual, colectivo • Rango de aplicación: de 11 años en adelante • Duración: 10 min aproximadamente. • Descripción: Evalúa la percepción de la funcionalidad de la familia, en 5 áreas: Adaptación, Participación, Gradiente de crecimiento, Afectividad y Capacidad resolutive, consta de 05 ítems con alternativas de tipo Likert: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre, cuyos valores son de 0, 1, 2, 3 y 4 puntos respectivamente.	Adaptación Item 1	mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de problemas.	18-20 puntos	Buena funcionalidad familiar
				Participación item 2	Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo.	14-17 puntos	Disfunción familiar leve
				Gradientes de recursos item 3	Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo.	10- 13 puntos	Disfunción familiar moderada
				Afecto item 4	Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar.	9 puntos o menos	Disfunción familiar severa.
				Resolución item 5	Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia		

Anexo N° 2. “Operacionalización de la variable Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria

Variables	Tipo de variable	Definición Conceptual	Instrumento	Componentes	Indicador (mide)	Punto de corte	Categorías
Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria	Cualitativa, politómica nominal	Garner, Olmsted y Garfinkel (1984) (como citó Borjas, 2017) conceptúa el trastorno de alimentación al pensamiento que se distorsiona. El peso y la alimentación se percibe en términos de todo o nada; en el que si quebranta una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten fracaso y pérdida de control de su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta particular manera de pensar llega incluso a influenciar en otros aspectos de la vida cotidiana del adolescente como en los estudios y las relaciones interpersonales.	Test de Actitud ante la Comida (EAT-26) <ul style="list-style-type: none"> • Significación: Evalúa el riesgo de trastornos en la conducta alimentaria. Es considerada como el estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para TAC • Tipo de aplicación: Individual, colectivo • Rango de aplicación: De 12 años en adelante • Duración: alternativo de 10 a 15 min • Descripción: <p>Es un test compuesto por 26 ítems con una escala tipo Likert, cada una admite 6 posibles respuestas que van desde nunca a siempre. Las contestaciones se puntúan 3,2,1,0,0,0 en unos casos y 0,0,0,3,2,1 en otros casos.</p>	Anorexia 1,6,7,10, 11,12, 14,16,17, 22,23,24,25		(16-31) (1-15)	con riesgo Sin riesgo
				Bulimia 3,4,9,18,21,26		(7-13) (1-6)	con riesgo Sin riesgo
				Control oral 2,5,8,13,15,19,20		(10-19) (1-9)	con riesgo Sin riesgo

Anexo N° 3. “Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variabes sociodemográficas	Tipos de variable	Categorización	Instrumento
Edad	Cualitativa politómica ordinal	10-13 14-16 17-21	sociodemográfica
Sexo	Cualitativa dicotómica nominal	Femenino Masculino	sociodemográfica
Grado en el que se encuentra	Cualitativa politómica ordinal	1° 2° 3° 4° 5°	sociodemográfica
Tipo de familia	Cualitativa politómica nominal	Nuclear Monoparental Compuesta Extensa	sociodemográfica
Cómo percibes la relación con tus padres en esta pandemia.	Cualitativa politómica nominal	Buena Regular Mala	Sociodemográfica
Ayuda ante un problema en la familia	Cualitativa politómica nominal	Siempre A veces Nunca	Sociodemográfica
Percepción de discusión en la familia	Cualitativa politómica nominal	Casi Siempre A veces Nunca	Sociodemográfica
Cumplimiento de responsabilidades en la familia	Cualitativa politómica nominal	Casi Siempre A veces Nunca	Sociodemográfica
Exigencia académica por parte de los padres	Cualitativa politómica nominal	Casi siempre A veces Nunca	sociodemográfica
Religión	Cualitativa politómica nominal	Católico No católico	sociodemográfica

Anexo N° 4

EAT-26

Instrucciones: Complete el siguiente formulario con la mayor precisión, honesta y completamente posible. No hay respuesta correcta e incorrecta. Todas las respuestas son confidenciales.

Ponga una X en la letra que mejor refiera su caso. Conteste cuidadosamente.

A: Nunca B: casi nunca C: algunas veces D: Bastantes veces E: Casi siempre

F: Siempre

Preguntas	A	B	C	D	E	F
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuero no comer, aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (arroz, pan, papas)						

8. Noto que los demás preferirían que yo comiese mas						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
15. Trato en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
19. Me controlo en las comidas						

20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incomodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a ser régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo N° 5

APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Complete el siguiente formulario con la mayor precisión y honestidad posible. No hay respuesta correcta e incorrecta. Todas las respuestas son confidenciales.

Ponga una X en la letra que mejor refiera su caso. Conteste cuidadosamente.

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite?					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?					
5. Me satisface como compartimos en familia; a) el tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) ¿El dinero?					

Anexo N° 6

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

INSTRUCCIONES: Llenar tus datos en esta ficha, en caso de no contar con los datos exactos, llene el espacio con datos aproximados Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco.

Nombre y Apellido: _____

Fecha: / /

1. Edad: _____

2. Sexo

- F ()
- M ()

3. Grado en el que se encuentra

- 1° ()
- 2° ()
- 3° ()
- 4° ()
- 5° ()

4. Tipo de familia

- Nuclear ()
- Monoparental ()
- De padres separados ()
- Compuesta ()
- Extensa ()

5. ¿ Como percibes la relación con tus padres en esta pandemia ?

- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()

6. ¿Cuándo alguien de tu familia tiene un problema los demás ayudan?

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

7. ¿Percibes que tus padres discuten generalmente?

- Casi siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

8. ¿En tu familia cada uno cumple sus responsabilidades?

- Casi siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

9. ¿Sientes que tus padres te exigen académicamente?

- Casi siempre ()

- A veces ()
- Nunca ()

10. Religión

- Católico ()
- No católico

Anexo N° 7

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Padre de familia su hijo/a ha sido invitado/a, a ser partícipe de un estudio que será conducido por Andrea Culqui, estudiante de la facultad Ciencias de la Salud- Psicología de la Universidad Católica Sede Sapientiae. El propósito de esta carta es informarle acerca del estudio, antes que usted permita confirmar la disposición de su hijo a colaborar con la investigación.

El objetivo de este estudio es indagar y conocer si existe relación entre "Funcionalidad familiar y Sintomatología trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima.

Si usted da permiso a participar en este estudio a su hijo/a, será estrictamente voluntaria, donde se le pedirá llenar un perfil y dos cuestionarios de aproximadamente 26 preguntas. Esto tomará mas o menos 15min de su tiempo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Para el procesamiento se le asignará a su hijo/a un código y de ser publicados será de forma anónima. La investigación no implica ningún riesgo para su menor hijo.

Asimismo al ser un tema de gran importancia, ya que el adolescente al atravesar por la etapa escolar se le genera grandes cambios y por ende el apoyo de los padres es primordial, espero su apoyo.

Se puede contactar con Señorita encargada del estudio a través del siguiente correo: 2017101003@ucss.pe

Desde ya le agradecemos por su participación.

Después de lo leído e indicado acepto que mi hijo participe del estudio de investigación *

- Si
- No

Anexo N° 8

ASENTIMIENTO INFORMADO

Sección 1 de 8

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CALLAO, LIMA EN EL 2020"

Estimado(a) estudiante

Estas invitado a participar en un proyecto de investigación que se titula "Funcionalidad familiar y Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima". Con el cual se podrá aportar al conocimiento nacional actual sobre las variables en mención. Lo que realizarás es contestar unos cuestionarios por un tiempo de 15 min. La información brindada será confidencial y se le dará uso solo para la investigación. Para el procesamiento se le asignará un código y de ser publicado será de forma anónima.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento por lo que acepto * participar.

Si

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Matriz de consistencia”:

Funcionalidad Familiar y Sintomatología de Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, 2020.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y Muestra	Alcance y Diseño	Instrumentos	Análisis estadístico
<p>Problema general</p> <p>¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Existe relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación existente entre el funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación funcionalidad</p>	<p>Hipótesis alterna</p> <p>Si existe relación entre funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de la Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p> <p>Hipótesis Nula</p> <p>No existe relación entre el funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de la Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p>	<p>Funcionalidad familiar</p> <p>Según Smilkstein (citado por Céliz y Guitierrez, 2015) conceptúa al funcionamiento familiar, como la capacidad que tienen cada uno de los integrantes que la conforman para tomar decisiones y asumir responsabilidades, logrando el uso efectivo de los recursos intra y extra familiares, en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la maduración emocional y física en la autorrealización de sus miembros a través del soporte y guía mutua, mostrando amor y comprensión entre los integrantes del grupo familiar con un compromiso de dedicación, espacio y tiempo a los mismos.</p> <p>Tipo de variable: Cualitativa, categórica ordinal</p> <p>Significancia: Evaluación de percepción de la</p>	<p>1. Población: Adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p> <p>2. Tipo de muestra: No probabilístico intencional</p> <p>3. Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudiantes de 1° a 5° de secundaria. Estudiantes de 12 a 17 años de edad. que tengan firmado su asentimiento y consentimiento informado por los padres que estén matriculados en el año lectivo <p>4. Criterios de exclusión:</p>	<p>Alcance: Correlacion al</p> <p>Diseño: No experimental, transaccional-transversal.</p>	<p>Funcionalidad familiar: Escala de APGAR- Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> Significancia: Evaluación de la percepción de la funcionalidad familiar Tipo de Aplicación: individual, colectivo Rango de aplicación: de 11 años en adelante Duración: 10 min aproximadamente. Descripción: Evalúa la funcionalidad de la familia, en 5 aspectos: Adaptación, Participación, Gradiente de recursos, Afectividad y Capacidad resolutoria, consta de 05 ítems con alternativas de tipo likert: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre, cuyos valores son de 0, 1, 2, 3 y 4 puntos respectivamente. Confiabilidad A nivel nacional el instrumento fue validado por Ccoicca Miranda Teófilo de la Facultad de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú, 2010. Presentando un índice de Alfa de Cronbach de 0,778, lo cual nos indica que el instrumento tiene una 	<p>Para el análisis de los datos se utilizará el programa Stata versión 13. En el análisis descriptivo de los factores sociodemográficos se encontrarán variables categóricas para las cuales se empleará frecuencias y porcentajes. Posteriormente, para el análisis inferencial se empleará la prueba de chi cuadrada, con un nivel de significancia menor o igual a 0.05 y nivel de confianza del 95%.</p> <p>Estos factores sociodemográficos ya sean variables categóricas o numéricas Tendrán relación con las variables principales</p> <p><u>“Funcionalidad Familiar y Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria”</u> para la recolección de datos.</p>

<p>¿Existe asociación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020?</p>	<p>d familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p> <p>Identificar la asociación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p>	<p>Si existe relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p> <p>No existe relación entre funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Lima en el 2020.</p> <p>Si existe relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p>	<p>funcionalidad familiar</p> <p>Sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Garner, Olmsted y Garfinkel (1984, como citó Borjas, 2017) conceptúan el trastorno de alimentación al pensamiento que se distorsiona. El peso y la alimentación se percibe en términos de todo o nada; en el que si quebranta una de sus reglas de ingesta simplemente sobreviene el caos, sienten fracaso y pérdida de control de su propósito lo cual origina sentimientos de culpa y de reivindicación. Esta particular manera de pensar llega incluso a influenciar en otros aspectos de la vida cotidiana del adolescente como en los estudios y las relaciones interpersonales.</p> <p>Tipo de variable: Cualitativa, política ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuos que sean menores de 12 años y mayores de 17 años son excluidos en el estudio. • Alumnos pertenecientes a programas de educación inclusiva. <p>5. Tamaño de muestra: Población: 300 estudiantes Muestreo: 169 alumnos</p>		<p>consistencia interna adecuada. (Teófilo, 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validez Validez de constructo mediante la técnica de análisis item-test en el que se evidencio un índice de correlación significativo y mayor a 0.30. por lo que se afirmó que los análisis evidencian la validez de constructo del cuestionario Apgar Familiar. (Teófilo, 2010) <p>Test de Actitud ante la Comida (EAT-26):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Significación: Evalúa el riesgo de trastornos en la conducta alimentaria. Es considerada como el estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para TAC • Tipo de aplicación: Individual, colectivo • Rango de edad, aplicación: 12 en adelante • Duración: alternativo 10 a 15 min • Descripción: Es un test compuesto por 26 ítems con una escala tipo Likert, tiene como objetivo determinar el riesgo de tener algún trastorno alimentario en una muestra no clínica. Los ítems tienen 6 posibles respuestas que van desde nunca a siempre. Las contestaciones se puntúan 3,2,1,0,0,0 en unos casos y 0,0,0,3,2,1 en otros casos. <ul style="list-style-type: none"> • Confiabilidad 	
---	---	---	--	---	--	--	--

		<p>No existe relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y las variables sociodemográficas en adolescentes de una Institución Educativa de Callao, Lima en el 2020.</p>	<p>Significación: Evalúa el riesgo de trastornos en la conducta alimentaria. Es considerada como el estándar de oro para identificar síntomas y conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria.</p>		<p>Según, Palpan et. al., (2007, citado en Borjas, 2017) La Escala de Actitudes y síntomas de los trastornos de alimentación (EAT-26) presenta una consistencia interna óptima de ($\alpha = 0.783$). Por ende, se llegó a la conclusión que el instrumento es muy confiable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validez <p>Según, Montoya (2012, citado en Borjas, 2017) Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez, (2007) realizaron la validación peruana del EAT-26. El instrumento fue sometido por criterio 9 jueces expertos en el cual se obtuvo que $p=0.003$ ($p < 0.05$) muestra total validez del instrumento</p>	
--	--	---	--	--	--	--