

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y CLIMA SOCIAL DE LA  
FAMILIA EN ALUMNAS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TRUJILLO**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:** Br. Estefany Oribe Castillo

**ASESOR:** Dr. Carlos Esteban Borrego Rosas

Trujillo-Perú

2018

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado calificador

Cumpliendo con las disposiciones vigentes emanadas por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Psicología, someto a vuestro criterio profesional la evaluación del presente trabajo de investigación titulado “Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo”, elaborado con el propósito de obtener el título de Licenciada en Psicología.

Con la convicción de que se le otorgara el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, les agradezco por anticipado por las sugerencias y apreciaciones que se brinden en la investigación.

Trujillo, 15 de diciembre del 2017.

Bachiller. Estefany Oribe Castillo

## **DEDICATORIA**

La culminación de esta etapa en mi vida está dedicada a mis amados padres Mario Oribe y Marilú Castillo, por haberme brindado su apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional. Su espíritu de emprendimiento y ganas de salir adelante, se convirtieron en un gran ejemplo a seguir para mi persona. A ellos este proyecto.

A mi hermano Christian por haberme acompañado a lo largo de estos años de estudio, y haberme guiado hacia el logro de mis objetivos con firmeza y cariño.

A mi compañero de vida Wigner Loje por su amor y comprensión constante, por haberse convertido en mi motivación para seguir adelante y concretar mi realización como Psicóloga.

A mi pequeño Sebastián, porque ha llegado a mi vida a llenarla de bendiciones y alegrías, por inspirar mi deseo de superación y ser ejemplo de vida para él.

A mis familiares y amigos por su apoyo brindado en todo momento, que me permitió culminar de la mejor manera mis metas propuestas, las cuales fueron realizadas con gran empeño y entrega hasta su culminación.

Estefany Oribe Castillo

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por su infinito amor y misericordia, por haber guiado cada uno de mis pasos hacia la culminación objetivos.

A mis padres Mario Oribe y Marilú Castillo por la confianza que depositaron en mi persona y por su apoyo constante a lo largo de mi vida. A mi hermano Christian por haberme guiado con cariño y firmeza durante los años de nuestra formación profesional.

A mi esposo Wigner Loje y mi hijo Sebastián por haberse convertido en mi impulso y mayor motivación para salir adelante.

A mi asesor de tesis el Dr. Carlos Borrego Rosas, quien fue parte de mi proceso de aprendizaje en mi vida universitaria, y su asesoría brindada en la realización de este proyecto. A los docentes quienes, durante el periodo de aprendizaje y formación académica, me supieron inculcar conocimientos referentes a la carrera que se ha convertido en mi pasión, la Psicología.

Al Lic. Estuardo Mercado, quien me brindó su apoyo indispensable en la aplicación de los instrumentos de mi tesis y la recolección de datos para la presente investigación.

Y a todos aquellos que de una u otra forma colaboraron en el desarrollo de este importante proyecto que me propuse en mi vida.

Estefany Oribe Castillo

## INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
INDICE DE CONTENIDO .....	v
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
CAPITULO I: MARCO METODOLOGICO.....	10
1.1. EL PROBLEMA .....	11
1.1.1. Delimitación del problema .....	11
1.1.2. Formulación del problema .....	13
1.1.3. Justificación del problema .....	13
1.1.4. Limitaciones del estudio .....	14
1.2. OBJETIVOS .....	14
1.2.1. Objetivos general.....	14
1.2.2. Objetivos específicos.....	14
1.3. HIPOTESIS .....	15
1.3.1. Hipótesis general.....	15
1.3.2. Hipótesis específicas .....	15
1.4. VARIABLES E INDICADORES .....	15
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN .....	16
1.5.1. Tipo de investigación.....	16
1.5.2. Diseño de investigación.....	16
1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	17
1.6.1. Población.....	17
1.6.2. Muestra.....	17
1.7. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....	18
1.8. PROCEDIMIENTO .....	23
1.9. ANALISIS ESTADISTICO.....	23
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL TEORICO .....	25
2.1. Antecedentes.....	26
2.2. Marco teórico.....	30

2.3. Marco conceptual .....	45
CAPITULO III: RESULTADOS .....	46
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	55
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	63
CAPITULO VI: REFERENCIAS Y ANEXOS .....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	65
Nivel de Trastornos de la Conducta Alimentaria según indicadores, en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 2.....	67
Nivel de Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 3.....	68
Nivel de Clima Social en la Familia según dimensiones, en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 4.....	69
Nivel de Calidad de Vida según dimensiones, en estudiantes de una academia preuniversitaria de Lima	
Tabla 5.....	70
Correlación entre el indicador Bulimia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 6.....	71
Correlación entre el indicador Insatisfacción corporal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 7.....	72
Correlación entre el indicador Baja autoestima de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 8.....	73
Correlación entre el indicador Alienación personal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 9.....	74
Correlación entre el indicador Inseguridad interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo	
Tabla 10.....	75

Correlación entre el indicador Desconfianza interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo

Tabla 11.....76

Correlación entre el indicador Déficit introceptivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo

Tabla 12.....77

Correlación entre el indicador Desajuste emocional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo

Tabla 13.....78

Correlación entre el indicador Perfeccionismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo

Tabla 14.....79

Correlación entre el indicador Ascetismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo

Tabla 15.....80

Correlación entre el indicador Miedo a la madurez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo

## RESUMEN

Se ha realizado un estudio correlacional entre Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo. Para ello se trabajó con una muestra de 369 alumnas, entre 17 y 25 años de edad, de las distintas carreras profesionales que ofrece la institución, con matrícula vigente en el periodo 2017 – I, empleando para su evaluación el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) y la Escala de Clima Social en la Familia (FES).

Los resultados muestran, en cuanto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, predomina en las alumnas evaluadas, un nivel bajo en todos sus indicadores, con porcentajes que oscilan entre 53.1% y 63.1%; y un nivel medio de Clima Social Familiar, a nivel general y en sus dimensiones, con porcentajes que oscilan entre 50.7% y 56.1%.

En cuanto al análisis relacional, se encontró una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre los indicadores Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit introceptivos, Desajuste emocional y Ascetismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia (Relaciones, Desarrollo, Estabilidad). Asimismo, existe una correlación muy significativa y en grado medio entre Perfeccionismo y Relaciones.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, Clima Social de la familia

## **ABSTRACT**

A correlational study has been carried out between Eating Disorders and the social climate of the family in students of a private university in Trujillo. To this end, a sample of 369 female students, between 17 and 25 years of age, of the different professional careers offered by the institution, with enrollment in force in the period 2017 - I, using for their evaluation the Inventory of Eating Disorders (EDI-3) and the Family Social Climate Scale (FES).

The results show that, in terms of Eating Disorders, a low level in all of its indicators predominates in the female students evaluated, with percentages ranging from 53.1% to 63.1%; and an average level of Family Social Climate, in general and in its dimensions, with percentages ranging between 50.7% and 56.1%.

Regarding the relational analysis, a very significant correlation was found between the indicators Obsession for thinness, Bulimia, Body dissatisfaction, Low self-esteem, Personal alienation, Interpersonal insecurity, Interpersonal distrust, Introceptive deficits, Emotional mismatch and Asceticism of Eating Disorders and the dimensions of the Social Climate in the Family (Relations, Development, Stability). Likewise, there is a very significant and average correlation between Perfectionism and Relationships.

**Key words:** Behavioral Food Disorders, Family Social Climate

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO METODOLÓGICO**

## **1.1. EL PROBLEMA**

### **1.1.1. Delimitación del problema**

A lo largo de la vida las personas experimentan múltiples cambios, mediante los cuales pretenden adaptarse al medio social y cultural en el cual se desenvuelven; durante la adolescencia y los primeros años de la juventud es posible identificar que varones y mujeres atraviesan por una crisis de reafirmación, por desequilibrios hormonales, desajustes emocionales, enamoramiento, conflictos con la familia y principalmente la búsqueda de autonomía. En relación a ello, se ha determinado que la población femenina es la que atraviesa estos cambios con mayor dificultad dado su alto nivel de emotividad. (Papalia, 2001)

A nivel mundial la mayoría de población femenina adolescente y joven, se muestran preocupadas por como son percibidas en el contexto donde se desenvuelven y sobre todo por como ellas se muestran ante los demás. Es posible identificar una tendencia muy marcada hacia la búsqueda de la belleza y la perfección, la cual al verse influenciada por los medios de comunicación y la familia es entendida de forma errónea como “flaqueza o delgadez”, que en muchas ocasiones al escaparse de las manos, se llega a convertir en un trastorno de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos procesos psicopatológicos que conllevan a graves anormalidades en las actitudes y comportamientos de un individuo en relación a la ingesta de alimentos, su base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. (American Psychological Association, 2002)

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por la preocupación excesiva por el peso y la figura, el deseo constante por adelgazar, así como, sentimientos negativos, obsesiones y compulsiones con respecto a la alimentación. De manera particular, la Anorexia Nerviosa (AN) se define por las conductas de restricción alimentaria y adelgazamiento que se evidencian en el bajo peso y la amenorrea, en tanto que en la Bulimia Nerviosa

(BN) se presentan atracones seguidos de conductas compensatorias ya sean éstas purgativas o no purgativas. (American Psychological Association, 2002)

Los trastornos de la conducta alimentaria, se han establecido como una de las principales preocupaciones de padres y madres de familia y clínicos de la salud mental, puesto que este trastorno no solo afecta a la integridad del individuo que la padece, sino que deteriora significativamente el contexto social de la familia en la cual se desenvuelve.

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha convertido en la actualidad en un problema de salud de gran impacto, puesto que desde los años '70 hasta la actualidad las cifras de su incidencia han ido aumentando de forma alarmante. (Espina, 2007)

En el Perú las cifras son cada vez mayores, hasta el año 2014 el Ministerio de Salud (MINSA), señaló que se han presentado 1062 casos de trastornos de la conducta alimentaria en las 25 regiones de nuestro país, así mismo sitúa a las regiones: Lima, Junín, La Libertad y Arequipa como las más afectadas y con mayor número de casos atendidos durante ese año, según revelan los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (MINSA, 2010)

Según David M. Garner, autor del inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-3, la población más vulnerable y afectada por los trastornos de la conducta alimentaria son las mujeres adolescentes y jóvenes entre 14 a 19 años de edad, las cuales muestran un temprano y gran interés hacia la figura corporal, las dietas, la moda y la extrema delgadez como prototipo de belleza; lo cual asociado a la vulnerabilidad psicológica, inestabilidad emocional, la tendencia al perfeccionismo, los medios de comunicación que brindan una imagen corporal negativa, la presión social, las críticas o burlas de familiares y amigos, etc., pueden desencadenar en un trastorno de la conducta alimentaria. (Garner, 2004)

Los trastornos de la conducta alimentaria representan una importante causa de mortalidad en poblaciones de mujeres adolescentes y jóvenes en el

Perú, tal como lo informa el Ministerio de Salud (MINSA), año a año se registra una cifra mayor en relación a las defunciones causadas por este trastorno. (MINSA, 2010)

Estudios realizados consideran que la familia cumple un rol muy importante en los trastornos de la conducta alimentaria, representa el contexto dentro del cual las conductas y actitudes relacionadas con el peso, la apariencia y la alimentación suelen gestarse. El aspecto más sobresaliente es la dinámica y estructura familiar, la cual puede representar un factor etiológico en relación a su funcionamiento llegando a propiciar la aparición de tales trastornos mentales. (Calvo, Puente y Vilariño, 2008)

Desde siempre la familia ha cumplido un rol muy importante en el desarrollo de un individuo, sea brindando una influencia positiva o negativa; dentro del estudio de los trastornos de la conducta alimentaria, se identifican una serie de factores que en muchas ocasiones determinan la conducta patológica de una adolescente en relación a su alimentación, los principales son: la dinámica familiar y las prácticas de crianza, las cuales están relacionadas con el origen y establecimiento de los trastornos alimentarios. (Puente, 2008)

Por ende, tanto factores individuales como sociales y culturales tienen una influencia directa en la forma en que un individuo experimenta su propio cuerpo, y si la familia es el núcleo social más cercano al individuo, y la responsable de la transmisión de valores, hábitos y costumbres, es necesario estudiar la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia, pues el desarrollo de las actitudes, creencias y valores depende en gran medida del medio sociocultural en que crecen y se desarrollan los individuos. (Fernández, 1998)

El presente tema ha sido elegido teniendo en cuenta la ausencia de investigaciones que determinen la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia, de las alumnas de la Universidad Privada Antenor Orrego; puesto que existen diversas condiciones que podrían estar ligados al trastorno de conducta alimentaria y el clima social

en la familia, tales como: la influencia del grupo, la percepción errónea de la belleza, el abuso de dietas poco saludables, el consumo desmedido de laxantes para agilizar el proceso de digestión, la soledad al vivir lejos de su familia, el lugar de procedencia y la edad.

La presente investigación es necesaria para proporcionar beneficios a la salud mental y a las ciencias de la salud, logrando determinar cuál es la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria o insatisfacción corporal, con el clima o estructura familiar del cual proviene la población en estudio.

El propósito final de la presente investigación es determinar si los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan de forma directa con el clima social existente en las familias de las alumnas que participen en la evaluación.

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo?

### **1.1.3. Justificación del estudio**

La presente investigación brindará información específica y veraz en relación a las variables en estudio: los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia. Posterior a la realización de la investigación, los resultados obtenidos servirán como antecedente para futuras investigaciones en relación a las variables de estudio y como complemento a teorías o investigaciones realizadas con anterioridad, así mismo se pretende llenar el vacío existente en investigaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

Al establecerse la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia, se podrán realizar en base a ellos, las estrategias, charlas, talleres y programas de intervención relacionados a las

variables estudiadas, logrando prevenir y tratar dichas conductas en las alumnas de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo.

La presente investigación, realizara un importante aporte metodológico enfocado en la justificación psicométrica de dos instrumentos encargados de la medición de ambas variables mediante un estudio piloto: El Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) y la Escala de clima social de la familia (FES).

Finalmente, es necesario resaltar que mediante las medidas preventivas (charlas, talleres, sesiones de orientación psicológica, etc.) dirigidas a la población de alumnas universitarias, se logrará revalorar a la mujer y su belleza, así mismo la población evaluada obtendrá las herramientas necesarias para establecer relaciones saludables y un clima familiar armonioso.

#### **1.1.4. Limitaciones**

Esta investigación está basada en la teoría de Garner (2004) relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria y la teoría de Moos, Moos y Trickett (1979) en relación al clima social en la familia.

Los resultados obtenidos solamente podrán ser generalizados a la población investigada y como referencia a otras poblaciones.

### **1.2. Objetivos**

#### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

#### **1.2.2. Objetivos Específicos**

Identificar los trastornos de la conducta alimentaria existentes en las alumnas de una universidad privada de Trujillo.

Identificar el nivel de clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

Establecer la relación entre las dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit introceptivos, Desajuste emocional, Perfeccionismo, Ascetismo, Miedo a la madurez) de los trastornos de la conducta alimentaria y las dimensiones del clima social en la familia (Relaciones, Desarrollo, Estabilidad) en las alumnas de una universidad privada de Trujillo.

### **1.3. HIPÓTESIS**

#### **1.3.1. Hipótesis General**

H<sub>G</sub>: Existe relación significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia en las alumnas de una universidad privada de Trujillo.

#### **1.3.2. Hipótesis Específica**

H<sub>1</sub>: Existe relación significativa entre las dimensiones de los trastornos de la conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit introceptivos, Desajuste emocional, Perfeccionismo, Ascetismo, Miedo a la madurez) de los trastornos de la conducta alimentaria y las dimensiones del clima social en la familia (Relaciones, Desarrollo, Estabilidad) en las alumnas de una universidad privada de Trujillo.

### **1.4. VARIABLES E INDICADORES**

#### **A. Variable 1: Trastornos de la Conducta Alimentaria**

##### **\* Indicadores:**

- Obsesión por la delgadez
- Bulimia
- Insatisfacción corporal
- Baja autoestima
- Alienación personal

- Inseguridad interpersonal
- Desconfianza interpersonal
- Déficit introceptivos
- Desajuste emocional
- Perfeccionismo
- Ascetismo
- Miedo a la madurez

## **B. Variable 2:** Clima Social en la Familia

### **\* Indicadores:**

- Relaciones
- Desarrollo
- Estabilidad

## **1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN**

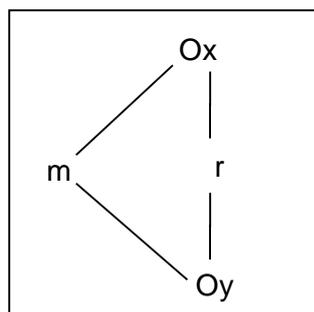
### **1.5.1. Tipo de Investigación**

El presente estudio es una investigación sustantiva, ya que se orienta a describir, explicar y predecir la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, lo que permite buscar leyes generales que permita organizar resultados científicos. (Sánchez y Reyes, 2006)

### **1.5.2. Diseño de Investigación**

El presente estudio adopta un diseño descriptivo - correlacional, ya que se orienta a determinar el grado de relación existente entre dos o más variables en una misma muestra de sujeto. (Sánchez y Reyes, 2006)

Asume el siguiente diagrama:



Dónde:

m: Alumnas de una Universidad Privada de Trujillo

Ox: Trastornos de la conducta alimentaria

Oy: Clima social en la familia

r: índice de relación existente entre ambas variables.

## 1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 1.6.1. Población

La población está conformada por 9340 estudiantes mujeres, de una universidad privada de Trujillo, con edades entre 17 y 24 años, con matrícula vigente en el periodo 2017-I.

Cuadro 1: Tamaño poblacional de las estudiantes universitarias, según escuela profesional

<b>Escuela profesional</b>	<b>Mujeres</b>
Administración	1042
Arquitectura	715
Ciencias de la Comunicación	358
Contabilidad	632
Derecho	1235
Economía y Finanzas	74
Educación Inicial	247
Educación Primaria	52
Ingeniería Electrónica	16
Economía y Negocios Internacionales	24
Enfermería	503
Estomatología	545
Ing. Computación y Sistemas	113
Ing. Industrias Alimentarias	150
Ingeniería Industrial	436
Ingeniería Agrónoma	96
Ingeniería Civil	574
Ingeniería de Software	8

Ing. Telecomunicaciones y Redes	13
Medicina Humana	1626
Medicina Veterinaria y Zootecnia	190
Obstetricia	250
Psicología	441
<b>Total</b>	<b>9340</b>

### 1.6.2. Muestra

Mediante un proceso de muestreo probabilístico, se logró determinar que la muestra representativa a considerar en la presente investigación es de 369 mujeres, estudiantes de una universidad privada en la ciudad de Trujillo. Para ello se empleó la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1)(E)^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- Z: 1.96
- p: 0.50 (50% de posibilidad).
- q: 0.50 (50% sin posibilidad).
- N: tamaño de muestra.
- E: 0.05

Asimismo, mediante un proceso de muestreo estratificado, se logró identificar la muestra representativa de mujeres por cada escuela profesional de la una universidad privada en la ciudad de Trujillo.

Cuadro 2: Tamaño muestral de las estudiantes universitarias, según escuela profesional

<b>Escuela profesional</b>	<b>Mujeres (Estratificado)</b>
Administración	41
Arquitectura	28
Ciencias de la Comunicación	14

Contabilidad	25
Derecho	48
Economía y Finanzas	3
Educación Inicial	10
Educación Primaria	2
Ingeniería Electrónica	1
Economía y Negocios Internacionales	1
Enfermería	20
Estomatología	21
Ing. Computación y Sistemas	4
Ing. Industrias Alimentarias	7
Ingeniería Industrial	17
Ingeniería Agrónoma	4
Ingeniería Civil	22
Ingeniería de Software	1
Ing. Telecomunicaciones y Redes	1
Medicina Humana	63
Medicina Veterinaria y Zootecnia	7
Obstetricia	11
Psicología	18
<hr/>	
Total	369
<hr/>	

### **Criterios inclusión**

- Estudiantes que aceptaron voluntariamente ser evaluadas
- Protocolos que fueron completados adecuadamente.

### **Criterios de exclusión**

- Estudiantes que no estuvieron presentes durante las fechas programadas para la evaluación.

## **1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.7.1 Técnicas**

- Evaluación psicométrica

### **1.7.2. Instrumentos:**

#### **1.7.2.1. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)**

El instrumento empleado para la identificación de trastornos de la conducta alimentaria, tiene por nombre: EDI-3, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, su nombre original es: EDI-3, Eating Disorder Inventory – 3, la cual fue creada por David M. Garner en el año 2004, fue adaptada al español por Paula Elosua, Alicia López Jáuregui, Fernando Sánchez en el año 2010. La aplicación de la EDI-3 puede ser individual y colectiva a personas mayores de 10 años en adelante, su duración es variable pero se aproxima a los 20 minutos.

El inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3 (EDI-3), es una revisión de la medida de autoinforme más ampliamente utilizada para evaluar los rasgos y constructos psicológicos que se han mostrado clínicamente más relevantes en personas con trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-3 es una medida estandarizada de fácil aplicación que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria. Es también un valioso instrumento para la investigación, proporcionando una evaluación de las áreas psicopatológicas de interés para contrastar formulaciones teóricas, para la identificación de subgrupos significativos de pacientes o para la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

### **Validez**

En la búsqueda de evidencias externas de validez se estudiaron las relaciones entre las escalas del EDI-3 y otras variables de personalidad, analizando el comportamiento de las escalas en muestras clínicas y no clínicas;

dichos estudios junto con otras evidencias disponibles recogidas en el manual original estadounidense del EDI-3, permiten concluir que la adaptación española del EDI-3 cumple los objetivos para los que fue creada y sus puntuaciones son válidas.

### **Confiabilidad**

La fiabilidad de las puntuaciones obtenidas en la adaptación española del EDI-3 ha sido evaluada utilizando dos aproximaciones diferentes, cuyo objetivo es analizar la consistencia interna de las puntuaciones y estudiar su estabilidad temporal. Como era esperable, se obtuvieron valores entre 0.82 y 0.93 en el análisis de los índices y escalas, lo cual evidencia un alto grado de consistencia interna.

### **Validez y confiabilidad interna**

En la presente investigación, se estimó la validez de constructo del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), por medio del método Item – test, empleando el estadístico Alpha de Cronbach, el cual permitió establecer que todos los ítems que conforman el instrumento, correlacionan en forma directa y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, registrando valores que superan el valor mínimo requerido de .20, los mismos que oscilan entre .239 y .566. Con respecto a la confiabilidad, se procedió mediante el método de consistencia interna, empleando el estadístico Alpha de Cronbach, alcanzando los siguientes índices: Obsesión por la delgadez (.780); Bulimia (.794); Insatisfacción corporal (.782); Baja autoestima (.812); Alienación personal (.834); Inseguridad interpersonal (.775); Desconfianza interpersonal (.783); Déficit introceptivos (.806); Desajuste emocional (.745); Perfeccionismo (.761); Ascetismo (.827); y Miedo a la madurez (.772)

#### **1.7.2.2. Escala de Clima Social en la Familia (FES)**

La escala de Clima Social en la Familia (FES), fue creada por R. H. Moos y E. J. Trickett, y la estandarización de la misma estuvo a cargo de César Ruiz Alva y Eva Guerra, la cual se realizó en Lima el año 1993. La administración es individual y colectiva, a partir de los 12 años de edad en adelante, su duración

aproximada es de 20 minutos. FES, pretende medir la cohesión, conflicto, organización y expresividad existente en la familia. Al momento de la calificación se considerarán los baremos individuales o grupales según sea el caso, los cuales fueron elaborados con muestras de Lima Metropolitana.

La vida familiar es el ambiente en el cual se desarrolla la personalidad de un individuo, ya que este es el contexto donde los valores, creencias y costumbres de la sociedad se transmiten al individuo. La familia resulta ser la primera institución socializadora, a medida que padres y hermanos ayudan a cada individuo a desarrollar una identidad y a encontrar un lugar en el mundo.

A través del empleo del FES destinado a evaluar el tipo de clima hogareño a la luz del análisis que hace cada miembro de un hogar, tanto como del grupo familiar.

### **Validez**

En nuestro estudio se probó la validez de la prueba correlacio-nándola con la prueba de Bell específicamente el área de Ajuste en el hogar (con adolescentes los coeficientes fueron: en área Cohesión: 0.57, Conflicto: 0.60, Organización: 0.51). Con adultos los coeficientes fueron en el área Cohesión: 0.60, Conflicto: 0.59, Organización: 0.57 y Expresividad 0.53, en el análisis a nivel del grupo familiar.

También se prueba el FES con la Escala TAMAI (Área Familiar) donde a nivel individual los coeficientes en Cohesión fueron de 0.62, Expresividad de 0.53 y Conflicto 0.59. Ambos trabajos demuestran la validez de la Escala FES (La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias).

### **Confiabilidad**

Para la estandarización en Lima, empleando el método de consistencia interna los coeficientes de fiabilidad van de 0.88 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual cultural, Expresividad y Autonomía, las más altas. (La muestra usada para este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de edad 17 años). En el test

retest con 2 meses de lapso los coeficientes eran de 0.86 en promedio (variando de 3 a 6 puntos.)

### **Validez y confiabilidad interna**

En la presente investigación, se estimó la validez de constructo de la Escala de Clima Social Familiar (FES), por medio del método Item – test, empleando el estadístico Alpha de Cronbach, el cual permitió establecer que todos los ítems que conforman el instrumento, correlacionan en forma directa y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, registrando valores que superan el valor mínimo requerido de .20, los mismos que oscilan entre 217 y .498. Con respecto a la confiabilidad, se procedió mediante el método de consistencia interna, empleando el estadístico Alpha de Cronbach, alcanzando los siguientes índices: Relaciones (.807), Desarrollo (.797), Estabilidad (.773) y Escala General (.841).

### **1.8. PROCEDIMIENTO**

En primer momento se seleccionaron las variables de estudio en relación a la problemática social de la universidad privada en donde posteriormente se realizaría la recolección de datos para el análisis de los resultados.

Teniendo como base las variables: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Clima Social en la Familia, se dio inicio a la elaboración de proyecto de investigación, para lo cual se tuvo como en cuenta diferentes fuentes de información científica y bibliográfica, con la cual se enriqueció el marco teórico y conceptual del mismo, así mismo se seleccionaron los instrumentos psicológicos para la medición de ambas variables.

Una vez aprobado el proyecto de investigación, se procedió a su ejecución, revisión del instrumento, recolección de datos con la aplicación de instrumentos, calificación de los mismos, codificación respectiva y tabulación en la base de datos, análisis estadístico respectivo y contrastación de hipótesis, argumentando finalmente la contratación de hipótesis con el marco teórico y antecedentes para arribar las conclusiones y proponer las recomendaciones respectivas.

## **1.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La información recolectada a través de los instrumentos descritos será ingresada y procesadas en el programa estadístico SPSS por Windows Versión 24. Los resultados se presentarán en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Para determinar si existe correlación entre variables se hará uso de la prueba de correlación de Spearman para medir el grado de asociación entre las variables consideradas; considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor o igual al 5 por ciento ( $p \leq 0.05$ ). Así mismo se realizó la prueba de normalidad de los datos (Kolmogorov Smirnov), para determinar si los datos son normales (uso de la prueba de correlación de Pearson) y/o no normales (uso de la prueba de correlación de Spearman).

**CAPÍTULO II**  
**MARCO REFERENCIAL**  
**TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes**

### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Merino (2010) en México DF, México, investigó la influencia familiar y su impacto en la aparición de tres factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria estudió las actitudes alimentarias y la relación familiar. La muestra ascendió a 414 escolares de ambos sexos de primaria, secundaria y de preparatoria en dos instituciones privadas del área metropolitana de la ciudad de México, entre las edades de 9 y 19 años. Se utilizaron el test de actitudes alimentarias (EAT – 26) y la prueba de relaciones familiares (Marco Merino, 2010), obteniendo como resultado que la variable más dominante es la de los comentarios parentales, seguida por la comunicación con el padre.

Ruiz, Meza, Laredo, Hernández y Rodríguez (2007) en Guadalupe, México, investigó la relación entre trastornos alimentarios y funcionamiento familiar. La muestra estuvo conformada por 89 estudiantes mujeres de la UVM Campus Lago de Guadalupe. Se emplearon como instrumentos de recolección de datos a los Cuestionarios EAT – 40, BULIT y FES; posteriormente quienes rebasaron el punto del EAT (28) y/o el BULIT (85) se les aplicó la entrevista de diagnóstico IDED. Los resultados evidenciaron que la sintomatología de TCA se relaciona con el funcionamiento familiar.

### **2.1.2. A nivel Nacional**

Rosas (2017) en Lima, Perú, investigó la relación significativa entre relación familiar e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres de un centro terapéutico, en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2016. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional y el grupo de participantes quedó conformado por 16 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia). Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos, la Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI II). Los resultados indican que los indicadores clínicos bulimia y perfeccionismo se relacionan significativamente ( $p < .05$ ) con la relación familiar. En cuanto a los demás indicadores: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia,

desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, no se halló relación significativa. Por lo tanto, se concluye que la deficiente relación familiar de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tiene relación significativa con los indicadores clínicos bulimia y perfeccionismo.

### **2.1.3. A nivel Regional y Local**

Sánchez (2012) en Trujillo, Perú, investigó la relación entre clima social familiar y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mujeres. La muestra estuvo conformada por un total de 126 alumnas de 12 a 17 años de la institución educativa privada Rafael Narváez Cadenillas. Se emplearon como instrumentos de recolección de datos al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y la Escala de Clima Social en la Familia (FES). Los resultados muestran que existe una correlación estadística altamente significativamente entre ambas variables.

Borrego (2010) en Trujillo, Perú, investigó los factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en alumnas de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo, pretende establecer la correlación entre los factores de riesgo y los indicadores clínicos asociados a los trastorno de la conducta alimentaria en la población antes mencionada. La muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico estratificado, obteniéndose un total de 355 alumnas, cuya edad promedio fluctúa entre los 18 años. Se empleó como instrumentos al cuestionario de Factores de Riesgo de los Trastornos de la conducta alimentaria (2006) y el Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria EDI-2. Los resultados muestran que existe una correlación estadística altamente significativa entre ambas variables.

## **2.2. Marco Teórico**

### **2.2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria**

#### **2.2.1.1. Definición**

Garner (2004) refiere que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son rasgos psicológicos o conjunto de síntomas relacionados con la

alimentación que tienen relevancia para comprender y poder tratar los trastornos de la obsesión por la delgadez, bulimia, la insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo, y el miedo a la madurez.

Raich (2000) menciona que los trastornos de la conducta alimentaria tienen como característica principal el trastorno de imagen corporal, lo cual es evidente en los criterios diagnósticos. La preocupación persistente por el peso y la silueta, así como el temor a la evaluación a partir de ambas características. (Association, 2000)

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. (Holston y Cashwell, 2000)

#### **2.2.1.2. Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Calvo, Puente y Vilariño (2008) refieren que los trastornos de la Conducta Alimentaria se clasifican de la siguiente manera:

##### **a. La Anorexia Nerviosa**

La anorexia nerviosa (AN) ha sido quizá la enfermedad paradigmática entre los trastornos de la conducta alimentaria y la de mayor dificultad de comprensión. Es una patología severa, potencialmente mortal, con un inicio próximo a la adolescencia, fundamentalmente en torno a la pubertad, y caracterizada por el ayuno, un temor irrefrenable a la ganancia de peso y una excesiva pérdida de éste, con las consecuencias somáticas y psíquicas que ello acarrea. Se manifiesta de manera más frecuente en mujeres que en varones, siendo la proporción aproximada entre ambos sexos de unas diez mujeres por cada varón.

Quienes padecen AN presentan un miedo intenso a ser obesos y un deseo pertinaz de perder peso, por lo que se enrolan en comportamientos

dirigidos a conseguir dicho fin. Estos son, entre otros, la privación o la selección restrictiva de determinados alimentos hasta la malnutrición, la práctica de un ejercicio extenuante como medio para quemar calorías, la inducción del vómito o el uso de otras medidas purgativas para “liberarse” de la comida ingerida, el consumo de fármacos “adelgazantes” y otras conductas que supuestamente conducen a la no asimilación, eliminación o compensación de las calorías aportadas.

La paciente anoréxica puede conseguir sus objetivos a través de diferentes métodos, que sirven para clasificar la anorexia en sub-grupos distintos:

### **Anorexia Restrictiva**

La pérdida de peso se realiza a través de una restricción de su dieta. No se emplean métodos purgativos y no tienen, al menos durante mucho tiempo, episodios de descontrol.

Esta restricción se complementa, en la mayoría, por la realización de ejercicio excesivo y por una hiperactividad en las tareas que efectúan.

Cuando el método predominante para perder peso es el ejercicio excesivo y obsesivo, mucho más allá de lo que es necesario para mantenerse “sano”, se considera una variable del subgrupo anterior y recibe el nombre de anorexia atlética. El ejercicio va consumiendo tiempo y espacio a cualquier otra actividad de la persona: trabajo, estudios, familia y ocio. La valoración personal se realiza a través de la resistencia y la superación continua de los logros en la actividad deportiva. Paralelamente con el ejercicio suele darse un fanatismo por la comida “sana”.

### **Anorexia Purgativa**

Además de hacer dietas y/o ejercicio excesivo, utilizan métodos purgativos para eliminar la comida ingerida, La purgación puede darse después de una cantidad mínima de comida, de cualquier ingesta o después de un atracón. Aproximadamente la mitad de las anoréxicas presentan atracones en algún momento de la evolución del trastorno.

Los vómitos de la paciente anoréxica se inician por dos razones principales: el miedo a la gordura y la culpa por haber cedido a su hambre. La purgación les apacigua la ansiedad producida por comer esa mínima cantidad de comida, cuyos posibles efectos en el cuerpo, su pensamiento distorsiona; y a la vez purgan la culpa de ceder a la tentación y haber comido más de lo que se habían programado.

La mayoría de las pacientes utilizan laxantes porque el trastorno anoréxico cursa con un estreñimiento pertinaz. La intensidad de este estreñimiento permanente requiere que el médico aconseje tomar algún tipo de laxantes y favorecer la ingesta de una dieta rica en fibra. Aun así es posible que tengan muchas dificultades para solventarlo y se produzca una adicción. El estreñimiento no sólo es físico ni se refiere únicamente a la imposibilidad de evacuación de la comida. Durante el trastorno la paciente tiene igualmente un “estreñimiento mental” manifestado en un descenso de fluidez de ideas, dificultades para desprenderse de cualquier objeto, siendo especialmente cuidadosas con su dinero procurando no gastar.

## **b. La Bulimia Nerviosa**

Habitualmente, la Bulimia Nerviosa (BN) se inicia de una manera parecida a la anorexia nerviosa, reduciendo la cantidad de comida ingerida o eliminando determinados alimentos de la dieta habitual, pero en lugar de continuar con un ayuno mantenido, las pacientes comienzan a darse atracones y presentan conductas purgativas o compensatorias.

Algunos estudios han señalado que cinco de cada cien mujeres padecerían de BN en los países occidentales, y ya hay numerosos varones que presentan atracones a consecuencia de la manipulación de su alimentación para obtener, supuestamente, estar en forma.

El reconocimiento de las personas con BN no se puede fundamentar en el peso como sucede con las que padecen anorexia ya que su peso puede estar incrementado, reducido o ser el adecuado respecto del idóneo para su edad, talla y sexo. Lo que sí es frecuente es la aparición de fluctuaciones

rápidas en el peso como resultado de los hábitos alimentarios caóticos que, al comienzo, pasan desapercibidos.

De acuerdo a la clasificación realizada con el DSM-IV-TR (APA, 2002), la autoevaluación de los individuos con bulimia nerviosa se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Basados en dicha preocupación, se tiende a presentar un patrón de ingesta hipocalórico o de dieta restrictiva.

De acuerdo con el comportamiento que muestran es posible describir dos tipos de bulimia:

- **Bulimia Purgativa:** Este tipo de bulimia incluye la autoprovocación del vómito, el uso de laxantes, diuréticos o enemas.
- **Bulimia no Purgativa:** Este tipo emplea otros tipos de conducta compensatoria como el ayuno o el exceso de ejercicio.

### **c. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados:**

Los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. En los TCANE también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente pero sin conductas compensatorias.

La diferencia principal con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad.

### **2.2.1.3. Factores determinantes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

Garner (2014) indica que los factores determinantes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son:

#### **2.2.1.3.1. Factores Socioculturales**

Uno de los factores más importantes en la creación de vulnerabilidad es la presión social que induce a considerar el atractivo físico como el valor personal predominante.

Los mensajes de nuestra cultura que equiparan belleza y atracción con delgadez han creado el contexto necesario para que muchas mujeres y muchos hombres se sientan insatisfechos con su cuerpo, buscando su autoestima en la modificación de su apariencia corporal tratando de asemejarse a los cánones de belleza impuestos.

Pretender conseguir una imagen corporal perfecta produce tal inseguridad en nuestra sociedad que muchas personas deciden alcanzar este objetivo imposible a cualquier precio, siendo la forma más habitual el reducir la comida y/o emplear métodos purgativos o ejercicio físico excesivo, aquellas personas que realizan estos comportamientos de forma más asidua tienen mayor probabilidad de desembocar en un trastorno alimentario.

#### **a. Contexto social tóxico**

El deseo de adelgazar no siempre ha estado presente en la sociedad, la delgadez como ideal de belleza ha sufrido diversos vaivenes a lo largo de la historia, es a mediados del siglo XX en que este ideal se estabilizó de manera permanente hasta nuestros días.

Desde el siglo XIII al XIX, la gordura era considerada atractiva, indicativa de mayor status social. A partir de la segunda década del siglo XX, debido a una mayor disponibilidad de alimentos, este ideal comienza a cambiar hasta la consideración actual de la delgadez como un signo de superioridad social. Al mismo tiempo, empieza a popularizarse la realización de ejercicio físico y la

ropa que se utiliza para estos fines es cada vez más ajustada, permitiendo mostrar más el cuerpo.

Al identificar delgadez con éxito profesional y sentimental, belleza, juventud, buena salud y fuerza de voluntad, nuestra cultura ha ido gestando, a través de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación de masas, un cambio profundo del concepto de ideal físico al que se debe aspirar.

Este cambio en los patrones de belleza y la reducción de la valoración personal con forma corporal ha supuesto, en un comienzo, un enorme perjuicio para las mujeres ya que se les trasmite que para ser queridas, valoradas, exitosas, necesitan tener un cuerpo irrealmente perfecto. Actualmente, la preocupación se ha extendido a los varones, que han visto como en los últimos años del siglo XX y primeros del actual, se les exige un incremento progresivo de la masa muscular para ser considerados sanos, fuertes y exitosos.

Patrones corporales como los mencionados anteriormente están provocando una baja autoestima entre la mayoría de los chicos, que, por comparación, se sienten enclenques e insignificantes, su inseguridad está siendo capitalizada para proporcionar el ejercicio físico abusivo, el empleo de dietas desequilibradas y el consumo de esteroides anabolizantes.

## **b. El impacto de los medios**

Un buen reflejo de esta transformación se encuentra en el cambio espectacular de los patrones de belleza femenina y masculina de los anuncios y las revistas de moda. Hombres y mujeres se ven desbordados por mensajes publicitarios que generan una inseguridad desmedida ante la posibilidad de que el cuerpo adquiriera una forma y/o un peso por encima de los cánones impuestos.

La población infantil y adolescente ha dejado de ver una variedad de formas corporales normales con las que sí podrían identificarse, y se encuentran con una ideal inalcanzable incluso para las propias modelos que lo encarnan. La industria del cine también ha contribuido a potenciar el ideal de delgadez al elegir estrellas cada vez más delgadas para compensar el hecho de

que las cámaras tienden a “engordar”. Por su parte, los diseñadores eligen, para lucir sus prendas, a modelos extremadamente delgadas por considerarlas más elegantes, incluso las muñecas exhiben cuerpos de delgadez extrema.

El contagio de los anuncios televisivos y los comentarios que flotan en el ambiente llegan a tales niveles que instan a obsesionarse por la gordura en unas edades y con una intensidad completamente impensable hasta ahora.

### **c. Discriminación por el peso**

La sociedad “sana” proyecta una gran crueldad hacia los individuos con sobrepeso o cualquier otra diferencia corporal o étnica, dejándolos sin capacidad para alimentar su autoestima. Cuando una persona ha sido insultada, ha recibido burlas o sobrenombres por el peso o volumen que tenían en su infancia y/o pubertad, se ocasiona una impronta tan intensa en su mente, que estas burlas le acompañarán posteriormente en todas las situaciones de la vida.

La inseguridad por su aspecto aparecerá en entrevistas de trabajo, citas con el otro sexo, excursiones a la playa, etc. Interiormente se sentirá frustrado, odiará su cuerpo y su vida. Y se aislará o buscará en la consecución de la delgadez, la autoestima deseada.

#### **2.2.1.3.2. Factores Personales**

Ahora bien, dado que no todas las personas expuestas a este contexto social tóxico desarrollan una patología alimentaria, es necesaria la confluencia e interacción con otros factores personales psicológico-familiares. Las personas con mayor sensación de ineficacia y malestar en las relaciones interpersonales; aquellas que dependen en exceso de las opiniones externas y que eliminan toda suerte de emociones e imperfecciones, son las más vulnerables. Otros factores como la obesidad familiar, la impulsividad y las alteraciones del estado de ánimo, favorecen igualmente esta interacción.

## **a. Adolescencia y Desarrollo Personal**

Los adolescentes, que por su edad tienen una imagen corporal aún poco definida e inestable, son la población más sensible a la manipulación social al tratar de establecer su identidad personal.

Son proclives a definirse comparando su apariencia física con la de los otros, y no poseen los recursos psíquicos necesarios para defenderse de tamañas ficciones publicitarias. La mera exposición a la lectura de una revista de moda o el hecho de escuchar comentarios sobre lo guapas que son las modelos, o el tipazo del chico del anuncio de bebidas, dispara el proceso de comparación, en el que, todavía débiles, siempre salen mal parados. Esto influye negativamente en su auto-imagen, en su estado de ánimo e, incluso, provoca distorsiones en la percepción de su volumen corporal. La sombra del trastorno aparece en el horizonte mental de la chica cuando una idea salta casi instantánea como una forma de contrarrestar esos sentimientos: “Tengo que adelgazar”. En el chico, la sombra del trastorno se deja ver en este mismo deseo de estar delgado o por contrario, cuando se propone llegar a tener unos músculos inalcanzables.

La exaltación de la delgadez como el principal valor relacional anula los aspectos más sustanciales de la persona fomentando, no solo la importancia de la apariencia externa en el desarrollo personal, sino también la competitividad. Las relaciones de amistad entre chicas quedan impregnadas de toda esta ideología. La chica que adelgaza se siente mejor, entre otras cosas, porque logra de todas las que le rodean (compañeras, amigas y allegadas) su admiración y su atención, pero también su envidia. El refuerzo social que obtiene en los primeros momentos es tan inmenso (a la apreciación estética de la delgadez conseguida se añaden los valores positivos que se suponen propios de esa condición), que por sí sólo propicia el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Durante un tiempo, a esta joven que adelgaza y logra mantener la delgadez se le recubre con las cualidades más deseables en esta nuestra cultura del éxito y la competición. Se le supone poseedora de un nivel de

inteligencia elevado, de una gran autodisciplina y de la capacidad de acceder a los atributos de la clase social alta. Esto ha generado una actitud trágicamente favorable al trastorno anoréxico e impide crear un espacio social que favorezca tanto la acción preventiva como la curativa.

## **b. Identidad Personal**

Parte de la predisposición a los trastornos alimentarios se genera y adquiere en la infancia cuando las necesidades físicas y emocionales no han sido satisfechas de forma apropiada. La crianza y el proceso de socialización recibidos determinan una fragilidad psíquica en el niño/a que hará más fácil el desarrollo futuro de cualquier tipo de patología.

Se sabe, por ejemplo, que los padres excesivamente protectores dificultan el desarrollo de la conciencia interoceptiva (percepción de las señales corporales) de sus hijos, siendo ésta necesaria para discriminar sus sensaciones, pensamientos y emociones, e integrar adecuadamente su imagen corporal, componentes básicos de su identidad futura. En la pubertad, esta chica que se encuentra con sensaciones, deseos y retos externos desconocidos que la hacen sentirse indefensa, frena, mediante la restricción alimentaria, su desarrollo corporal, y encuentra en la enfermedad anoréxica la sensación de control y seguridad que necesita frente a un futuro incierto que no sabe cómo abordar. Por eso, el trastorno ha sido denominado, por algunos autores, “Síndrome de Peter Pan”.

La posición opuesta predispone, igualmente, a la patología. Por ejemplo, algunos padres establecen una relación emocionalmente distante con sus hijos, pensando que así favorecen su fortaleza psíquica, y no atienden suficientemente sus necesidades emocionales y físicas, o esperan demasiado para atenderlas. Sin saberlo, exhortan a la niña a no escuchar ni tomar en consideración las señales que le llegan de su interior y la inducen a considerarse alguien insignificante y sin valor. La fragilidad psíquica adquirida limitará sus posibilidades de maduración, dificultando un tránsito adecuado a la adolescencia y la edad adulta.

En este entorno deficitario, por exceso o por defecto, a algunas chicas el control de la dieta les sirve para paliar las deficiencias de autorregulación interna y les proporciona la estructura que necesitan desarrollando un trastorno anoréxico. A otras, la comida les proporciona la sensación afecto y cariño de la que ha carecido y desarrollaran un trastorno bulímico.

### **c. Cambios corporales durante la pubertad**

Algunas niñas inician el trastorno al no poder asumir los cambios corporales de la pubertad, especialmente si aparecen de forma prematura. Y algunos varones inician el trastorno si los cambios corporales: crecimiento, aumento de la musculatura, tardan en aparecer.

### **d. Personalidad**

Algunos rasgos de personalidad hacen vulnerable al desarrollo de la anorexia porque el trastorno facilita la evitación de situaciones vitales y sociales angustiosas. A las personas con anorexia se las ha definido como introvertidas, tímidas, emocionalmente inmaduras, irritables, hostiles, manipuladoras, socialmente ansiosas, excesivamente dependientes de la familia, con una enorme necesidad de aprobación externa, competitivas, autocríticas. Algunas de estas características estaban antes del trastorno: necesidad de aprobación, tendencia a la conformidad, obsesiones, falta de responsabilidad hacia las necesidades internas, control y disciplina escolar y posiblemente, aunque atenuadas, persistan después de su recuperación.

### **e. Aspectos Cognitivos**

Las peculiaridades en la forma de pensar ya sean leves o severas, pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria, por su intervención en la maduración emocional y física, la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales, el sentimiento de autonomía y una apropiada autoestima.

Algunas de las características del estilo cognitivo personal son distorsionadas y afectan la manera de sentir y actuar. En las personas que padecen un TCA se han observado algunas creencias irracionales consistentes

que instan a realizar las conductas patológicas e interfieren el proceso de cambio.

Algunas han sido mencionadas en el capítulo anterior, otras son las que indicamos a continuación:

- **Pensar con los propios sentimientos:** Se puede pensar que algo es cierto porque el sentimiento es muy intenso, ignorando las pruebas que orientan hacia una realidad contraria. Las emociones son convertidas en pruebas de realidad: “me siento gorda, así que debo serlo”.
- **Uso de etiquetas:** Una persona puede atribuirse un calificativo e identificarse con él. Estos calificativos suelen ser globales y habitualmente de carácter negativo: “soy una perdedora”.
- **Filtrado de lo negativo:** Todo aquello que pueda ser considerado positivo es relegado a un plano de menor importancia, minimizado o negado, destacando lo negativo: “no importa que yo sea simpática e inteligente, lo único que importa es el tamaño de mis caderas”.
- **Personalización:** Se considera que las reacciones de los demás, sus estados de ánimo, lo que dicen, están determinados por el que personaliza: “cómo no van a dejarme si soy una gorda”, “mi padre estaba ayer muy triste, yo sé que era por mí, porque hace días discutí con él”.
- **Generalización:** se establecen conclusiones globales a partir de observaciones o acontecimientos únicos: “el otro día lo pase mal con mi amiga, ya nunca volveré a llevarme bien con ella”, “si hoy no he podido controlar mi hambre, siempre será de la misma manera”.
- **Catastrofismo:** Se exageran los aspectos negativos de un acontecimiento o circunstancia, sin contemplar otras alternativas. “He aumentado 300 gramos de peso, la vida ya no merece la pena”.
- **Comparaciones injustas o parciales:** Mediante la comparación con el más alto estándar de lo comparado, la persona se siente siempre

inferior. “Nunca podré ser como las modelos de las revistas”, “quisiera tener el pecho de fulanita, las caderas de menganita, el dinero de tal y la cultura de cual, nunca podré tenerlo todo, no valgo nada”.

Desde el punto de vista del procesamiento de la información, vuelve a una forma de pensar infantil, con una capacidad de abstracción muy mermada.

### **2.2.1.3.3. Factores Genéticos - Biológicos**

Los modelos de vulnerabilidad a los TCA actuales integran los factores genéticos y las experiencias tempranas de la vida con los aspectos sociales y personales. Se supone que estos factores generan una determinada susceptibilidad para mostrar una respuesta inadaptada al estrés crónico. Esta respuesta está mediada, entre otros fenómenos, por un incorrecto funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

En presencia de determinados factores de estrés, la respuesta de afrontamiento realizada por este eje es errática lo que determina una pérdida del equilibrio nutricional.

#### **a. Predisposición Genética**

Los estudios familiares y gemelares parecen indicar que existe un riesgo incrementado de padecer anorexia o bulimia si tienen familiares que padecen estas enfermedades.

No existe ningún gen único que sea responsable del surgimiento de una anorexia o una bulimia, más bien, serían múltiples los genes que contribuirían a la transmisión genética de determinadas características que participarían en suscitar una mayor vulnerabilidad al padecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, entre otros aquellos que participan en la codificación de mediadores de la regulación del equilibrio nutricional o en la presentación de determinados rasgos temperamentales. Los datos al respecto son todavía inciertos para exponerlos con seguridad.

## **b. Dietas**

Los estudios familiares y gemelares parecen indicar que existe un riesgo incrementado de padecer anorexia o bulimia si tienen familiares que padecen estas enfermedades.

Hacer dieta predispone a padecer un TCA, tanto más cuanto mayor sea su duración e intensidad, debido al impacto que tiene en los procesos de regulación biológica de nuestro organismo:

- Se elimina la percepción de hambre y saciedad. Seguir una dieta supone aprender a no hacer caso a las señales internas del organismo, generando confusión y miedo a excederse en la ingesta, lo que lleva a reforzar el control sobre lo que se come.
- Altera la sincronía de las estructuras cerebrales encargadas del control de la ingesta y del mantenimiento del peso corporal en torno a un valor de referencia llamado “punto de ajuste”. Este mantiene el peso corporal estable pero con una variabilidad totalmente normal.
- Si la restricción en el consumo equilibrado de alimentos se mantiene en exceso, puede producir una desorganización general del individuo generando alteraciones físicas, cognitivas y emocionales: trastornos gastrointestinales, incremento del sueño, sensación de estar mareada, dolor de cabeza, aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz, descenso del control motor, pérdida de fuerza, pérdida de pelo, intolerancia al frío, manos y pies helados, edemas. Cambios en la grasa corporal y en la musculatura; preocupación obsesiva por la comida, pérdida de interés por otras actividades, dificultades de concentración y descenso de la comprensión y el juicio; tristeza, apatía, aislamiento social, labilidad afectiva con irritabilidad y episodios de agresividad.
- La restricción alimentaria es el factor de riesgo inmediato más evidente en la anorexia nerviosa. Aunque ignorado de forma sistemática por los/las pacientes, ésta puede conducir también a un trastorno bulímico o, al menos, a la aparición de síntomas bulímicos.

#### **2.2.1.3.4. Factores Genéticos - Biológicos**

Además de las relaciones familiares relatadas en el capítulo anterior, existen otros factores en el ambiente familiar que propician la aparición de los trastornos alimentarios.

##### **a. Importancia de la Apariencia en la Familia**

En muchas familias la apariencia ocupa un lugar privilegiado y el buen aspecto externo se ha convertido en sinónimo de superioridad. Los recursos psíquicos y económicos de estas familias se dedican a conseguir que los demás les vean siempre bien y les admiren, sin pararse a pensar si realmente se sienten bien o mal. Por ello, y probablemente sin darse demasiada cuenta, realizan comentarios muy negativos ante cualquier mínimo “defecto” corporal de las personas. Un clima familiar semejante genera que los hijos crezcan con un miedo a engordar muy intenso. Al llegar a la pubertad, este miedo entorpece la aceptación del aumento de peso consustancial a esta etapa, que es un ingrediente básico para el crecimiento posterior.

Tomar conciencia de sus actitudes hacia el cuerpo será el primer paso para promover la prevención de los trastornos o la recuperación.

##### **b. Aculturación Alimentaria**

Aspectos tradicionales, como sentarse a la mesa para comer o cenar en familia y el uso de la dieta mediterránea están desapareciendo de las casas españolas. El cambio en los hábitos familiares ha favorecido la utilización inapropiada de la comida y el desarrollo de trastornos bulímicos. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la madre y ahora muy desdibujado y sin claras alternativas), dificulta que en muchos casos se adquieran unos hábitos de alimentación adecuados.

##### **c. Conciliación de Vida Laboral y Familiar**

En íntima relación con el punto anterior se encuentra la vulnerabilidad producida por jornadas laborales largas y extenuantes. Debido a su horario laboral, los padres van siempre con prisa, salen temprano y llegan muy tarde,

sin tiempo para estar en casa. Las consecuencias más negativas de esta situación son que se prescinde de preparar el desayuno de los niños y de acompañarles mientras lo toman, y que no pueden recibirlos cuando vuelven por la tarde del colegio o del instituto. Muchos suelen ir a clase habiendo tomado un desayuno irrisorio y solitario o bien van al colegio sin desayunar, con el encargo de comprarse algo por ahí para comerlo luego. Después, la prolongación de las horas de trabajo hace que estén ausentes cuando el/la hija vuelve del colegio y que ésta carezca de la posibilidad de una comida socializada que le llene el cuerpo y el espíritu. La merienda se reduce a una mera ingesta física en soledad, con la única compañía de la nevera.

En estos casos, la vulnerabilidad a la anorexia o la bulimia vienen tanto de la ausencia de una alimentación estructurada, como de la ausencia de un afecto relacional expresado. El niño/a, el adolescente, no aprende la importancia que tiene comer para rendir bien en el colegio o aprende a sustituir la ausencia de sus padres por la comida, y ambas circunstancias propician el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Además, con esta forma de vida, los padres pierden la posibilidad de observar y detectar qué están haciendo sus hijos con la alimentación y para cuando se quieren dar cuenta, el trastorno está instaurado.

#### **d. Problemas alimentarios de allegados y amigos**

Que las personas muy cercanas a el/la niña o adolescente estén a régimen o hagan dietas especiales, es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario, debido a su efecto de contagio.

#### **e. Eliminación / Fingimiento de emociones negativas**

En aquellas familias en las que se teme el surgimiento y la expresión de emociones negativas, ya que suelen ser percibidas como una amenaza para la integridad mental, los hijos crecen carentes de recursos expresivos y pueden buscar en cualquier sustancia, alcohol, drogas o comida, una forma de anular o dominar lo que sienten. La hija que desarrolla una anorexia es la que ha cumplido esta inhibición emocional a rajatabla. Cree que para que se la quiera tiene que sentir y actuar de acuerdo a lo que se espera de ella, aunque esto

implique anular o fingir sus emociones y hacer lo que no le apetece. La niña o joven que se ve desbordada por sus emociones, busca en la comida una forma de derivar el descontrol a otro terreno más inicu y así, templar la turbulencia de su conflicto interior desarrollando una bulimia.

### **2.2.1.3.5. Factores Desencadenantes**

#### **a. Cambios**

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen iniciarse en el contexto de un cambio vital: cambio de colegio, instituto; inicio de la universidad o de la vida laboral; cambios en el domicilio; de amigos; separación de pareja; o situaciones que suponen una mayor responsabilidad o un nivel de madurez que la persona no tiene. El cambio más común es la pubertad, que implica hacer frente a una serie de cambios corporales y se producen los primeros acercamientos sexuales.

Además, existen otros cambios que sitúan a algunas personas en situación de riesgo: el estrés producido por el cambio de vida y las nuevas responsabilidades de la joven que contrae matrimonio puede desencadenar un TCA si tuvieron ciertas dificultades con la comida durante su adolescencia; pero no fueron lo suficientemente graves como para desembocar en un cuadro clínico.

La soledad del ama de casa cuando los hijos se hacen mayores puede desencadenar trastornos alimentarios si tiende a usar la comida como entretenimiento y evasión. En la mayoría de los casos, la situación se ha ido gestando durante años de vida sedentaria que le han producido un exceso de peso. Algunas de estas amas de casa pueden encontrarse con que llevar pautas de vida más saludables que incluyan adelgazar, iniciar actividades fuera y aumentar el ejercicio físico les llena la vida, lo que termina en obsesión.

Personas de mediana edad, entre los 35-60 años, inician dietas para perder peso pensando que así adquieren un aspecto más joven. En este objetivo encuentran algo con que llenar ilusoriamente el vacío de una existencia que se les ha escapado y creen que así podrán recuperar.

## **b. Comentarios de personas relevantes**

Son factores muy perjudiciales e inducen a muchas chicas a iniciar el trastorno, los comentarios de los entrenadores físicos, gimnasia, patinaje, natación, ballet, etc.

Acercas de la necesidad de tener un cuerpo delgado para destacar, triunfar o vencer en las pruebas de competición o exhibiciones artísticas o los comentarios opuestos acerca de la falta de habilidades de alguna alumna como consecuencia de un cuerpo con el más ligero sobrepeso.

La operación “Bikini” los comentarios sobre el cuerpo y la ropa cuando se acerca la temporada primavera-verano y las conversaciones sobre cómo van a eliminar la celulitis; la exaltación de las intervenciones quirúrgicas; inducen a muchas personas a iniciar dietas “milagrosas”.

## **c. La influencia de los compañeros contagio escolar**

La presión para hacer dieta, de las compañeras del colegio o de algún equipo de deporte, es una situación de alto riesgo en el inicio de la adolescencia en la que la influencia de los iguales adquiere un gran peso en la toma de decisiones. En esta etapa suelen existir en los colegios algunas chicas perversas que inducen a otras chicas, las más vulnerables a hacer dietas que ellas nunca harán. Se apuestan conductas restrictivas: “no comer la merienda”, “no desayunar”, y se desprecia a las que parecen no lograrlo. La inductora miente y no restringe, la vulnerable, que desea ser aceptada por la prestigiosa, lo consigue y desarrolla el trastorno.

Las informaciones supuestamente preventivas de ciertas charlas escolares sobre alimentación sana, pueden inducir a eliminar la grasa de la comida familiar. Esta información, adquirida sin filtro, puede ser interpretada de forma excesivamente radical y al comparar lo aconsejado con lo que comen habitualmente en su casa, llegar a la conclusión de que no es una comida sana, decidiendo cumplir a rajatabla lo aprendido.

#### **d. Situaciones de evaluación**

El estrés que produce la evaluación y la perpetua sensación de ineficacia de las personas vulnerables, hace que bastantes casos de anorexia y bulimia nerviosa surjan en época de exámenes. Además, muchas jóvenes inician sus atracones preparando exámenes al utilizar la comida como gratificación compensatoria

#### **e. Haber sido víctima de abusos**

Haber tenido experiencias sexuales no placenteras. Algunas personas tras una experiencia sexual no deseada inician un trastorno purgativo que puede desembocar en una anorexia o en una bulimia. Otras sienten tanto asco hacia su cuerpo y sus sensaciones, que tratan de eliminarlo, castigarlo, como forma de olvidar la situación de abuso vivida.

#### **2.2.1.4. Signos y Síntomas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

Banker y otros (2012) refieren que los principales signos y síntomas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son:

##### **a. General**

- Marcada pérdida de peso, ganancia o fluctuaciones.
- Pérdida de peso, mantenimiento del peso o ausencia de ganancia de peso en un niño o adolescente que aún está en crecimiento y desarrollo.
- Intolerancia al frío, debilidad, fatiga y letargia.
- Mareos, síncope, bochornos y episodios de sudoración.

##### **b. Oral y Dental**

- Trauma oral/ laceraciones
- Erosiones dentales y caries dentales
- Perimolisis
- Agrandamiento de las parótidas.

### **c. Cardiorrespiratorio**

- Dolor precordial
- Palpitaciones cardiacas, arritmias
- Falta de aliento, edema

### **d. Gastrointestinal**

- Molestia epigástrica
- Saciedad inmediata, vaciamiento gástrico retardado
- Reflujo gastroesofágico
- Hemorroides y prolapso rectal
- Constipación

### **e. Endocrino**

- Amenorrea o irregularidades menstruales
- Pérdida de libido
- Densidad mineral ósea baja con riesgo incrementado de fractura de huesos y osteoporosis
- Infertilidad

### **f. Neuropsiquiátrico**

- Convulsiones
- Pérdida de memoria/ pobre concentración.
- Insomnio
- Depresión/ ansiedad/ conductas obsesivas.
- Autoagresión, intento suicida e ideación suicida.

### **g. Dermatológico**

- Lanugo
- Pérdida de cabello
- Decoloración amarillenta de la piel
- Callos o cicatrices en el dorso de la mano, pobre cicatrización.

### **2.2.1.5. Criterios Diagnósticos**

#### **a. Criterios Diagnósticos para la Anorexia Nerviosa:**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002), los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En mujeres post-puberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

De acuerdo a la clasificación por tipos específicos, es necesario considerar los siguientes criterios:

#### **Tipo restrictivo**

Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

## **Tipo compulsivo/purgativo**

Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se consideran los siguientes criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por debajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el índice de masa corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el periodo de crecimiento.
- La pérdida de peso es autoinducida por medio de la evitación de comidas “engordadoras” y uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores de apetito.
- Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se autoimpone un umbral de peso bajo.
- Existe un trastorno endócrino que involucra el eje-gónado-pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres.
- Cuando el inicio es pre-puberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente pero la menarca es tardía.

## **b. Criterios Diagnósticos para la Bulimia Nerviosa**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002), los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa:

- Periodos recurrentes de ingestión voraz. Un episodio de ingestión voraz se caracteriza por dos de las siguientes características: 1) Comer en un periodo discreto de tiempo en una cantidad de comida definitivamente mayor a la que comería la mayoría de las personas en un periodo de tiempo similar, bajo las mismas circunstancias, 2) Sensación de falta de control sobre el comer, por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer, o de controlar la cantidad de comida ingerida.
- Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.
- Los episodios de ingestión voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
- El disturbo no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

De acuerdo a la clasificación por tipos específicos, es necesario considerar los siguientes criterios:

### **Tipo purgativa**

Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

## **Tipo no purgativa**

Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, tales como exceso de ejercicio, pero no utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Así mismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), consideran los siguientes criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa:

- Existe preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobre-alimentación de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes métodos: vómito autoinducido, abuso de purgantes, periodos alternantes de ayuno, uso de drogas tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, podrán elegir el rechazo al tratamiento de insulina.

La psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso premórbido que constituye el óptimo saludable en la opinión del médico. Existe frecuentemente una historia de un episodio previo de anorexia nerviosa, el intervalo entre ambos trastornos fluctuando entre algunos meses y algunos años.

Este episodio puede haberse expresado completamente o pudo asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderada y/o una fase transitoria de amenorrea.

## **c. Criterios Diagnósticos para Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002), los trastornos de la

conducta alimentaria no especificados, deben contar con las siguientes características diagnósticas:

- Para las mujeres se cumple con todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto la irregularidad en la menstruación.
- Se cumple con todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo.
- Se cumple con todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados, ocurren con una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un periodo menor a 3 meses.
- Uso de conductas compensatorias por individuos de peso corporal normal después de comer pequeñas cantidades de alimento.
- Masticar y escupir grandes cantidades de alimento sin tragarlo.
- Episodios recurrentes de ingestión voraz en ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas, características de la bulimia nerviosa.

Los episodios de ingestión voraz se asocian con 3 o más de los siguientes:

- Comer más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre.
- Comer solo porque se siente vergüenza por la gran cantidad de comida ingerida.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o culpable, después de comer.
- Elevados sentimientos de angustia durante los atracones.
- El episodio ocurre en promedio por lo menos 2 veces a la semana durante 6 meses.

- El episodio se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia o bulimia.

#### **2.2.1.6. Indicadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según Garner (2004)**

Garner (2004) manifiesta que los Indicadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria son:

##### **a. Escala Obsesión por la Delgadez (DT)**

La escala obsesión por la delgadez, ha sido descrito como una de las características fundamentales de los trastornos de la conducta alimentaria y ha sido considerado un criterio esencial para el diagnóstico según muchos sistemas de clasificación. Además la escala DT es altamente predictiva de la severidad de los síntomas de los TCA en la evaluación de seguimiento.

##### **b. Escala Bulimia (B)**

La escala bulimia, evalúa la tendencia a pensar en realizar ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y la tendencia a llevarlos a cabo; la presencia de atracones es una de las características definitorias de la bulimia nerviosa, y permite diferenciar entre la anorexia nerviosa subtipo restrictivo y la anorexia nerviosa de subtipo purgativo.

##### **c. Escala Insatisfacción corporal (BD)**

La escala insatisfacción corporal, evalúa la insatisfacción con la forma general del cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo que preocupan extraordinariamente a las personas con trastorno de la conducta alimentaria (p. ej. Estómago, caderas, muslos y nalgas).

##### **d. Escala Baja Autoestima (LSE)**

Esta escala evalúa el concepto básico de autoevaluación negativa, relacionados con los sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia y ausencia de valía personal. Algunos contenidos adicionales evalúan si el sujeto

se percibe a sí mismo como incapaz de alcanzar metas personales, puesto que la mayoría de las teorías consideran que la baja autoestima juega un papel principal en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

#### **e. Escala Alienación Personal (PA)**

Mide un dominio más amplio que refleja una omnipresente sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incompreensión de uno mismo. Esta escala incluye aspectos como sentirse apartado de los otros, sentirse perdido y la sensación de que no se goza del reconocimiento de los otros.

#### **f. Inseguridad Interpersonal (II)**

Esta escala se encarga de evaluar la sensación de incomodidad y la aprensión del sujeto cuando se encuentra en situaciones sociales y la reticencia a participar en ellas. Se centra particularmente en la dificultad para expresar los propios pensamientos y sentimientos a otras personas.

#### **g. Desconfianza Interpersonal (IA)**

Esta escala se encarga de evaluar los sentimientos de desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza en las relaciones. De la misma manera, logra identificar la tendencia a sentirse atrapado en las relaciones, así como la sensación de falta de cariño y comprensión por parte de los otros.

#### **h. Déficit Introceptivos (ID)**

Miden la dificultad para reconocer con precisión y responder a los diferentes estados emocionales, en el cual se identifican dos grupos de acuerdo a los ítems en esta escala: En primer lugar un conjunto denominado Miedo a las emociones (ME), que refleja el malestar que se produce cuando las emociones son muy intensas están fuera de control. En segundo lugar, el conjunto denominado Confusión antes las emociones (CE), que indica la dificultad para reconocer adecuadamente los estados emocionales.

### **i. Desajuste Emocional (ED)**

Evalúa la tendencia a ser inestable emocionalmente, impulsivo, temerario, iracundo y autodestructivo. Así mismo incluye un conjunto de ítems que indican problemas potenciales de abuso de sustancias: uno de alcohol y el otro de drogas. El pobre control de impulsos y la intolerancia a la frustración han sido identificados como signos de mal pronóstico en los TCA.

### **j. Perfeccionismo (P)**

Evalúa en qué medida el sujeto se impone a sí mismo la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos con el máximo nivel de exigencia. Se basa en dos dominios de contenido diferentes: El primero es el Perfeccionismo autoimpuesto que refleja un esmero o afán de perfeccionismo sobre uno mismo y la autoimposición de un riguroso criterio de rendimiento personal. El segundo es el Perfeccionismo socialmente impuesto, que se caracteriza por las exigentes de un determinado nivel de rendimiento procedentes de las presiones de los padres y de los profesores.

### **k. Ascetismo (A)**

Esta escala se encarga de evaluar la tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales tales como autodisciplina, la renuncia, la restricción, el autosacrificio y el control de las necesidades corporales. El ascetismo puede expresarse mediante la dieta como forma de purificación, de delgadez como símbolo de virtud y del ayuno como un acto de penitencia.

### **l. Miedo a la Madurez (MF)**

La última escala está encargada de la evaluación del deseo de regresar a la seguridad de la infancia, siendo este constructo descrito como un aspecto central en el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

## **2.2.2. Clima social en la familia**

### **2.2.2.1. Definición**

El clima familiar se presenta como una de las situaciones principales en las que se desarrolla y forma el autoconcepto del individuo, siendo la familia la primera fuente de transmisión de los valores, costumbres, sentido moral de una cultura determinada, a la vez propicia un desarrollo psicoafectivo y emocional determinante para la formación del sentido de autoconfianza y seguridad necesarios en el desarrollo de la autoeficacia persona. (Moos, 1974).

Trickett (1989), manifiesta que el clima social familiar es el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, los cuales tienen un papel decisivo en el desarrollo de diferentes capacidades como establecer relaciones independientes y resolver conflictos adecuadamente.

Kemper (2000) describe al clima social familiar como el conjunto de características psicosociales e institucionales de un determinado grupo de personas, sobre un ambiente que se desarrolla en forma dinámica, donde se evidencian aspectos de comunicación e interacción favoreciendo el desarrollo personal.

El clima familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes. (Zimmer y Locke, 2007).

La familia es considerada como un sistema, el cual está sujeto a la influencia de todos aquellos cambios que ocurren en el exterior y al interior de la misma, los cuales interactúan de una u otra forma determinando o imprimiendo en la familia una dinámica particular que favorece o dificulta el cumplimiento de sus acciones educativas. (Martin, 2008).

Todos los autores anteriormente mencionados concluyen que el clima social en la familia es un determinante decisivo y de gran importancia en el bienestar del individuo y su coherente desarrollo emocional y afectivo; así

mismo se asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano.

### **2.2.2.2. Teoría del Clima Social en la Familia**

La teoría del Clima social de Rudolf Moos (1974), tiene como base teórica a la psicología ambientalista, la cual se analizará a continuación:

#### **a. Concepto De Ambiente**

El ambiente es un determinante decisivo y muy importante en el bienestar del individuo, se asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo.

#### **b. La Psicología Ambiental**

La psicología ambiental comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y sobre todo su influencia en el individuo. También se puede afirmar que esta es un área de la psicología cuyo foco de atención se encuentra en la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana.

Claude Levy (1985) refiere que las principales características de la psicología ambiental son:

- Estudia las relaciones Hombre – Medio Ambiente, en un aspecto dinámico, afirma que el hombre se adapta constantemente y de modo activo al ambiente donde vive, logrando su evolución y modificando su entorno.
- Refiere que la psicología del medio ambiente se interesa por el ambiente físico, pero que toma en consideración la dimensión social, puesto que esta es una variable importante en las relaciones Hombre y Medio ambiente, el ambiente físico simboliza, concretiza y condiciona a la vez el ambiente social.

- El ambiente debe ser estudiado de una manera total para conocer las reacciones del hombre o su marco vital y si conducta en el entorno en el cual se desenvuelve.
- Finalmente afirma que la conducta de un individuo en su medio ambiente no es tan solo una respuesta a sus variables físicas, sino que éste es todo un campo de posibles estímulos.

### **2.2.2.3. Dimensiones del clima social familiar según Moos, Moos y Trickett (1984)**

Moos, Moos y Trickett (1984) manifiestan que el clima social familiar está conformado por las siguientes dimensiones:

#### **a. Relaciones**

Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres sub escalas: cohesión, expresividad y conflicto. Las relaciones en la familia se miden en la forma como se comunican sus miembros: con libertad o represión y a la vez cómo interactúan entre sí, con conflictos o no entre ellos.

En otras palabras las relaciones humanas se basa en normas que todos los miembros de la familia aceptan, teniendo como plataforma la afirmación y consideración del modo de ser de cada persona.

Las relaciones según Moos, Moos y Trickett (1984) tienen tres componentes que son: cohesión, expresividad y conflicto.

- **Cohesión (Co):** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí. Las familias presentan unión o desunión entre sus miembros lo cual influye en el actuar de los mismos y en sus formas de relacionarse con el mundo. Así mismo la familia se encuentra constituido por los sentimientos de pertenencia, autonomía individual e involucramiento familiar.

- **Expresividad (Ex):** Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. Para Moos, la familia estimula en sus miembros la amplia manifestación de sus pensamientos y sentimientos.
- **Conflicto (Ct):** Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

## **b. Desarrollo**

Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común.

Es así que la personalidad se va estructurando, a través de la capacidad del hombre de actuar por deber, al cual la voluntad obliga como miembro de un grupo social. Esto expresa la importancia del entorno humano en el proceso de personalización y de crecimiento de cada uno.

El ambiente humano en que la persona está inmersa, impregna su mentalidad, favorece ciertos comportamientos y proscribire otros.

El desarrollo según Moos, Moos y Trickett (1984) tienen los siguientes componentes:

- **Autonomía (Au):** grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones. La familia encamina o no a que las personas sean independientes y mantengan relaciones con plena libertad, estas formas de relacionarse las harán extensivas en la relación con personas que no constituyen su entorno familiar.
- **Actuación (Ac):** Grado en el que las actividades (tal como escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva.
- **Intelectual- Cultural (Ic):** Grado de interés en las actividades positiva sociales, intelectuales y culturales.

- **Social- Recreativo (Sr):** Grado de participación en este tipo de actividades. En consecuencia, si la familia contribuye a la diversión, las fiestas, paseos con los hijos, en un recreo sano que influye en la socialización de sus miembros.
- **Moralidad- Religiosidad (Mr):** Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

### **c. Estabilidad**

Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La estabilidad según Moos (1985) tiene los siguientes componentes:

- **Organización (Or):** importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control (Cn):** grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

#### **2.2.2.4. Clima Social en la Familia de la Paciente con un Trastorno de la Conducta Alimentaria**

Calvo, Puente y Vilariño (2008), refieren que las relaciones creadas en la familia de la paciente con un Trastorno de la Conducta Alimentaria presentan algunos patrones contraproducentes, siendo estos los siguientes:

##### **a. Amalgama**

Describe una manera extremadamente estrecha e intensa de relación familiar en la que los límites se pierden. Los roles se difuminan, confunden e intercambian siendo muy difícil establecer con claridad quien ejerce determinados papeles en la familia. En muchas ocasiones los hijos hacen el rol de los padres y los padres asumen actitudes más propias de sus hijos. Además, los padres intentan que sus hijos disfruten de la infancia que ellos no tuvieron o

del futuro que desearon para ellos mismos, lo que acarrea una excesiva implicación en el desarrollo de su descendencia.

La individualidad y la autonomía de los integrantes de estas familias son inhibidas, desaparece la privacidad y todos los espacios, ilusiones, objetivos y emociones se comparten. Todos los miembros de la familia se sienten con el derecho y el deber de participar en las emociones, decisiones, etc., de los demás; y ninguno se siente legitimado para defender su privacidad.

Es posible que establezcan relaciones más cercanas entre alguno de los hijos y uno de los padres, presentando un frente común hacia el otro progenitor. Y que la comunicación entre dos personas tenga lugar a través de una tercera, en vez de producirse de forma directa. Estos patrones de comportamiento pueden perpetuarse sin que nadie en la familia esté al tanto de que se están conduciendo en esta manera.

### **b. Sobreprotección**

Es característico de algunas familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, un desvelo mutuo y continuo entre sus miembros, no sólo hacia el hijo enfermo, que responde a un cariño genuino, presente tiempo antes del inicio de dicho trastorno. Sin embargo, la sobreprotección cuando los hijos crecen refuerza la idea de que el mundo es un lugar inseguro y la vida una situación plagada de posibles catástrofes. Cualquier vivencia fuera de la red familiar se tiende a interpretar como un riesgo gratuito e innecesario, incluso como un acto de traición a la unidad y bienestar familiares.

Cada cual tiene la sensación de que el cuidado de los restantes miembros de la familia es responsabilidad suya, dejando a los demás a cargo de su propio cuidado personal. Los hijos son así ignorantes de su propia realidad y negligentes de su propio cuidado.

### **c. Rigidez**

En algunas de estas familias cualquier cambio es vivido como amenazante e indeseable, dado que pone en riesgo el sentimiento de seguridad que ofrece una búsqueda continua de control. La supuesta seguridad que

aporta limita tremendamente la libertad y autonomía de sus miembros y, aunque pretende proteger de los cambios que puedan venir desde el exterior (la familia), lo que realmente consigue es limitar las posibilidades de adaptación a estos.

#### **d. Evitación del conflicto**

Cualquier realidad conflictiva es sentida de forma amenazante hacia la armonía familiar y, por lo tanto, se desaprueba. Impera entonces la ley del silencio. Los problemas se niegan o minimizan, siendo habitual que ante sentimientos de malestar la respuesta de los padres sea del tipo “no hay por qué preocuparse, ya verás como todo se soluciona, siempre lo has hecho”. El mensaje implícito es que los padres esperan que su hijo sea capaz de resolver sus dificultades sin el ofrecimiento de un apoyo al respecto.

#### **e. Implicación de los hijos en el conflicto paterno**

En ocasiones, los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria son confidentes de alguno de sus padres, forzando una alianza con uno de los padres frente al otro o se convierten en mediadores del problema de los padres, cuando los TCA aparecen, los padres parecen olvidar o ignorar sus crisis maritales, absortos como están en la protección y cuidado del hijo enfermo, teniendo así un motivo válido para unirse y olvidar sus cuitas personales, de esta manera los síntomas se convierten en un elemento determinante de estabilidad o inestabilidad familiar.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **a. Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Rasgos psicológicos o conjunto de síntomas relacionados con la alimentación que tienen relevancia para comprender y poder tratar los trastornos de la obsesión por la delgadez, bulimia, la insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo, y el miedo a la madurez. (Garner, 1998)

## **b. Clima Social en la familia**

Es la apreciación de las características socio ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales entre sus miembros, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. (Moos, 1974)

# **CAPÍTULO III**

## **RESULTADOS**

**Tabla 1**

*Nivel de Trastornos de la Conducta Alimentaria según indicadores, en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

Trastornos de la Conducta Alimentaria	N	
<b>Obsesión por la Delgadez</b>		
Bajo	196	53.1
Medio	124	33.6
Alto	49	13.3
Total	369	100.0
<b>Bulimia</b>		
Bajo	219	59.3
Medio	104	28.2
Alto	46	12.5
Total	369	100.0
<b>Insatisfacción corporal</b>		
Bajo	211	57.2
Medio	117	31.7
Alto	41	11.1
Total	369	100.0
<b>Baja autoestima</b>		
Bajo	227	61.5
Medio	103	27.9
Alto	39	10.6
Total	369	100.0
<b>Alienación personal</b>		
Bajo	229	62.1
Medio	104	28.2
Alto	36	9.8
Total	369	100.0
<b>Inseguridad interpersonal</b>		
Bajo	217	58.8
Medio	102	27.6
Alto	50	13.6
Total	369	100.0
<b>Desconfianza interpersonal</b>		
Bajo	219	59.3
Medio	113	30.6
Alto	37	10.0
Total	369	100.0
<b>Déficits introceptivos</b>		
Bajo	233	63.1
Medio	107	29.0
Alto	29	7.9
Total	369	100.0
<b>Desajuste emocional</b>		
Bajo	215	58.3
Medio	109	29.5
Alto	45	12.2
Total	365	98.9
<b>Perfeccionismo</b>		
Bajo	231	62.6
Medio	98	26.6
Alto	40	10.8
Total	369	100.0

Ascetismo		
Bajo	221	59.9
Medio	100	27.1
Alto	48	13.0
Total	369	100.0
Miedo a la madurez		
Bajo	229	62.1
Medio	90	24.4
Alto	50	13.6
Total	369	100.0

En la tabla 1, se observa una predominancia de nivel bajo en los indicadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria Resiliencia, con porcentajes de alumnas de una universidad privada de Trujillo, que registran este nivel que oscilan entre 53.1% y 63.1%

**Tabla 2**

*Nivel de Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

Nivel de Clima Social en la Familia	N	
Bajo	116	31.4
Medio	194	52.6
Alto	59	16.0
Total	369	100.0

En la tabla 2, se aprecia una predominancia de nivel medio de Clima Social en la Familia, representado por el 52.6% de alumnas de una universidad privada de Trujillo que presentan este nivel; seguido del 31.4% que presenta nivel bajo; y el 16.0% que presenta nivel alto.

**Tabla 3**

*Nivel de Clima Social en la Familia según dimensiones, en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

Nivel de Clima Social en la Familia	N	
<b>Relaciones</b>		
Bajo	122	33.1
Medio	187	50.7
Alto	60	16.3
Total	369	100.0
<b>Desarrollo</b>		
Bajo	114	30.9
Medio	207	56.1
Alto	48	13.0
Total	369	100.0
<b>Estabilidad</b>		
Bajo	124	33.6
Medio	190	51.5
Alto	55	14.9
Total	369	100.0

En la tabla 3, se observa una predominancia de nivel medio en las dimensiones del Clima Social en la Familia, con porcentajes de alumnas de una universidad privada de Trujillo, que registran este nivel que oscilan entre 50.7% y 56.1%.

**Tabla 4**

*Correlación entre el indicador Obsesión por la delgadez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Obsesión por la delgadez (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.314	.000 **
Desarrollo	-.349	.000 **
Estabilidad	-.402	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 4, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Obsesión por la delgadez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 5**

*Correlación entre el indicador Bulimia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Bulimia (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.295	.000 **
Desarrollo	-.369	.000 **
Estabilidad	-.335	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 5, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Bulimia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 6**

*Correlación entre el indicador Insatisfacción corporal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Insatisfacción corporal (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.304	.000 **
Desarrollo	-.410	.000 **
Estabilidad	-.327	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 6, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Insatisfacción corporal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 7**

*Correlación entre el indicador Baja autoestima de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Baja autoestima (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.359	.000 **
Desarrollo	-.431	.000 **
Estabilidad	-.387	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 7, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Baja autoestima de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 8**

*Correlación entre el indicador Alienación personal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Alienación personal (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.328	.000 **
Desarrollo	-.349	.000 **
Estabilidad	-.409	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 8, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Alienación personal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 9**

*Correlación entre el indicador Inseguridad interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Inseguridad interpersonal (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.314	.000 **
Desarrollo	-.321	.000 **
Estabilidad	-.367	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 9, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Inseguridad interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 10**

*Correlación entre el indicador Desconfianza interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Desconfianza interpersonal (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.357	.000 **
Desarrollo	-.416	.000 **
Estabilidad	-.360	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 10, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Desconfianza interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 11**

*Correlación entre el indicador Déficit introceptivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Déficit introceptivos (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.406	.000 **
Desarrollo	-.316	.000 **
Estabilidad	-.307	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 11, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Déficit introceptivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 12**

*Correlación entre el indicador Desajuste emocional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Desajuste emocional (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.325	.000 **
Desarrollo	-.378	.000 **
Estabilidad	-.294	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 12, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Desajuste emocional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 13**

*Correlación entre el indicador Perfeccionismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Perfeccionismo (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.349	.000 **
Desarrollo	.099	.056
Estabilidad	.065	.210

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 13, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Perfeccionismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la dimensiones Relaciones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 14**

*Correlación entre el indicador Ascetismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Ascetismo (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.354	.000 **
Desarrollo	-.336	.000 **
Estabilidad	-.279	.000 **

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 14, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación muy significativa ( $p<.01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Ascetismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

**Tabla 15**

*Correlación entre el indicador Miedo a la madurez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	Miedo a la madurez (r)	Sig.(p)
Relaciones	-.014	.790
Desarrollo	-.064	.219
Estabilidad	.039	.460

Nota

r : Coeficiente de correlación de Spearman

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En la tabla 15, se observa que la prueba de correlación de Spearman, no identifica relación significativa ( $p > .05$ ), entre el indicador Miedo a la madurez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

# **CAPÍTULO IV**

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Después de haber realizado el análisis estadístico, en el presente capítulo se procederá a analizar los resultados de la investigación, por lo que, se cumplió con el objetivo general de la investigación: Establecer la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

Se acepta de forma parcial la hipótesis general de la investigación que dice: Existe relación significativa entre los trastornos de la conducta alimentaria y el clima social en la familia en las alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que los rasgos psicológicos o conjunto de síntomas relacionados con la alimentación, que presenta este grupo de alumnas, se relaciona con su apreciación respecto a las características socio-ambientales existentes en su hogar, las relaciones interpersonales entre sus miembros, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Resultados similares, fueron encontrados por Ruiz, Meza, Laredo, Hernández y Rodríguez (2007), quienes al evaluar la población estudiantil femenina de la UVM Campus Lago de Guadalupe, demostraron que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, Merino (2010) al evaluar un grupo de 414 escolares de ambos sexos de primaria, secundaria y de preparatoria en dos instituciones privadas del área metropolitana de la ciudad de México, encontraron que existe influencia de la relación familiar en la aparición de tres factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. De igual manera, Sánchez (2012) al evaluar el clima social familiar y los trastornos de conducta alimentaria en un grupo de alumnas de 12 a 17 años de la institución educativa, encontró una correlación estadística altamente significativamente entre ambas variables.

Ante lo expuesto es posible afirmar que la relación entre trastornos de la conducta alimentaria y clima social en la familia en alumnas universitarias, puede variar de una realidad a otra, en base al contexto, las características sociodemográficas y la diversidad de factores emocionales que estos puedan

presentar, por lo que no se puede generalizar los resultados alcanzados en la presente investigación.

Se encontró que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Obsesión por la delgadez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que el deseo progresivo y constante de este grupo de alumnas respecto al hecho de ostentar una figura y/o anatomía delgada, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es apoyado por Garner (2014), quien refiere que la vulnerabilidad a la anorexia o la bulimia vienen tanto de la ausencia de una alimentación estructurada, como de la ausencia de un afecto relacional expresado. Siendo así, el niño/a, el adolescente, no aprende la importancia que tiene comer para rendir bien en el colegio o aprende a sustituir la ausencia de sus padres por la comida, y ambas circunstancias propician el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Además, con esta forma de vida, los padres pierden la posibilidad de observar y detectar qué están haciendo sus hijos con la alimentación y para cuando se quieren dar cuenta, el trastorno está instaurado.

Asimismo, se halló que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Bulimia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que la tendencia de este grupo de alumnas a pensar en realizar ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y la tendencia a llevarlos a cabo, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen

sobre otros. Esto es apoyado por Garner (2014), quien manifiesta que en la actualidad, el cambio en los hábitos familiares ha favorecido la utilización inapropiada de la comida y el desarrollo de trastornos bulímicos. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la madre y ahora muy desdibujado y sin claras alternativas), dificulta que en muchos casos se adquirieran unos hábitos de alimentación adecuados.

De igual manera, se encontró que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Insatisfacción corporal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que el grado de displicencia y/o desagrado de este grupo de alumnas con la forma general del cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es apoyado por Garner (2014), quien refiere que en muchas familias la apariencia ocupa un lugar privilegiado y el buen aspecto externo se ha convertido en sinónimo de superioridad. Los recursos psíquicos y económicos de estas familias se dedican a conseguir que los demás les vean siempre bien y les admiren, sin pararse a pensar si realmente se sienten bien o mal. Por ello, y probablemente sin darse demasiada cuenta, realizan comentarios muy negativos ante cualquier mínimo “defecto” corporal de las personas. Un clima familiar semejante genera que los hijos crezcan con un miedo a engordar muy intenso. Al llegar a la pubertad, este miedo entorpece la aceptación del aumento de peso consustancial a esta etapa, que es un ingrediente básico para el crecimiento posterior.

Además, se estableció que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Baja autoestima de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que la

autoevaluación negativa, que posee este grupo de alumnas, relacionados con los sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia y ausencia de valía personal, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es apoyado por Moos (1974), quien refiere que el clima familiar se presenta como una de las situaciones principales en las que se desarrolla y forma el autoconcepto del individuo, siendo la familia la primera fuente de transmisión de los valores, costumbres, sentido moral de una cultura determinada, a la vez propicia un desarrollo psicoafectivo y emocional determinante para la formación del sentido de autoconfianza y seguridad necesarios en el desarrollo de la autoeficacia persona.

También, se halló que Existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Alienación personal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que la sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incompreensión de uno mismo, que presenta este grupo de alumnas, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es apoyado por Moos (1974), quien refiere que el ambiente es un determinante decisivo y muy importante en el bienestar del individuo, se asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo.

Por otro lado, se encontró que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Inseguridad interpersonal de los

Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que la sensación de incomodidad y la aprensión de este grupo de alumnas, al encontrarse en situaciones sociales y la resistencia a participar en ellas, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familia, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es apoyado por Trickett (1989), manifiesta que el clima social familiar es el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, los cuales tienen un papel decisivo en el desarrollo de diferentes capacidades como establecer relaciones independientes y resolver conflictos adecuadamente.

También, se encontró que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Desconfianza interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que los sentimientos de desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza en las relaciones, que presenta este grupo de alumnas, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es corroborado por Zimmer y Locke (2007), quienes refieren que el clima familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes. (Zimmer y Locke, 2007).

Asimismo, se halló que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Déficit introceptivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que la

dificultad que presenta este grupo de estudiantes para reconocer con precisión y responder a los diferentes estados emocionales, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es corroborado por Garner (2014), quien refiere que parte de la predisposición a los trastornos alimentarios se genera y adquiere en la infancia cuando las necesidades físicas y emocionales no han sido satisfechas de forma apropiada. La crianza y el proceso de socialización recibidos determinan una fragilidad psíquica en el niño/a que hará más fácil el desarrollo futuro de cualquier tipo de patología.

Del mismo modo, se estableció que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Desajuste emocional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es corroborado por Garner (2014), quien refiere que en aquellas familias en las que se teme el surgimiento y la expresión de emociones negativas, ya que suelen ser percibidas como una amenaza para la integridad mental, los hijos crecen carentes de recursos expresivos y pueden buscar en cualquier sustancia, alcohol, drogas o comida, una forma de anular o dominar lo que sienten. La hija que desarrolla una anorexia es la que ha cumplido esta inhibición emocional a rajatabla. Cree que para que se la quiera tiene que sentir y actuar de acuerdo a lo que se espera de ella, aunque esto implique anular o fingir sus emociones y hacer lo que no le apetece. La niña o joven que se ve desbordada por sus emociones, busca en la comida una forma de derivar el descontrol a otro terreno más inicu y así, templar la turbulencia de su conflicto interior desarrollando una bulimia.

Igualmente, se halló una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Perfeccionismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la dimensión Relaciones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que el grado de exigencia que el grupo de alumnas se imponen a sí mismas, para alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, así como el grado de interacción conflictiva que las caracteriza. Esto es corroborado por Garner (2014), quien refiere que los adolescentes son proclives a definirse comparando su apariencia física con la de los otros, y no poseen los recursos psíquicos necesarios para defenderse de tamañas ficciones publicitarias. La mera exposición a la lectura de una revista de moda o el hecho de escuchar comentarios sobre lo guapas que son las modelos, o el tipazo del chico del anuncio de bebidas, dispara el proceso de comparación, en el que, todavía débiles, siempre salen mal parados. Esto influye negativamente en su auto-imagen, en su estado de ánimo e, incluso, provoca distorsiones en la percepción de su volumen corporal.

También, se halló que existe una correlación muy significativa, negativa y en grado medio, entre el indicador Ascetismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que la tendencia de este grupo de alumnas para buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales espirituales tales como autodisciplina, la renuncia, la restricción, el autosacrificio y el control de las necesidades corporales, se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es corroborado por Kemper (2000), quien describe al clima social familiar como el conjunto de características psicosociales e institucionales de un determinado grupo de personas, sobre un ambiente que se desarrolla en forma dinámica, donde se evidencian aspectos de comunicación e interacción favoreciendo el desarrollo personal.

Finalmente, se encontró que no existe relación significativa entre el indicador Miedo a la madurez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo, de lo cual se deduce que el deseo que manifiesta este grupo de alumnas, de regresar a la seguridad de la infancia, no se relaciona con el grado de comunicación y libre expresión existente dentro de sus familias, el grado de interacción conflictiva que las caracteriza, la importancia que tienen dentro de su hogar ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común; y el grado de control que unos familiares ejercen sobre otros. Esto es corroborado por Garner (2014), quien refiere que las peculiaridades en la forma de pensar ya sean leves o severas, pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria, por su intervención en la maduración emocional y física, la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales, el sentimiento de autonomía y una apropiada autoestima.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones

- ❖ En las alumnas de una universidad privada de Trujillo, predomina un nivel bajo en los indicadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con porcentajes de alumnas de una universidad privada de Trujillo, que registran este nivel que oscilan entre 53.1% y 63.1%
- ❖ Predomina en la muestra investigada, un nivel medio de Clima Social Familiar, a nivel general y en sus dimensiones, con porcentajes que oscilan entre 50.7% y 56.1%.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Obsesión por la delgadez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Bulimia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Insatisfacción corporal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Baja autoestima de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Alienación personal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Inseguridad interpersonal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Déficit introceptivos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Desajuste emocional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Perfeccionismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones Relaciones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ Existe correlación muy significativa ( $p < .01$ ), negativa y en grado medio, entre el indicador Ascetismo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.
- ❖ No existe relación significativa ( $p > .05$ ), entre el indicador Miedo a la madurez de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dimensiones del Clima Social en la Familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo.

## 5.2. Recomendaciones

De acuerdo a los hallazgos encontrados podemos sugerir las siguientes recomendaciones:

- ❖ Llevar a cabo sesiones de terapia colectiva, con las alumnas que presentaron un nivel alto en los indicadores de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, haciendo uso de técnicas cognitivo conductuales: entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, gestión de las emociones, afrontamiento al estrés y técnicas de relajación profunda, con la finalidad que puedan desarrollar los recursos cognitivos y emocionales necesarios para aprender a controlar los episodios de ansiedad que tienden a generar malos hábitos alimenticios.
- ❖ Realizar sesiones de terapia sistémica familiar, dirigida a las alumnas que alcanzaron un nivel bajo de Clima Social Familiar y sus dimensiones, las cuales deben incluir a sus padres, con la finalidad de mejorar la relación entre ellos, a partir del adiestramiento en técnicas y estrategias que les permitan mantener una adecuada convivencia dentro del hogar. y por ende, acepten apropiadamente el rol que les corresponde dentro de la dinámica familiar, con los derechos y deberes que este acarrea.
- ❖ Capacitar a los docentes y padres de familia a través de talleres de identificación de signos y síntomas de los Trastornos de conducta alimentaria, con el propósito de identificar de manera oportuna los patrones de conducta alimentaria anormales que las alumnas puedan llegar a presentar, pudiendo recibir la atención y abordajes terapéuticos necesarios.
- ❖ Realizar actividades extracurriculares y de sano esparcimiento que involucren la participación de los estudiantes y sus padres, propiciando que compartan tiempos en común, con el propósito de fortalecer los vínculos afectivos entre ambos, además de favorecer la cohesión de interacciones sociales en ambos contextos, familiar y universitario.

# **CAPÍTULO VI**

## **REFERENCIAS Y ANEXOS**

## 7.1. REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV - R. Barcelona (España): Editorial Masson.
- Banker, J. y otros (2012). Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Reporte AED 2012. Tercera Edición.
- Borrego, C. (2010) Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. (Tesis de maestría inédita). Universidad César Vallejo y Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
- Calvo, R., Puente, R. y Vilariño, P. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia. Dirección General de la Familia, Comunidad de Madrid. Madrid, España.
- Espina, A. (2007). Conductas Alimentarias, salud Mental y pautas de crianza en adolescentes. España: Madrid Ediciones.
- Fernández, F. y. (1998). Trastornos de la Alimentación: Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. España: Masson.
- Garden, D. (2004). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones.
- Holston, J., y Cashwell, C. (2000). The family functioning and eating disorders among college women: A model of prediction. *Journal of College Counseling*, 3, 5-7
- Kemper, S. (2000). Influencia de la práctica religiosa (Activa - No Activa) y del género de la familia sobre el Clima Social Familiar. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología en la Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- Levy, C. (1985). Psicología y Medio Ambiente. Ediciones Morata. Colección: Psicología Aplicada 1ª Edición
- Martín, E. (2000). Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia. España: Ediciones Rialp.
- Merino, K. (2010). Influencia familiar y su impacto en la aparición de tres factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. México, 45-50.

- Moos, R. (1974). Combined preliminary manual: Family work and group environment scales manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press
- Moos, R., Moos, B. y Trickett, E. (1984) Escala de Clima Social, Familia, trabajo, Instituciones Penitenciarias, Centro Escolar. Adaptación Española, Manual 3ra Edición, TEA Investigación y Publicaciones Psicológicas: Madrid.
- Papalia, D. (2001). Desarrollo Humano. México: McGraw Interamericana 8° Edición.
- Puente, R. C. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: Claves para prevenir y tratar desde la familia. Madrid: BOCM.
- Raich, R.M. (2000). Imagen corporal. Madrid. Pirámide.
- Rosas, K. (2016). Relación familiar e indicadores clínicos asociados en Mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana. Tesis presentada para optar el título profesional de psicóloga. Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Psicología. Lima, Perú.
- Sánchez, R. y Reyes, S. (2008). Metodología y diseño en la investigación científica. Aplicado a la psicología educación y ciencias sociales. Lima: Perú.
- Trickett, E. (1989). Perspectiva psicológica social. Madrid: Santillana.
- Zimmer-Gembeck MJ y Locke EM (2007). The socialization of adolescent coping: Relationships at home and school. Journal of Adolescence, 30, 1-16.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

**Tabla A1**

*Prueba de Normalidad de Kolgomorov-Smirnov de las puntuaciones en la Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	<b>Z(K-S)</b>	<b>Sig.(p)</b>
Obsesión por la delgadez	.152	.000**
Bulimia	.159	.000**
Insatisfacción Corporal	.080	.000**
Baja Autoestima	.191	.000**
Alienación Personal	.131	.000**
Inseguridad Interpersonal	.105	.000**
Desconfianza Interpersonal	.076	.000**
Déficit Introceptivos	.121	.000**
Desajuste Emocional	.126	.000**
Perfeccionismo	.091	.000**
Ascetismo	.128	.000**
Miedo a la Madurez	.084	.000**

Nota:

Z(K-S) : Valor Z de la distribución normal estandarizada

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

## Tabla A2

*Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones de la Escala de Clima Social en la Familia (FES) en estudiantes de alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	<b>Z(K-S)</b>	<b>Sig.(p)</b>
Clima Social Familiar	.059	.003 **
Relaciones	.133	.000 **
Desarrollo	.117	.000 **
Estabilidad	.110	.000 **

Nota:

Z(K-S) : Valor Z de la distribución normal estandarizada

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

\*p<.05 : Significativa

En las tablas A1 y A2, se muestra los resultados de la aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov aplicada para evaluar el cumplimiento del supuesto de normalidad en las distribuciones de las variables en estudio. En la Tabla A1, se aprecia que los indicadores de la Conducta Alimentaria, difieren muy significativamente ( $p<.01$ ), de la distribución normal. En lo que respecta al Clima Social en la Familia (Tabla A2), se establece que sus dimensiones, difieren muy significativamente ( $p<.01$ ), de la distribución normal. De los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba de normalidad se deduce que para el proceso estadístico de evaluación de la correlación entre ambas variables, debería usarse la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

## Tabla B1

*Correlación ítem-test en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc
Ítem1	.475	Ítem18	.259	Ítem67	.287
Ítem7	.513	Ítem20	.544	Ítem70	.248
Ítem11	.266	Ítem24	.239	Ítem72	.511
Ítem16	.565	Ítem56	.473	Ítem79	.548
Ítem25	.381	Ítem80	.408	Ítem81	.533
Ítem32	.534	Ítem84	.518	Ítem83	.294
Ítem49	.351	Ítem91	.281	Ítem85	.566
Ítem4	.474	Ítem15	.374	Ítem90	.349
Ítem5	.517	Ítem23	.512	Ítem13	.301
Ítem28	.358	Ítem34	.566	Ítem29	.411
Ítem38	.314	Ítem57	.556	Ítem36	.281
Ítem46	.359	Ítem69	.243	Ítem43	.448
Ítem53	.425	Ítem73	.453	Ítem52	.475
Ítem61	.563	Ítem87	.384	Ítem63	.536
Ítem64	.436	Ítem17	.417	Ítem66	.256
Ítem2	.296	Ítem30	.331	Ítem68	.391
Ítem9	.548	Ítem54	.312	Ítem78	.261
Ítem12	.524	Ítem65	.315	Ítem82	.255
Ítem19	.417	Ítem74	.353	Ítem86	.43
Ítem31	.364	Ítem76	.497	Ítem88	.421
Ítem45	.426	Ítem89	.518	Ítem3	.385
Ítem47	.386	Ítem8	.282	Ítem6	.456
Ítem55	.355	Ítem21	.331	Ítem14	.561
Ítem59	.281	Ítem26	.384	Ítem22	.321
Ítem62	.327	Ítem33	.485	Ítem35	.423
Ítem10	.323	Ítem40	.452	Ítem39	.503
Ítem27	.292	Ítem44	.506	Ítem48	.331
Ítem37	.251	Ítem51	.259	Ítem58	.462
Ítem41	.368	Ítem60	.326		
Ítem42	.302	Ítem77	.386		
Ítem50	.396				

Nota:

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

a : Ítem valido si ritc es significativo o es mayor o igual a .020.

En la tabla B1, se presentan los índices de homogeneidad ítem-test corregido de las subescalas correspondientes al Clima Social Familiar, donde se puede observar que todos los ítems que conforman el instrumento, correlacionan en forma directa y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, registrando valores que superan el valor mínimo requerido de .20, los mismos que oscilan entre .239 y .566.

## Tabla B2

*Confiabilidad en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	$\alpha$	Sig.(p)	N° Ítems
Obsesión por la delgadez	.780	.000**	7
Bulimia	.794	.000**	8
Insatisfacción corporal	.782	.000**	10
Baja autoestima	.812	.000**	6
Alienación personal	.834	.000**	7
Inseguridad interpersonal	.775	.000**	7
Desconfianza interpersonal	.783	.000**	7
Déficits introceptivos	.806	.000**	9
Desajuste emocional	.745	.000**	8
Perfeccionismo	.761	.000**	6
Ascetismo	.827	.000**	7
Miedo a la madurez	.772	.000**	8

$\alpha$  : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach

Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta

\*\*p<.01 : Muy significativa

En la Tabla B2, se muestran los índices de confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach, donde se observa que el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) y sus subescalas registran una confiabilidad calificada como muy buena, por lo se deduce que este instrumento, presenta consistencia interna y que todos los ítems dentro de cada subescala tienden a medir lo mismo.

**Tabla C1***Correlación ítem-test en la Escala de Clima Social Familiar (FES) en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

Relaciones						Desarrollo										Estabilidad			
Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc	Ítem	ritc
Ítem01	.257	Ítem10	.377	Ítem19	.342	Ítem01	.333	Ítem10	.293	Ítem19	.367	Ítem28	.474	Ítem37	.408	Ítem01	.285	Ítem10	.485
Ítem02	.326	Ítem11	.301	Ítem20	.374	Ítem02	.312	Ítem11	.275	Ítem20	.398	Ítem29	.368	Ítem38	.270	Ítem02	.307	Ítem11	.313
Ítem03	.452	Ítem12	.458	Ítem21	.402	Ítem03	.384	Ítem12	.266	Ítem21	.289	Ítem30	.262	Ítem39	.466	Ítem03	.279	Ítem12	.375
Ítem04	.452	Ítem13	.498	Ítem22	.470	Ítem04	.430	Ítem13	.320	Ítem22	.423	Ítem31	.395	Ítem40	.306	Ítem04	.295	Ítem13	.373
Ítem05	.372	Ítem14	.276	Ítem23	.292	Ítem05	.374	Ítem14	.449	Ítem23	.467	Ítem32	.263	Ítem41	.417	Ítem05	.294	Ítem14	.375
Ítem06	.276	Ítem15	.496	Ítem24	.289	Ítem06	.349	Ítem15	.452	Ítem24	.426	Ítem33	.307	Ítem42	.424	Ítem06	.441	Ítem15	.252
Ítem07	.217	Ítem16	.472	Ítem25	.408	Ítem07	.379	Ítem16	.383	Ítem25	.283	Ítem34	.318	Ítem43	.283	Ítem07	.259	Ítem16	.340
Ítem08	.244	Ítem17	.331	Ítem26	.493	Ítem08	.383	Ítem17	.364	Ítem26	.285	Ítem35	.415	Ítem44	.486	Ítem08	.373	Ítem17	.496
Ítem09	.389	Ítem18	.434	Ítem27	.349	Ítem09	.244	Ítem18	.396	Ítem27	.302	Ítem36	.405	Ítem45	.456	Ítem09	.486	Ítem18	.264

Nota:

ritc : Coeficiente de correlación ítem-test corregido

a : Ítem válido si ritc es significativo o es mayor o igual a .020.

En la tabla C1, se presentan los índices de homogeneidad ítem-test corregido de las subescalas correspondientes al Clima Social Familiar, donde se puede observar que todos los ítems que conforman el instrumento, correlacionan en forma directa y muy significativamente ( $p < .01$ ), con la puntuación total, registrando valores que superan el valor mínimo requerido de .20, los mismos que oscilan entre .217 y .498.

## Tabla C2

*Confiabilidad en la Escala de Clima Social Familiar (FES) en alumnas de una universidad privada de Trujillo*

	$\alpha$	Sig.(p)	N° Ítems
Clima Social Familiar	.841	.000**	90
Relaciones	.807	.000**	30
Desarrollo	.797	.000**	50
Estabilidad	.773	.000**	20

$\alpha$  : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach  
Sig.(p) : Probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta  
\*\*p<.01 : Muy significativa

En la Tabla C2, se muestran los índices de confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach, donde se observa que el Clima Social Familiar y sus subescalas registran una confiabilidad calificada como muy buena, por lo se deduce que la Escala de Clima Social Familiar (FES), presenta consistencia interna y que todos los ítems dentro de cada subescala tienden a medir lo mismo.

## ANEXO D

### INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-3) CUESTIONARIO Y HOJA DE RESPUESTAS.

#### INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-3)

#### INSTRUCCIONES:

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso, otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Rodea, en la *hoja de respuestas*, el número de la opción que consideres más adecuada en tu caso. Por ejemplo: si en una afirmación consideras que lo que se describe es algo que te ocurre a ti *casi siempre* deberías rodear el número 4.

Debes contestar a todas las cuestiones. Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla NO BORRES. Para cambiar tu respuesta dibuja un X encima de la respuesta que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta.

#### (NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de mi vida.

15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo
19. Me siento satisfecho con mi figura
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía para de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser niño.
40. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
41. Tengo una mala opinión de mi
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy incapaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.

62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quién soy.

**(FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS)**

.....

## ANEXO E: INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI- 3)

### HOJA DE RESPUESTAS

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anota en el recuadro: tu peso (en kilos) y estatura (en metros) actuales, si no los conoces con exactitud anota los valores aproximados.

<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>
<b>(En kilos)</b>	<b>(En metros)</b>

Por último, lee con atención las instrucciones que aparecen en la portada del cuadernillo que se te ha entregado y contesta a todas las preguntas. Recuerda que todas las respuestas las tienes que anotar en esta hoja. No debes escribir nada en el cuadernillo, solo debes escribir en esta hoja. Fíjate bien en el número de pregunta que estás respondiendo para asegurarte de que anotas tu respuesta en el lugar adecuado.

NUNCA		POCAS VECES		A VECES		A MENUDO		CASI SIEMPRE		SIEMPRE																	
0		1		2		3		4		5																	
1	0	1	2	3	4	5	29	0	1	2	3	4	5	57	0	1	2	3	4	5	85	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5	30	0	1	2	3	4	5	58	0	1	2	3	4	5	86	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5	31	0	1	2	3	4	5	59	0	1	2	3	4	5	87	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5	32	0	1	2	3	4	5	60	0	1	2	3	4	5	88	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5	33	0	1	2	3	4	5	61	0	1	2	3	4	5	89	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5	34	0	1	2	3	4	5	62	0	1	2	3	4	5	90	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5	35	0	1	2	3	4	5	63	0	1	2	3	4	5	91	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5	36	0	1	2	3	4	5	64	0	1	2	3	4	5							
9	0	1	2	3	4	5	37	0	1	2	3	4	5	65	0	1	2	3	4	5							
10	0	1	2	3	4	5	38	0	1	2	3	4	5	66	0	1	2	3	4	5							
11	0	1	2	3	4	5	39	0	1	2	3	4	5	67	0	1	2	3	4	5							
12	0	1	2	3	4	5	40	0	1	2	3	4	5	68	0	1	2	3	4	5							
13	0	1	2	3	4	5	41	0	1	2	3	4	5	69	0	1	2	3	4	5							
14	0	1	2	3	4	5	42	0	1	2	3	4	5	70	0	1	2	3	4	5							
15	0	1	2	3	4	5	43	0	1	2	3	4	5	71	0	1	2	3	4	5							
16	0	1	2	3	4	5	44	0	1	2	3	4	5	72	0	1	2	3	4	5							
17	0	1	2	3	4	5	45	0	1	2	3	4	5	73	0	1	2	3	4	5							
18	0	1	2	3	4	5	46	0	1	2	3	4	5	74	0	1	2	3	4	5							
19	0	1	2	3	4	5	47	0	1	2	3	4	5	75	0	1	2	3	4	5							
20	0	1	2	3	4	5	48	0	1	2	3	4	5	76	0	1	2	3	4	5							
21	0	1	2	3	4	5	49	0	1	2	3	4	5	77	0	1	2	3	4	5							
22	0	1	2	3	4	5	50	0	1	2	3	4	5	78	0	1	2	3	4	5							
23	0	1	2	3	4	5	51	0	1	2	3	4	5	79	0	1	2	3	4	5							
24	0	1	2	3	4	5	52	0	1	2	3	4	5	80	0	1	2	3	4	5							
25	0	1	2	3	4	5	53	0	1	2	3	4	5	81	0	1	2	3	4	5							
26	0	1	2	3	4	5	54	0	1	2	3	4	5	82	0	1	2	3	4	5							
27	0	1	2	3	4	5	55	0	1	2	3	4	5	83	0	1	2	3	4	5							
28	0	1	2	3	4	5	56	0	1	2	3	4	5	84	0	1	2	3	4	5							

## ANEXO C

### ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES), CUESTIONARIO Y HOJA DE RESPUESTAS

#### ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN FAMILIA (FES) DE R.H. MOOS

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia.

Si Ud. cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la **hoja de Respuesta** una **(X)** en el espacio correspondiente a la **V** (verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una **(X)** en el espacio correspondiente a la **F** (falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la hoja de respuesta para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja de respuesta. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

#### (NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.

.....➔

11. Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos pasando el rato.

12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.

.....➔

21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos.
23. En la casa nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.

.....➔

31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor"
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.

40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.

.....➔

- 41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
- 42. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
- 43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
- 44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
- 45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor
- 46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
- 47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
- 48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
- 49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
- 50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.

.....➔

- 51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
- 52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
- 53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
- 54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
- 55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
- 56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
- 57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
- 58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
- 59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
- 60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.

.....➔

- 61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
- 62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
- 63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
- 64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos.

65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o charlas por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.

.....➔

71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. "Primero es el trabajo, luego es la diversión" es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.

.....➔

81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o alquilar una película.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

**(COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)**

## ESCALA DEL CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

### HOJA DE RESPUESTA

Nombres y Apellidos.....

Edad..... Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Fecha de hoy.../.../.....

Institución Educativa:..... Grado/Nivel:.....

Nº de hermanos: ..... Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 ( )

Vive con ambos padres ( ) solo con uno de los padres ( ) Quien:.....

Otros:..... La familia es natural de:.....

V 1 F	V 11 F	V 21 F	V 31 F	V 41 F	V 51 F	V 61 F	V 71 F	V 81 F			
V 2 F	V 12 F	V 22 F	V 32 F	V 42 F	V 52 F	V 62 F	V 72 F	V 82 F			
V 3 F	V 13 F	V 23 F	V 33 F	V 43 F	V 53 F	V 63 F	V 73 F	V 83 F			
V 4 F	V 14 F	V 24 F	V 34 F	V 44 F	V 54 F	V 64 F	V 74 F	V 84 F			
V 5 F	V 15 F	V 25 F	V 35 F	V 45 F	V 55 F	V 65 F	V 75 F	V 85 F			
V 6 F	V 16 F	V 26 F	V 36 F	V 46 F	V 56 F	V 66 F	V 76 F	V 86 F			
V 7 F	V 17 F	V 27 F	V 37 F	V 47 F	V 57 F	V 67 F	V 77 F	V 87 F			
V 8 F	V 18 F	V 28 F	V 38 F	V 48 F	V 58 F	V 68 F	V 78 F	V 88 F			
V 9 F	V 19 F	V 29 F	V 39 F	V 49 F	V 59 F	V 69 F	V 79 F	V 89 F			
V 10 F	V 20 F	V 30 F	V 40 F	V 50 F	V 60 F	V 70 F	V 80 F	V 90 F			

## ANEXO F: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Yo, \_\_\_\_\_ con n° de DNI: \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en la investigación titulada **“Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo”**, realizada por la estudiante de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego, Estefany Oribe Castillo.

He sido informado sobre la naturaleza y los propósitos de la investigación y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

\_\_\_\_\_ 

DNI: