



Veritas & Research
ISSN 2697-3375
Vol. 6|Nº 1| 2024

Edita:
Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Sede Ambato

Recibido: 21/12/2023
Aceptado: 15/01/2024
Publicado: 1/02/2024

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

Contacto:
warias@ucsp.edu.pe

Licencia:
Creative Commons
Atribución-No Comercial-
Sin Derivadas 4.0
Internacional (CC BY-NC-
ND 4.0)



Los autores mediante el documento "Declaración de originalidad y Cesión de derechos de autor transfieren a la revista los derechos patrimoniales que tienen de la obra para que se puedan realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio disponible y en Acceso Abierto, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores y no se haga uso comercial de la obra.

Insatisfacción corporal, influencia social y funcionamiento familiar como predictores del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria

Karla Denisse Ceballos Canaza^a , Stefany Meza Villalba^a , Walter Lizandro Arias Gallegos^a  & Renzo Rivera^a 

^a *Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú*

Resumen

Los trastornos alimentarios son patologías que afectan principalmente a adolescentes y que conllevan dificultades en la aparición, curso de la enfermedad y en su abordaje. El objetivo de esta investigación es determinar cuál variable: insatisfacción corporal, funcionamiento familiar e influencia social tiene mayor potencia predictiva en el riesgo de desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de adolescentes mujeres de la ciudad de Arequipa. Se trabajó con un diseño predictivo transversal, y se evaluó a una muestra de 1311 adolescentes mujeres de 11 a 17 años de colegios de nivel secundario en la ciudad de Arequipa a través de la aplicación de instrumentos el Body Shape Questionnaire, FACES III, CIMEC-26 y EAT-26. Como resultados encontramos que solo dos variables tienen una potencia predictiva, estas son las dimensiones de la escala de funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad.

Palabras clave: *Trastornos alimentarios, insatisfacción corporal, funcionamiento familiar, influencia social, adolescentes*

Body dissatisfaction, social influence and family functioning as eating behavior disorders risk's predictors

Abstract

Eating disorders are pathologies that mainly affect adolescents with a relatively poor prognosis and difficulties in their approach. The aim of this research is to determine which variable: body dissatisfaction, family functioning and social influence has the greatest predictive power in the risk of developing an eating disorder. The present study has a cross-sectional predictive design, and sampled 1311 female adolescents aged 11 to 17 years from high schools in the city of Arequipa who were assessed through the Body Shape Questionnaire, FACES III, CIMEC-26 and EAT-26 as instruments. The results indicate that only two variables have predictive power, these are the dimensions of the family functioning scale: cohesion and adaptability.

Keywords: *Eating disorders, body dissatisfaction, family functioning, social influence, adolescents*

Insatisfação corporal, influência social e funcionamento familiar como preditores de risco de transtornos alimentares

Resumo

Os transtornos alimentares são patologias que afetam principalmente os adolescentes e acarretam dificuldades no aparecimento, evolução da doença e na sua abordagem. O objetivo desta pesquisa é determinar qual variável: insatisfação corporal, funcionamento familiar e influência social tem maior poder preditivo no risco de desenvolver transtorno alimentar em uma amostra de adolescentes do sexo feminino da cidade de Arequipa. Trabalhamos com um desenho preditivo transversal e uma amostra de 1.311 adolescentes do sexo feminino de 11 a 17 anos de escolas secundárias da cidade de Arequipa foram avaliadas através da aplicação dos instrumentos Body Shape Questionnaire, FACES III, CIMEC-26 e EAT-26. Como resultados, constatamos que apenas duas variáveis têm poder preditivo, são elas as dimensões da escala de funcionamento familiar: coesão e adaptabilidade.

Palavras-chave: *Transtornos alimentares, insatisfação corporal, funcionamento familiar, influência social, adolescentes*

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han sido estudiados desde muchos ámbitos, ya sea desde una perspectiva social, de la salud física y mental, entre otros (Borrego, 2000). De hecho, este tipo de alteraciones son identificadas desde la época bíblica y su estudio sigue un proceso evolutivo asociado a múltiples factores causales y explicativos (Aguinaga et al., 2000). Ahora bien, en cuanto a las posibles causas o la etiopatogenia detrás de los signos y síntomas presentes en un TCA, se tienen múltiples factores tanto biológicos, psicológicos como sociales. Es así que, actualmente se cuenta con un modelo etiológico multidimensional para la explicación del desarrollo de estos trastornos, que incluye factores de origen biopsicosocial (Seijas, & Sepúlveda, 2005). Dentro de los factores biológicos, se puede encontrar desde aspectos genéticos como heredabilidad familiar, hasta aspectos bioquímicos y neuronales (Solano-Pinto et al., 2018). Se puede apreciar, por ejemplo, cómo deficiencias en las funciones ejecutivas pueden ser parte del endofenotipo de la persona (Alvarado & Silva, 2014). Se han dado también explicaciones biológicas respecto a heredabilidad genética (Wade et al., 2008), así como teorías que asocian el inicio y cronicidad de la enfermedad a neurotransmisores como la serotonina, la dopamina, la noradrenalina y las hormonas neuroendocrinas (Mayer & Walsh, 1998).

Con referencia a los aspectos psicológicos asociados a la presencia de TCA, se ha encontrado que la insatisfacción corporal es el síntoma con mayor poder predictivo de estos trastornos (Franco et al., 2013; Pérez et al., 2000), seguido de aspectos relacionados a rasgos de personalidad y autoestima (Maganto, & Cruz, 2002). De hecho, el principal factor protector en cuanto a la insatisfacción corporal, sería una autoestima positiva (Neumark-Sztainer et al. 2007). Respecto a estos factores psicológicos, Fairburn y otros (1999) reconocen algunas características que están presentes en la mayoría de estudios actuales sobre el tema, las cuales son baja autoestima, perfeccionismo, rigidez y obsesividad como rasgos de personalidad en pacientes con diagnóstico de TCA. De manera similar, Seijas y Sepúlveda (2005) refieren que un rasgo clínico de los trastornos alimenticios son las distorsiones perceptuales tales como la sobreevaluación del esquema y peso corporal.

La imagen corporal puede ser definida como “la representación mental que cada persona construye de su propio cuerpo” (Montecinos et al., 2018, párr. 3), y cambia según la etapa de vida en que se encuentre la persona, y desde la niñez constituye un componente de suma importancia para el desarrollo de la autoestima y el autoconcepto (Molina & Raimundi, 2011). En la adolescencia, la juventud y la edad adulta; se hace más

determinante en las mujeres porque se asocia con el atractivo, y tiene mayor relevancia en la autopercepción y las interacciones con otros (Behar, 2018).

De igual manera, Portela y otros, (2012), sugieren que la internalización de estándares de belleza genera conductas de riesgo de TCA. Asimismo, la edad adolescente, dados los cambios biológicos que implican un incremento del porcentaje de grasa corporal en las mujeres se asocia con cierta vulnerabilidad para la presencia de la insatisfacción corporal (Rodríguez, & Cruz, 2008). A ello se suma que, el uso de Internet ha promovido espacios que introducen a las adolescentes a grupos que distorsionan su imagen corporal y alientan conductas propias de los TCA (Lucciarini et al., 2021).

En el contexto peruano Agesto y otros (2017) realizaron un estudio en adolescentes de tercero a quinto de secundaria y reportaron una correlación estadísticamente significativa entre el influjo de los modelos estéticos corporales y la insatisfacción corporal. Portilla (2020) reportó que en adolescentes de 12 a 17 años de Lima hay un porcentaje elevado de insatisfacción corporal, y que ésta está relacionada significativamente con el acoso escolar. Otros estudios han asociado la imagen corporal con el estrés y los estilos de afrontamiento (Arias et al., 2019).

Asimismo, la insatisfacción corporal se expresa de forma diferencial en muestras de mujeres europeas y latinoamericanas (Rodríguez, & Cruz, 2008), lo que pone en relieve los factores socioculturales. En ese sentido, dentro de los factores de origen sociocultural, el primer ámbito relacionado es el familiar, cuya relación causal y explicativa fue estudiada desde la década de los setenta, y se reconoce la presencia de patrones disfuncionales en las relaciones familiares (Aguinaga et al., 2000). Al respecto se observa que la teoría psicodinámica menciona el trastorno vincular entre madres e hijas, en el cual se evidencian problemas en el proceso de individuación lo cual conllevaría al desarrollo de un TCA como una forma de diferenciación (Behar, 2004).

Por su parte Seijas y Sepúlveda (2005), reportan que en familias, en las cuales hay un miembro con este trastorno, se observa un marcado sobreinvolucramiento y que existe la tendencia a no fomentar la independencia de los integrantes del núcleo familiar. Staudt y Rojo (2006), comentan que estas familias reflejan una falsa felicidad y están caracterizadas por la rigidez al cambio y la falta de resolución de conflictos. Es decir, que la familia puede constituirse como un factor protector cuando un entorno familiar es positivo

(Davis et al., 2004), pero no cuando los padres exhiben estilos parentales negligentes o permisivos (Moreno et al., 2020).

Desde el enfoque de la terapia familiar sistémica, se ha sugerido que el funcionamiento familiar tiene un impacto directo en la aparición y mantenimiento de los TCA (Betrand & Toffanetti, 2004). Minuchin (1999) por ejemplo, desarrolló el modelo estructural con cuatro características influyentes que alientan la somatización: el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la falta de resolución de conflictos. Por otro lado, el modelo circuplejo de Olson (2000), aborda el funcionamiento familiar, en base a tres dimensiones: 1) La cohesión se define como el nivel de separación y proximidad al tiempo compartido, y asimismo, las familias pueden ubicarse en cinco niveles de cohesión: desligada, separada, conectada, muy conectada y aglutinada; donde ambos extremos son perniciosos. 2) La adaptabilidad, requiere el equilibrio entre el cambio y la estabilidad, y comprende cinco niveles en los que se pueden ubicar las familias: rígida, poco flexible, flexible, muy flexible y caótica; donde los niveles intermedios son más funcionales que los niveles extremos. 3) La comunicación familiar entre padres e hijos, permite el movimiento de las otras dos dimensiones (Fernández et al., 2015).

Las “familias psicósomáticas” se caracterizan por una organización y funcionalidad particular, donde su sintomatología se localiza en los rituales, reglas de interacción y pautas transgeneracionales que permiten que el ámbito familiar sea un sistema impermeable y rígido (Ospina et al., 2017). En las familias funcionales, en cambio, las reglas sirven como una guía y orientación de las pautas de interrelación, mientras que en familias patológicas se usan para mantener el *statu quo* y para evitar el cambio (Whitaker & Bumberry, 1998).

Onnis (1996) por su parte, expone tres tipos de organización familiar que se asocian con los TCA, en base a las pautas relacionales conocidas como coaliciones, alianzas y triangulaciones. Estos tipos son: 1) Tipología A, donde el hijo/a está apegado a la madre y es víctima de un padre ausente que permanece relativamente periférico a esta coalición. Se relaciona con la anorexia restrictiva. 2) Tipología B, donde el hijo/a está apegado al padre y es víctima de una madre hostil y rechazada. Esta alianza suele ser frecuentemente disimulada y se asocia con anorexia y bulimia. 3) Tipología C, donde el hijo/a no está apegado ni al padre ni a la madre, inclusive puede hacer de

péndulo entre ambos. Es frecuente en casos de anorexia restrictiva.

Sobre las vinculaciones entre los TCA y la funcionalidad familiar, los estudios de Waller y otros (1998), revelaron que en las familias de los pacientes con estos trastornos hay menos cohesión, adaptación y comunicación familiar, comparadas con personas que no padecen dichos trastornos. En la investigación de Leung, Schwartzman y Steiger (1996), también se halló que las personas con altos puntajes en insatisfacción corporal provenían de sistemas familiares disfuncionales, con bajos niveles de adaptabilidad y cohesión. Otros estudios con muestras de estudiantes universitarios, reportaron que, si la disfunción familiar se eleva, también se incrementa el riesgo de padecer TCA (Cruzat et al., 2008). Asimismo, los resultados del estudio de Botta y Dumlao (2002) señalan que, si hay una óptima comunicación entre padres e hijas, se cuenta con mejores recursos afectivos para afrontar la aparición del TCA, pero si el afrontamiento es improductivo, esto contribuye al desencadenamiento de los trastornos alimenticios.

Por otro lado, se han reportado aspectos diferenciales en las interacciones familiares en sujetos con síntomas de anorexia y bulimia, puesto que los sujetos con anorexia describen a sus familias como cohesivas y organizadas con una baja tolerancia al conflicto (Fornari et al., 1999), mientras que los sujetos con bulimia declaran que sus familias son significativamente más conflictivas y menos cohesionadas (Cruzat et al. 2008). Asimismo, los resultados de la investigación de Fuentes y García (2015), indicaron que el estilo parental condescendiente actúa como un factor de protección, en tanto el estilo autoritario actúa como factor de riesgo.

Por otro lado, la influencia de modelos estéticos corporales de la sociedad se asocia fuertemente a la presencia de un TCA (Salazar, 2008). En ese sentido, se puede observar que la globalización genera nuevos estándares de belleza y cuidado del aspecto físico y alimentación lo cual sería potencialmente desencadenante de estos trastornos (Vargas, 2013). Es así que autores como Basurte y otros (2011), ponen el factor sociocultural como etiológicamente relevante al momento de describir los TCA, ya que sería un generador de insatisfacción corporal. Siguiendo a Culbert y otros (2011) dentro de la influencia sociocultural transmitida a través de los canales de difusión de información, se tiene que la comparación social y la internalización del ideal de delgadez puede

generar incluso depresión y problemas de autoestima en la población adolescente.

En consecuencia, el desarrollo de los estereotipos corporales está formado por las influencias socioculturales, las cuales se pueden resumir según Behar (2010) en: el patrón cultural de la belleza, estereotipos erróneos sobre la mujer, la clase social, el modelaje, los medios de difusión y la cultura de la imagen, la publicidad y el culto narcisista a la imagen corporal. De este modo, la imagen distorsionada de la belleza en los anuncios crea una fuerte influencia en las mujeres, especialmente en las adolescentes, que se preocupan demasiado por su peso (Bazán & Miño, 2015). Asimismo, son más exigentes e intransigentes los modelos culturales estéticos respecto a la belleza femenina que para con la masculina, por ende, la insatisfacción corporal es más frecuente en las mujeres (Coleman & Hendry, 2003).

Asimismo, Behar y otros (2005) reportan la diferenciación entre factores desencadenantes y mantenedores, siendo los primeros, la edad adolescente, las malas experiencias en interacciones sociales; y entre las segundas, las consecuencias físicas y las cogniciones anoréxicas, así como la disfunción en la interacción familiar. Debido a todo ello, se puede concluir que si se quiere realizar una comprensión profunda de estos trastornos se debe tener en cuenta su origen biopsicosocial.

A partir de su origen multifactorial, se observa que la incidencia de estos trastornos ha ido incrementándose, lo cual genera preocupación para el ámbito científico y de la salud. Respecto a la epidemiología, se reporta según la APA (2014), que alrededor del 90% de las personas que desarrollan un TCA son mujeres, asimismo, cabe resaltar que ya desde tiempo atrás, autores como Sullivan (1995) refieren que estos trastornos son un problema de salud pública.

En este sentido, Aguinaga y otros (2000) refieren que las cifras de incidencia en la década de los 60 fue de 0.37%, en los 70 fue de 0.74%, 6.3% en los 80 y en la década de los 90 pasó a un 3.4% en mujeres de 15 a 29 años. Actualmente, por ejemplo, en países europeos como España, el 8.8% de adolescentes está en riesgo de desarrollar un TCA (Guirado, & Ballester, 2005), y con respecto al contexto estadounidense, la prevalencia de anorexia y bulimia asciende a un 19% de la población (Yager, & O'Dea, 2008).

En Latinoamérica, países como Chile tienen un índice de prevalencia de 8.3% de TCA en jóvenes de 11 a 19 años (Correa et al., 2006). Siguiendo los datos brindados por el Instituto Nacional de la Salud (2012)

la anorexia nerviosa afectaría a un 1% de la población femenina mientras que la bulimia a un 1.9% de la población femenina siendo ambas más frecuentes en la adolescencia media y tardía. En el caso de Perú, el estudio de Ponce y otros (2017), reporta que de una muestra de 440 estudiantes de primer año de universidad un 10.1% tiene prevalencia de posible diagnóstico de TCA.

En este sentido, este incremento progresivo de los casos de TCA sugiere el estudio de los factores de riesgo en torno al desarrollo de un trastorno de esta índole. También es necesario resaltar, que este riesgo de padecer un TCA viene dado por el sexo y la edad adolescente (Aguinaga et al., 2000). Estévez (2013) comenta al respecto, que la alimentación en los adolescentes es un factor fundamental, para un adecuado desarrollo a nivel psicológico, social y físico. Otros autores como Domenech (2005) refieren que entre los trastornos que pueden sufrir los adolescentes se encuentran los TCA y que ello requiere de atención a nivel preventivo y de intervención.

Respecto a la prevención de los TCA, Casado y Helguera (2008) comentan que los programas actuales se basan en la información a la población, la identificación de grupos de riesgo y las intervenciones sobre los estereotipos. Debido a ello, es necesario el conocimiento del panorama específico, así como más estudios predictivos sobre el tema con el fin de realizar una prevención más focalizada en los factores con

mayor impacto predictivo. Por otro lado, actualmente el tratamiento de estos trastornos va de la mano de la psicoterapia cognitiva y la farmacología antidepressiva. Siguiendo a Gascón y Migallón (2012), el tratamiento siempre dependerá de las características específicas del caso de la paciente, de su gravedad, la historia clínica y el tipo de síntomas que manifiesta.

De este modo, la presente investigación pretende analizar cómo impacta la insatisfacción corporal, la funcionalidad familiar y los modelos estético corporales en los trastornos de conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes peruanas. En tal sentido, las hipótesis de esta investigación plantean que:

- H1: El grado de insatisfacción corporal en mujeres adolescentes de Arequipa será moderado alto y se relaciona con el riesgo de desarrollo del TCA.
- H2: Los patrones de funcionamiento familiar en adolescentes mujeres que indiquen una inadecuada cohesión y adaptabilidad se relacionan con el riesgo de desarrollo del TCA.
- H3: Una alta percepción de la influencia de modelos estéticos corporales de la sociedad se relaciona con el riesgo de desarrollo del TCA.
- H4: La variable que tiene mayor potencia predictiva para el desarrollo del TCA es el funcionamiento familiar.

Método

Diseño de investigación

El diseño de investigación utilizado en la presente investigación es asociativo predictivo transversal según Ato y otros (2013), ya que se pretende analizar, previo análisis asociativo de las variables de estudio, cuál de las variables consideradas independientes tiene mayor efecto predictivo en los trastornos de conducta alimentaria.

Participantes

Se evaluó a 1131 estudiantes de nivel secundario de la ciudad de Arequipa de instituciones educativas públicas y privadas, tomando como criterios de inclusión que sean mujeres y que tengan edades de 11 a 17 años. Las participantes fueron seleccionadas de manera intencional mediante la técnica de grupos intactos según la distribución por grado y sección correspondiente a cada colegio seleccionado según las facilidades brindadas para el acceso a la evaluación de

la muestra. Según la edad, el 3.5% de la muestra tiene 11 años, el 13.2% 12 años, el 12.7% 13 años, el 11.1% 14 años, el 16.2% 15 años, el 21.1% 16 años y el 22.2% 17 años. Según el grado que cursan en secundaria, el 14.6% está cursando el primer grado de secundaria, el 17% segundo grado, 17.2% tercer grado, 19.8% cuarto grado y el 31.4% el quinto grado.

Instrumentos

Body Shape Questionnaire (BSQ). Los autores de esta prueba que mide la insatisfacción corporal son Cooper y otros (1987). La prueba consta de 34 ítems en una escala de respuesta tipo Likert con seis niveles de "Nunca" (1) a "Siempre" (6). Ha sido validada para el contexto peruano por Baños y Aguilar (2020), quienes pusieron a prueba cinco modelos de estructura interna, y se optó por el modelo bifactorial, que tiene un índice de confiabilidad de .96 obtenido con la prueba Omega de McDonald. La dimensión Insatisfacción corporal se

compone de 20 ítems y un puntaje de 0 a 58 sugiere un nivel bajo, mientras que puntajes entre 59 a 120 sugieren un nivel alto. La dimensión Preocupación por el peso consta de 14 ítems y los puntajes de 0 a 53 sugieren un nivel bajo, mientras que puntajes de 54 a 84 sugieren un nivel alto.

Faces III. Creado por Olson y otros (1985), y adaptado a la población peruana por Reusche (1994, citado por Arias, Rivera et al., 2019). Su administración puede ser individual o colectiva, y comprende 20 ítems con cinco alternativas de respuesta en una escala tipo Likert de “Nunca” (1) a “Siempre” (5), distribuidos en dos dimensiones. La dimensión Cohesión ofrece los siguientes tipos: desligada (D, 10 a 31 puntos), separada (S, 32 a 37 puntos), conectada (C, 38 a 43 puntos) y aglutinada (A, 44 a 50 puntos). La dimensión Adaptabilidad ofrece los siguientes tipos: rígida (R, 10 a 19 puntos), estructurada (E, 20 a 24 puntos), flexible (F, 25 a 29 puntos) y caótica (C, 30 a 50 puntos) (Olson y otros, 1983). En la adaptación peruana se utilizó el método test-retest para calcular la confiabilidad de las dos dimensiones, con un intervalo de 4 a 5 semanas, y con índice de .83 para cohesión y .80 para adaptabilidad.

Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26). Creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) en España, cuya finalidad es medir las influencias culturales y estéticas que se usan para justificar el adelgazamiento. El cuestionario original consta de 40 ítems y su puntuación es de 0 a 2 puntos (“Nunca” = 0, “A veces” = 1 y “Siempre” = 2). Está dividido en cinco dimensiones: Malestar por la imagen corporal, Influencia de las situaciones sociales, Influencia de la publicidad, Influencia de los modelos sociales e Influencia de los mensajes verbales. Se usó la versión adaptada a la población peruana que supuso la eliminación de ítems debido a que mostraron una correlación ítem-test baja y una estructura interna de cuatro factores empleando el AFC mediante el método de extracción de Componentes Principales con la rotación Oblimin (Agesto et al., 2017). De este modo, se evalúan cuatro factores: Angustia por la imagen corporal ($\alpha = .84$), Influencia de la publicidad ($\alpha = .92$), Influencia de los mensajes verbales ($\alpha = .68$) e Influencia de modelos y situaciones sociales ($\alpha = 0.79$).

Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-26). Elaborado por Garner y Garfinkel (1979), ha sido utilizado como instrumento de monitorización como también para la detección temprana de un TCA. La prueba consta de 26 ítems distribuidos en tres factores, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro niveles: “Siempre” = 6, “Casi siempre” = 5, “Varias veces” = 4, “Algunas veces” = 3, “Casi nunca” = 2 y “Nunca” = 1. En el Perú, Huerta (2004) realizó validación de la prueba adaptándola a nuestro medio teniendo como resultado un índice de confiabilidad con la prueba Alfa de Cronbach de .72. Los factores son tres. Anorexia, que consta de 12 ítems; cuyos puntajes de 1 a 15 sugieren que no hay riesgo y puntajes de 16 a 31 indican la presencia de riesgo. Bulimia consta de 6 ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26; cuyos puntajes de 1 a 6 puntos indican que no hay riesgo y de 7 a 13 que sí hay riesgo. Control oral consta de 7 ítems; cuyos puntajes de 1 a 9 indican que no hay riesgo y de 10 a 19 que sí hay riesgo.

Procedimientos

Primeramente, se procedió a presentar las solicitudes necesarias a las instituciones educativas en donde se efectuaron las evaluaciones. Cuando las solicitudes fueron aceptadas se realizó el muestreo mediante la técnica de grupos intactos según las secciones de cada grado correspondiente a las instituciones educativas involucradas. Luego se coordinó con los tutores de acuerdo al grado y sección sobre los horarios disponibles de las alumnas. Ya realizado el muestreo se explicó a las secciones seleccionadas el propósito del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado por los padres de cada una de las alumnas. Cuando ellas tuvieron firmado el consentimiento informado se procedió a presentarles el asentimiento informado y posteriormente se aplicó las evaluaciones durante las cuales se fue guiando y absolviendo interrogantes.

Análisis de datos

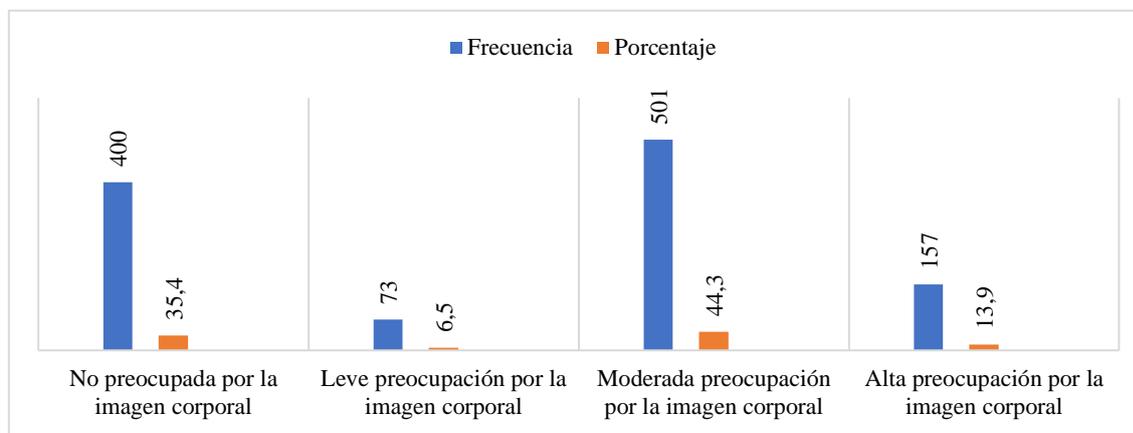
Concluida esta etapa se realizó la tabulación de datos y el procesamiento estadístico correspondiente. Se codificaron los datos en una plantilla de Excel para posteriormente hacer los análisis de los estadísticos descriptivos mediante la prueba Chi cuadrado con cada variable y finalmente realizar el análisis de regresión. Todas estas pruebas se llevaron a cabo utilizando el software estadístico SPSS versión 22.0.

Resultados

Los estadísticos descriptivos de la Imagen corporal que se presentan en la Figura 1 indican que el 35.4% no muestra una preocupación marcada por la imagen corporal, el 6.5% refiere una leve preocupación, el

44.3% muestra una moderada preocupación por la imagen corporal y el 13.9% una alta preocupación por la imagen corporal.

Figura 1.
Resultados globales de la evaluación en imagen corporal

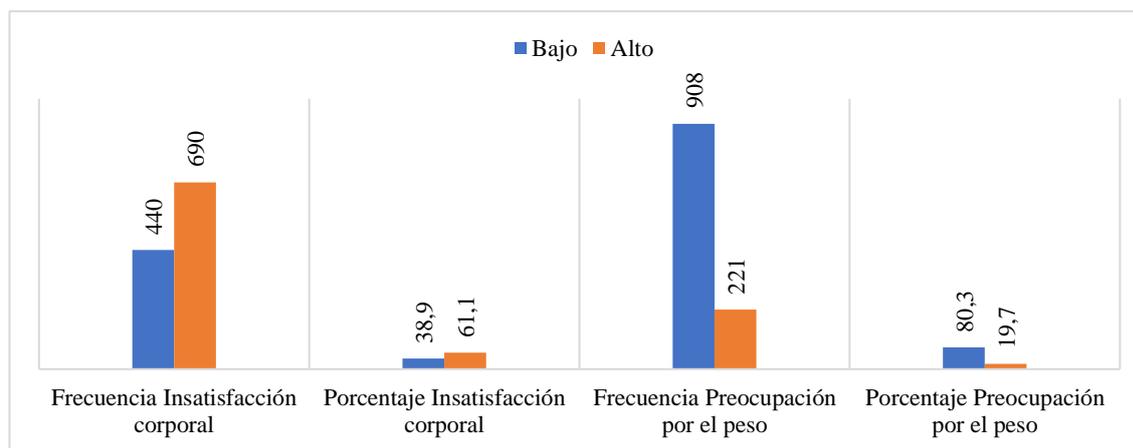


Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

En la Figura 2, se aprecia que con respecto a las dimensiones de la variable Imagen corporal, el factor Insatisfacción corporal el 61.1% de las estudiantes presenta niveles altos mientras que solo un 38.9%

refiere una baja insatisfacción corporal. En cuanto a la dimensión Preocupación por el peso, encontramos que un 80.3% presenta en un nivel bajo mientras que el 19.7% presenta una alta preocupación por el peso.

Figura 2.
Resultados de la evaluación de las dimensiones de la imagen corporal

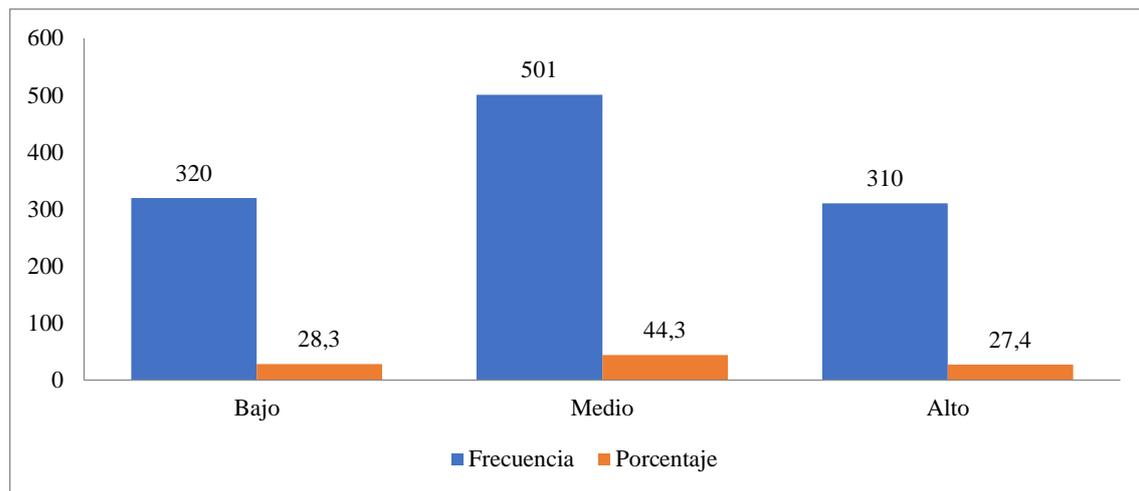


Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

A continuación, se analizaron los datos descriptivos en torno a la influencia de los modelos estéticos corporales en la percepción de la imagen corporal y su relación con el riesgo de TCA. En la Figura 3 se aprecia que el

44.3% presenta una moderada influencia de los modelos estético corporales en su imagen corporal, el 28.3% un bajo riesgo y un 27.4% una influencia alta.

Figura 3.
Influencia de modelos estético corporales



Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

Seguidamente se muestra en la Tabla 1 que no existe una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de TCA y la insatisfacción corporal ($\chi^2= 0.378$; $p= .539$). Se observa que la mayoría de evaluadas que

no tiene riesgo de TCA (59.7%) o que tiene un alto riesgo del mismo (61.5%) presenta una alta insatisfacción corporal.

Tabla 1.
Insatisfacción corporal y riesgo de TCA

<i>Insatisfacción corporal</i>		<i>Baja</i>	<i>Alta</i>	<i>Total</i>
<i>Riesgo de TCA</i>	No hay riesgo	131 40.3%	194 59.7%	325 100%
	Alto riesgo	309 38.3%	496 61.5%	806 100%
<i>Total</i>		440 38.9%	690 61%	1131 100%

Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

En la Tabla 2 se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de TCA y la cohesión familiar ($\chi^2= 21.546$; $p< .001$). Es así que

un alto riesgo de TCA se presenta mayormente en aquellas adolescentes que provienen de familias separadas (59.7%) o desligadas (23.1%).

Tabla 2.
Cohesión y riesgo de TCA

		<i>Cohesión</i>				<i>Total</i>
		<i>Desligada</i>	<i>Separada</i>	<i>Conectada</i>	<i>Aglutinada</i>	
<i>Riesgo de TCA</i>	No hay riesgo	109 33.5%	186 57.2%	30 9.2%	0 0%	325 100%
	Alto riesgo	186 23.1%	481 59.7%	129 16%	10 1.2%	806 100%
<i>Total</i>		295 26.1%	667 59%	159 14.1%	10 0.9%	1131 100%

Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

En la Tabla 3, se aprecia que el riesgo de TCA y la adaptabilidad familiar están relacionadas entre sí

significativamente ($\chi^2= 11.354; p= .003$), siendo así que las evaluadas con un alto riesgo de TCA mayormente provienen de familias caóticas (89.5%).

Tabla 3.
Adaptabilidad y riesgo de TCA

		<i>Adaptabilidad</i>			<i>Total</i>
		<i>Estructurada</i>	<i>Flexible</i>	<i>Caótica</i>	
Riesgo de TCA	No hay riesgo	4 1.2%	53 16.3%	268 82.5%	325 100%
	Alto riesgo	3 0.4%	82 10.2%	721 89.5%	806 100%
Total		7 0.6%	135 11.9%	989 87.4%	1131 100%

Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

En la Tabla 4 se observa que no existe una relación entre la influencia de los modelos estético corporales y el riesgo de TCA ($\chi^2= 2.014; p= .365$). Se observa también que tanto aquellas personas que no tienen

riesgo de TCA (41.2%) como aquellas con un alto riesgo (45.5%) presentan mayormente un nivel medio de influencia de modelos estético corporales.

Tabla 4.
Influencia de modelos estéticos corporales y riesgo de TCA

		<i>Influencia de los modelos estético corporales</i>			<i>Total</i>
		<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	
Riesgo de TCA	No hay riesgo	100 30.8%	134 41.2%	91 28.0%	325 100%
	Alto riesgo	220 27.3%	367 45.5%	219 27.2%	806 100%
Total		320 28.3%	501 44.3%	310 27.4%	1131 100%

Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

Respecto al impacto de la insatisfacción corporal, el funcionamiento familiar y la influencia de los modelos estéticos corporales, sobre el riesgo de desarrollar un TCA, formulamos un modelo predictivo en el que luego de realizar los filtros correspondientes tomando como variables independientes a las variables antes mencionadas, solo quedaron dos con potencia predictiva sobre el riesgo de TCA.

En la Tabla 5, se aprecian las dos variables que quedaron en el modelo de regresión propuesto, que son tanto cohesión como adaptabilidad, ambas dimensiones

de la funcionalidad familiar, las que tienen poder predictivo sobre el riesgo de desarrollar un TCA. Siendo así que aquellas adolescentes que provienen de familias conectadas tienen 2.24 más probabilidades de tener riesgo de TCA que aquellas que provienen de familias desligadas ($p= .001$).

Tabla 5.
Modelo de regresión logístico

	OR	Wald	p	95% C.I. para OR	
				Inferior	Superior
Cohesión familiar					
Desligada (variable de contraste)	1	10.634	.014		
Separada	1.366	3.600	.058	.990	1.885
Conectada	2.238	10.512	.001	1.375	3.643
Aglutinada	8375174	.000	.999	.000	-
Adaptabilidad familiar					
Estructurada (variable de contraste)	1	3.644	.162		
Flexible	2.194	.997	.318	.469	10.262
Caótica	2.944	1.959	.162	.649	13.359
Constante	274.469	.000	.999		

Nota: Resultados en frecuencias y porcentajes

Discusión

Identificar o tratar de señalar las causas de un TCA deriva en el análisis de los factores potencialmente riesgosos para su aparición y desarrollo (Gismero, 2020). Autores como Cervera y otros (2003), resaltan la importancia de algunos rasgos emocionales y de personalidad como el perfeccionismo, un patrón de emociones negativas, algunos síntomas depresivos, un bajo nivel de autoestima y estilos de afrontamiento inadecuados para el desarrollo de un TCA; que incluso podrían asociarse con el riesgo de intento de suicidio (Gonzalez-Fuentes & Andrade, 2013). Evidentemente, tampoco pueden dejarse de lado aspectos biológicos, genéticos y hereditarios para el desarrollo de los TCA. Culbert y otros (2011) por ejemplo, calcularon que en la etapa de la adolescencia las modificaciones y variaciones genéticas, tanto biológicas como psicológicas, son causantes del 50% al 85% de los factores de riesgo para el desarrollo de un TCA.

En el presente estudio, se han considerado tres variables que son frecuentemente reportadas en la literatura especializada como determinantes en el desarrollo de los TCA: la insatisfacción corporal, el funcionamiento familiar y la influencia social de los modelos estéticos corporales (Ruíz et al., 2013; Toro, 2004). En primer lugar, con respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, el 44.3% de las participantes muestra preocupación moderada por la imagen corporal y un 13.9% manifiesta una alta preocupación con respecto a esta variable. En ese sentido, un estudio reciente ha reportado que 58.1% de las mujeres jóvenes sobrestiman su IMC, lo cual se asocia con la insatisfacción de la imagen corporal (Acuña et al., 2020). En Perú, Martínez y otros (2003), han encontrado que un 85.7% de una muestra representativa de adolescentes de Lima desean tener un peso inferior al normal para su talla. Sin embargo, se ubican por

debajo de los hallazgos de otro estudio realizado en la ciudad de Arequipa, en el que se reportó que un 34.8% de una muestra de 258 adolescentes tenía preocupación por su peso con niveles moderados y altos luego de aplicar el BSQ (Vela & Veleró, 2014). Se aprecia también que el 61.5% de las participantes presenta un elevado nivel de insatisfacción corporal y un alto riesgo de desarrollo de un TCA, aunque no se han encontrado asociaciones significativas, lo cual supone rechazar la primera hipótesis.

Por otro lado, en cuanto a los patrones de funcionamiento familiar, la dimensión cohesión indica que predominan familias separadas, en las cuales los límites internos y externos son semi-abiertos y priman las decisiones individuales sobre las familiares (Olson, 2000). La dimensión de adaptabilidad denota que priman las familias caóticas, es decir, hay falta de responsabilidad, límites y las normas cambian constantemente (Olson et al., 1983). Asimismo, el 59.7% de la muestra que percibe a sus familias como separadas manifiestan un alto riesgo de desarrollo de TCA, mientras que el 89.5% de las adolescentes que perciben a sus familias con una adaptabilidad caótica tienen un alto riesgo de desarrollo de un TCA. Por ende, los resultados obtenidos confirman nuestra segunda hipótesis y coinciden con una larga línea de investigaciones que postulan que un inadecuado equilibrio tanto en cohesión como adaptabilidad generarían escenarios de riesgo potencial para el desarrollo de TCA (Vidovic et al., 2005; Waller et al., 1988).

Por ejemplo, Avalos y Samada (2020) reportaron que el 56% de las adolescentes con anorexia nerviosa califican a sus familias como desunidas, mientras que el 50% de quienes tienen bulimia perciben una baja cohesión familiar, poca armonía y falta de

comunicación. Abordando la dimensión de adaptabilidad, se puede mencionar a Botta y Dumlaio (2002) que coinciden en que la falta de adaptación adecuada a los conflictos y la ausencia de una comunicación sana y abierta en las familias, puede propiciar la aparición de TCA agravando las conductas alimentarias de riesgo. Cruzat y otros (2008) enfatizan que las “familias anoréxicas” se caracterizan por la evitación de conflictos, lo que ocasiona el mantenimiento de la sintomatología e incrementa la falta de conciencia de la enfermedad por parte de la paciente.

Por otro lado, también se ha señalado que las familias sobreprotectoras y autoritarias, que obstaculizan la independencia de los hijos, son más propensas a la aparición de TCA (Silva & Sánchez-Sosa, 2006). Según Fuentes y García (2015), un estilo parental negligente actuaría como un factor de riesgo, ya que, si los padres no se involucran en la crianza ni las relaciones sociales de los hijos, estos estarían más indefensos. Selvini y otros (1990) postulan que las familias con anorexia nerviosa se caracterizan por problemas de comunicación y padres que no representan un rol de liderazgo ante los conflictos. Vásquez y otros (2010), concluyeron en su estudio, que las adolescentes que tenían presunción diagnóstica de TCA percibían a sus familias como menos expresivas y que primaba la actuación sobre la conexión. Asimismo, otro mecanismo en el que actúa la familia sobre los TCA es el modelado, pues un estudio reciente ha reportado que la insatisfacción corporal de las madres y la influencia de los modelos estético corporales se correlacionan positivamente con los puntajes obtenidos en estas mismas variables por sus hijas, quienes además perciben a sus madres como afectivamente frías e indiferentes (Cavieres et al., 2019).

Precisamente, se encontró también la influencia de los modelos estéticos corporales en los TCA. Según Álvarez y otros (2007) los factores socioculturales determinan los estándares de belleza exaltando la delgadez y el culto al cuerpo. En este estudio se encontró que el 44.3% evidencia una moderada influencia de los modelos estéticos corporales en la percepción de la imagen corporal, y que el 27.4% refleja un elevado nivel de influencia de estos modelos corporales. Con estos resultados podemos decir, que, en nuestro entorno, existen presiones sociales para la mujer, sobre el peso y la imagen corporal, que les impele a seguir pautas de alimentación restrictivas que van más allá de un adecuado cuidado de la salud (Rivarola & Penna, 2006). Sin embargo, otro estudio

realizado en Arequipa, con 2763 escolares de sexo femenino, reportó que, si bien la severidad de los síntomas de los TCA se relaciona con la exposición a los medios de comunicación, se encuentra mediada por el nivel socioeconómico, siendo más afectadas las adolescentes de estratos económicos más bajos (Delgado, 2010).

También encontramos que un 45.5% de la muestra presenta una moderada influencia de los MEC y un alto riesgo de TCA, mientras que el 27.2% tiene una alta influencia de modelos estéticos corporales y alto riesgo de TCA, pero sin alcanzar la significancia estadística, lo que no confirma la tercera hipótesis. Sobre este aspecto, Lucciarini y otros (2021), señalan que, a partir de la difusión del modelo estético corporal a través de las redes sociales, son principalmente las adolescentes quienes hacen grandes esfuerzos por alcanzarlos o imitarlos. Por ejemplo, Lazo y otros (2015) evaluaron a 483 escolares limeños de entre 12 a 17 años de colegios privados y públicos, hallando que a mayor influencia de los medios de comunicación existe mayor probabilidad de riesgo de padecer TCA. En el mismo contexto, Agosto y otros (2017) utilizando el CIMEC, reportaron que la relación entre las dimensiones de influencias del modelo estético y la variable de insatisfacción corporal, son positivas y significativas. De igual modo, Ponce y otros (2017) dieron a conocer que dos fuertes predictores para el riesgo de desarrollar un TCA en universitarios limeños, son la influencia de los anuncios televisivos de productos para adelgazar y la influencia de la imagen corporal de modelos de pasarela.

Finalmente, a partir del análisis de regresión se obtuvo como resultado que solo la cohesión familiar tiene potencia predictiva en el riesgo de padecer un TCA, es decir, que las participantes que perciben a sus familias como menos integradas tienen mayor posibilidad de desarrollar un TCA, confirmando lo que postula la psicopatología alimentaria sobre su asociación con la presencia de ambientes familiares desfavorables para el desarrollo óptimo del individuo (Davis et al., 2004). Al respecto, Begovac y otros (2005) reportaron que las adolescentes con riesgo de TCA percibían a sus familias como escasamente unidas y a su vez, resaltaron la poca comunicación con sus madres. Este tema también ha sido abordado desde el Modelo Circumplejo de Olson en el que se mencionan las relaciones diádicas como factores a tratar a profundidad en el abordaje de estos trastornos (Olson et al., 1983). Desde la perspectiva familiar sistémica, se propone que si el adolescente identificado como “enfermo” cumple

la función de ser un mecanismo regulador para mantener la homeostasis familiar entonces se requiere que siga enfermo; por ende, cualquier cambio va a perjudicar el equilibrio del sistema patológico familiar (Ospina et al., 2017). Por otro lado, Botta y Dumlao (2002) indican que es la falta de comunicación y la carencia de lazos familiares seguros, lo que hace vulnerables a las adolescentes ante la información de su medio relacional.

De igual forma, en el contexto peruano, Rosas (2017) reportó que hay una relación estadísticamente significativa entre los TCA y la dinámica familiar. En el ámbito local, Aguilar (2019), halló que hay una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de TCA y el funcionamiento familiar. Siguiendo los resultados obtenidos, se puede decir entonces que la cuarta hipótesis queda confirmada y se llega a la conclusión que los adolescentes le otorgan un papel fundamental a la autopercepción que tienen sobre su propia imagen corporal, y que va a estar influenciada por el contexto sociocultural del adolescente, siendo esenciales las interacciones en el seno familiar.

Asimismo, el hecho de que hay un elevado grado de insatisfacción corporal que ronda el 60% de la muestra, así como una moderada influencia de modelos estéticos corporales en el 44.3% de las participantes nos da un panorama en el que se deben implementar programas de prevención de los TCA en los colegios públicos y privados evaluados, así como en otros centros escolares. En ese sentido, sería importante el diseño y ejecución de programas basados en modelos eficaces para la prevención de los TCA (Zagalaz et al., 2002), que refuercen la autoaceptación (Gonzalez-Fuentes & Andrade, 2013) y fomenten hábitos alimentarios saludables (Guirado & Ballester, 2005). Así también, se debería realizar tamizajes permanentes para valorar la incidencia de los TCA y detectar los casos de mayor riesgo, mediante diversas técnicas de evaluación, individuales y colectivas, según sea el caso; prestando singular atención a las quejas somáticas y las alteraciones metabólicas (Álvarez et al., 2014), ya que

los TCA tienen múltiples implicancias para la salud, que ponen en riesgo incluso la vida de las personas afectadas (Peña, 2020).

De igual manera, se podrían implementar talleres orientados a fortalecer la integración familiar, eliminando las alianzas, coaliciones y triangulaciones; mediante el establecimiento de límites, roles y funciones claras, acordes con la estructura y dinámica familiar en los casos con mayor riesgo de TCA (Minuchin & Fishman, 1996). El establecimiento de rutinas familiares en torno a la alimentación es otra forma de abordar esta problemática y enriquecer los lazos afectivos que brindan soporte emocional a los hijos. Aguaded y otros (2014) mencionan, por ejemplo, que comer en familia disminuye las conductas compensatorias de los pacientes, y Marmo (2014) menciona que los sistemas de apoyo tanto social y familiar son favorables porque proporcionan una adecuada seguridad emocional. Todo ello, ayudaría a formar un *self* más diferenciado en los adolescentes, a partir del funcionamiento familiar (Fiorini et al., 2021), de modo que una identidad personal mejor integrada, sólidamente constituida y emocionalmente madura, derive en una autopercepción física saludable que permita reducir el riesgo de TCA a través de una adecuada satisfacción corporal.

Finalmente, cabe mencionar que, a pesar de algunas limitaciones, como, por ejemplo, la selección intencional de la muestra, el análisis categorial de los datos descriptivos (Rabadán et al., 2001), o la percepción unilateral sobre las relaciones familiares que en este caso nos brindan las adolescentes evaluadas (Blodgett & Gondoli, 2011); el presente estudio busca ahondar más en el tema de los TCA y da pie a seguir investigando más a fondo los factores asociados a su origen y desarrollo. Además, constituye un antecedente importante para el análisis y la discusión de una problemática que afecta la salud de las adolescentes peruanas, y particularmente arequipeñas.

Referencias

- Acuña, V., Niklitschek, C., Quiñones, A., & Ugarte, C. (2020). Insatisfacción de la imagen corporal y estado nutricional en estudiantes universitarios. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 279-294. <https://doi.org/10.33898/dr.p.v31i116.344>
- Agosto, J., Barja, B., & Santillán, A. (2017). Influencia del modelo estético e insatisfacción corporal en adolescentes mujeres de una institución educativa estatal de Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 10(1), 9-15.
- Aguaded, M. J., Álvarez, L., & Ezquerro, M. (2014). La alimentación familiar, Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de

- la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 19, 2051-2069.
- Aguilar, N. (2019). *Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa 2019*. (Tesis de Licenciatura de Medicina). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Aguinaga, M., Fernández, J., & Varo, R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria: revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(2).
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6930>
- Alvarado, N., & Silva, C. (2014). Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 189-197.
- Álvarez, G., Nieto, M. L., Mancilla, J. M., Vázquez, R., & Ocampo, M. T. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud*, 17(2), 251-260. <https://doi.org/10.25009/pys.v17i2.709>
- Álvarez, M. A., Hernández, M. R., Jiménez, M., & Durán, A. (2014). Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios. Diferencias por sexo. *Revista de Psicología*, 32(1), 121-138.
- Arias, W. L., Quispe, J. N., Ceballos, K. D., & Núñez, A. L. (2019). Body dissatisfaction, stressful life events and coping styles in models from Lima (Peru). *EC Nutrition*, 14(12), 1-12.
- Arias, W. L., Rivera, R., Laurie, P., & Ceballos, K. D. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson en estudiantes universitarios. *Perspectiva de Familia*, 4, 47-66.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Avalos, M. V., & Samada, Y. (2020). Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes. *Didáctica y Educación*, 11(6), 1-26.
- Baños, J., & Aguilar, K. (2020). Body Shape Questionnaire (BSQ): estructura factorial y fiabilidad en universitarios peruanos. *Avances en psicología*, 28(2), 269-278.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.v28n2.2254>
- Basurte, V., Sevilla, V., & Holguera, O. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina*, 10(86), 5817-5824.
- Bazán, C., & Miño, R. (2015). La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Psicodebate*, 15(1), 1515-1251.
- Bazo-Alvarez, J. C., Bazo-Alvarez, O. A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. M. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Funcionalidad Familiar FACES-III: Un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462-470. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.33.2299>
- Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilij, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.615>
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42 (3), 183-194.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4).
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Behar, R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 56(3), 177-185.
- Behar, R., Arriagada, M., & Casanova, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista Médica de Chile*, 133, 1407-1414.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-98872005001200001
- Betrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Blodgett, E., & Gondoli, D. (2011). A 4-year longitudinal investigation of the processes by which parents and peers influence the

- development of early adolescent girls' bulimic symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 31(3), 390-414.
- Borrego, H. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia. *Información y Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(2), 44-50.
- Botta, R., & Dumlao, R. (2002). How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health Communication*, 14(2), 199-219.
https://doi.org/10.1207/S15327027HC1402_3
- Casado, M., & Helguera, M. (2008). Prevención de los trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, 19(1), 5-26.
- Cavieres, S., Cruzat-mandich, C., Lizana, P., Behar, R., & Díaz-Castrillón, F. (2019). Vínculo madre-hija y su relación con insatisfacción corporal, modelos estéticos y conductas alimentarias. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 57(4), 329-340.
- Cervera, G., Lahortiga, R., Martínez, L., Irala, J., & Alonso, A. (2003) Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿Estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 17(5), 347-350.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. Morata.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Eating disorders*, 6(4), 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707))
- Correa, M., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2). <https://doi.org/10.4067/S0370-41062006000200005>
- Cruzat, C., Marzolo, P., Melipillan, R. & Ramírez, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17(1), 81-90.
- Culbert, K., Racine, S., & Klump, K. (2011). The Influence of Gender and Puberty on the Heritability of Disordered Eating Symptoms. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 6, 177-85.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking Good- Focus family on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
<https://doi.org/10.1002/eat.10250>
- Delgado, A. C. (2010). Severidad de síntomas de trastornos alimenticios, estrato socioeconómico y exposición a los medios de comunicación. *Revista de Psicología (UCSM)*, 7, 33-49.
- Domenech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Bellaterra.
- Estévez, E. (2013). *Los problemas en la adolescencia: Respuestas y sugerencias para padres y educadores*. Editorial Síntesis, S. A.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Welch, D. (1999). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 49-55.
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria: Una investigación desde el modelo circunplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9, 153-162.
- Fiorini, M. C., Patta, M., Guisso, L., & Crepaldi, M. A. (2021). Impacto del funcionamiento familiar na diferenciação do self de universitários brasileiros. *Revista de Psicología*, 39(2), 909-931. <https://doi.org/10.18800/psico.202102.014>
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F., & Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 434-441.
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90087-1](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90087-1)
- Franco, K., Díaz, F., Jesús, D., López, A., Escoto, M., & Camacho, J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica*, 31(2), 219-225.
- Fuentes, M., & García, O. (2015). *Influencia de la socialización familiar en la satisfacción con la imagen corporal en los adolescentes españoles*. Universidad de Valencia.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2),

- 273-279.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>
- Gascón, P., & Migallón, P. (2012). Trastornos de la alimentación. *Instituto Nacional de la Salud Mental*, 3-17.
http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/eating-disorders_esp.pdf
- Gismero, M. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47.
- Gómez, A., Sánchez, B. & Mahedero, M. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 15(1), 54-63.
- Gómez, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R., Guzmán, R., & León, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 68-78.
- Gonzalez-Fuentes M. B., & Andrade, P. (2013). Auto-aceptación como factor de riesgo para el intento de suicidio en adolescentes. *Salud & Sociedad*, 4(1), 26-35.
- Guirado, M. C., & Ballester, R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud. *Anales de Psicología*, 21(1), 58-65.
- Huerta, A. (2004). *TCA en los postulantes del Concurso Extraordinario de la UNSA* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Instituto Nacional de la Salud (2012). *Trastornos de la alimentación*. www.nimh.nih.gov
- Lazo, Y., Quenaya, A., & Mayta, P. (2015). Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(6), 519-525.
- Leung, F., Schwartzman, A. & Steiger, H. (1996). Testing a dual process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 364-375.
- Lucciarini, F., Losada, A. V., & Moscardi, R. (2021). Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Avances en psicología*, 29(1), 33-45.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2348>
- Maganto, C., & Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología*, 20(2), 197-223.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22(2).
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología (PUCP)*, 21(2), 233-269.
- Mayer, L., & Walsh, B. (1998). The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders. *The Journal of Clinical Psychology*, 59(15), 28-34.
- Minuchin, S. (1999). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Molina, M. F., & Raimundi, M. J. (2011). Predictores de la autoestima global en niños de escuela primaria de la ciudad de Buenos Aires. Diferencias en función del sexo y la edad. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3(3), 1-7.
- Montecinos, C., Saldaña, C., Beyle, C., Andrés, A., Moya, R., & Véliz, O. (2018). Insatisfacción corporal y comportamientos anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232018000100057
- Moreno, J. H., Espada, J. P., & Gómez, M. I. (2020). Role of parenting styles in internalizing, externalizing, and adjustment problems in children. *Salud Mental*, 43(2), 73-84.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.011>
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N., & van den Berg, P. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.031>

- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Family Therapy*, 22(2).
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Life Innovation.
- Olson, D., Russell, C., & Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family system. *Family Process*, 22, 69-83.
- Ospina, M., Bolaños, C., & Salazar, D. (2017). Trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia: una metáfora interrelacional de la familia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 165-180.
- Peña, V. M. (2020). Complicaciones médicas de los pacientes con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 115-128.
<https://doi.org/10.33898/dr.p.v31i115.336>
- Pérez, M., Gual, P., Irala, J., Martínez, M., & Lahortiga, F. (2000) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J., & Taype, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 551-561.
- Portela, M., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Portilla, G. (2020). *Acoso escolar e insatisfacción corporal en adolescentes estudiantes del distrito de Ventanilla*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.
- Rabadán, R., Ato, M., & Rodrigo, M. F. (2001). Eating behavior by gender: An alternative methodological approach for the analysis of categorical data. *Psicothema*, 13(2), 271-276.
- Rivarola, M., & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.
- Rodríguez, S., & Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rosas, K. (2017). Relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación de Apuntes Psicológicos*, 2(1).
https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsiologia/article/view/861
- Ruíz, A., Vásquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., & Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Seijas, D., & Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica*, 16(4), 230-235.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini M., & Sorrentino A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.
- Silva, C., & Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183.
- Solano-Pinto, N., de la Peña, C., Solbes-Canales, I., Bernabéu-Brotóns, E. (2018). Perfiles neuropsicológicos en anorexia y bulimia nerviosa. *Revista de Neurología*, 67(9), 355-364.
- Staudt, M., & Rojo, M. (2006) Trastornos de la conducta alimentaria; Anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 156, 24-30.
https://med.unne.edu.ar/revistas/revista156/6_156.htm
- Stice, E., Maxfiel, J., & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of «fat talk». *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 108-117.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.10171>
- Sullivan, P. (1995) Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7793446/>
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. Ariel.
- Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89(3), 147-151.

- <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x>
- Vargas, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- Vásquez, R., Ruiz, A., Álvarez, G., Mancilla, J., & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Vela, A. C., & Valero, S. (2014). Inicio de la actividad sexual e imagen corporal en estudiantes pre-universitarias. *Revista de Psicología (UCSM)*, 11, 31-47.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28. <https://doi.org/10.1002/erv.615>
- Wade, T., Tiggemann, M., Bulik, C. & Fairburn, C. (2008). Shared temperament risk factors for Anorexia Nervosa: A twin study. *Psychosomatik Medicine*, 70(2), 239-244.
- Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1988). Family interaction and eating disorders: Do family members agree? *British Review of Bulimia and Anorexia*, 3(1), 33-40. <https://doi.org/10.1002/erv.2400020204>
- Whitaker, C., & Bumberry, W. (1998). *Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial*. Paidós.
- Yager, Z., & O'Dea, J. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: A review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*, 23(2). <https://doi.org/10.1093/heapro/dan004>
- Zagalaz, M. L., Romero, S., & Contreras, O. R. (2002). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-22. <https://rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>