



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN TERAPIA FAMILIAR

Clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables: una propuesta de intervención familiar.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Guano Cunalata, Jeanneth del Rocío, Psic. Cli.

DIRECTORA: Torres Montesinos, Claudia, Ph.D

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DE LA TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Torres Montesinos Claudia

DOCENTE DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables: una propuesta de intervención familiar, realizado por Guano Cunalata Jeanneth del Rocío, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 09 de marzo de 2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo Guano Cunalata Jeanneth del Rocío, con cédula de identidad 180451053-3, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación: Clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables: una propuesta de intervención familiar, de la Titulación Magíster en Terapia Familiar, siendo Torres Montesinos Claudia PhD. directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

.....

Guano Cunalata Jeanneth del

Rocío 1804510533

DEDICATORIA

Los resultados de esta tesis, están dedicados a todas aquellas personas que de alguna forma son parte de su culminación.

En primer lugar a DIOS por las bendiciones y fortaleza que me ha dado durante toda mi vida, ya que el esfuerzo constante se ve reflejado en este trabajo de investigación.

A mis amigos y hermanos que me han motivado durante toda mi formación académica para culminar este reto que lo inicié con mucho entusiasmo.

Pero mi triunfo entero se lo dedico a mis amados padres TELMO y NANCY, ya que ellos con su amor me ha apoyo incondicional en cada reto que se me ha presentado a lo largo de todos estos años, sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y mis capacidades, ellos siempre han sido mi inspiración de ejemplo para salir adelante. Los Amo con mi vida.

Jeanneth del Rocío Guano Cunalata

AGRADECIMIENTO

Mi respeto total y agradecimiento profundo es para la prestigiosa Institución que es la Universidad Técnica Particular de Loja, quién me acogió durante estos dos maravillosos años de maestría, en donde adquirí sabios conocimientos y experiencia teórica/práctica con grandes maestros nacionales e internacionales, quienes fomentaron mi crecimiento profesional y personal. A mi Tutora de tesis Claudia Torres por su paciencia y enseñanza a la hora de impartirme sus grandes y valiosos conocimientos.

Jeanneth del Rocío Guano Cunalata

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DE LA TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Trastornos de la conducta alimentaria	7
1.1.1 Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria.....	7
1.1.2 Prevalencia	13
1.1.3 Comorbilidad.....	17
1.1.4 Factores de riesgo	18
1.2 Familia.....	20
1.2.1 Definición	20
1.2.2 Ciclo vital familiar	21
1.2.3 Clima Familiar	25
1.2.4 Psicodinámica familiar.....	26
1.2.5 Categorías de la Psicodinámica Familiar.....	26
1.3 Apoyo social	28
1.3.1 Niveles de Análisis de Apoyo Social.....	28
1.3.2 Tipos de Apoyo Social.....	29
1.3.3 Dimensiones de Ajuste del Apoyo Social	30
1.3.4 Apoyo social y familia.....	31
1.4 Relación entre trastornos psicológicos y familia.....	33
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	36
2.1 Objetivos:	37
2.1.1 Objetivo General	37
2.1.2 Objetivos Específicos	37

2.2	Variables de estudio:	37
2.2.1	Variable dependiente: Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
2.2.2	Variable independiente: Clima Familiar y Apoyo Social.....	37
2.3	Diseño de la Investigación	38
2.4	Población y Muestra	39
2.5	Instrumentos de investigación	40
2.6	Proceso de recolección de datos.....	43
2.7	Análisis de datos	45
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y RESULTADOS.....		47
3.1	Características de la muestra	48
3.1.1	Características sociodemográficas.....	48
3.2	Características Clínicas	50
3.2.1	Escala Clima Social Familiar (FES).....	50
3.2.1.1	<i>Dimensión de Relaciones</i>	50
3.2.1.2	<i>Dimensión de Desarrollo</i>	50
3.2.1.3	<i>Dimensión De Estabilidad</i>	51
3.2.2	Total de la Escala Clima Social Familiar (FES)	52
3.2.3	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	52
3.2.4	Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF)	53
3.2.5	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).....	54
3.2.6	Análisis Total del Inventario EDI-2.....	55
3.3	Análisis descriptivo de casos con riesgo a desarrollar Trastornos Alimenticios..	55
3.3.1	Análisis de las características Sociodemográfica.	55
3.3.2	Análisis de las características clínicas de Apoyo Social y Clima Familiar	58
3.4	Análisis Correlacionales.....	59
3.4.1	Análisis correlacional de Apoyo Social con SCOFF y EDI-2.....	59
3.4.2	Análisis correlacional de la Dimensión de Relaciones (FES) con el Total SCOFF y las Subescalas del EDI-2	60
3.4.3	Análisis correlacional de la Dimensión de Desarrollo (FES) con el Total SCOFF y las Subescalas del EDI-2	62
3.4.4	Análisis correlacional de la Dimensión de Estabilidad (FES) con el Total SCOFF y las Subescalas del EDI-2	64
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....		65
CONCLUSIONES		72
RECOMENDACIONES.....		74
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....		75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pautas para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según CIE-10 (F50.0)	8
Tabla 2. Pautas para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según DSM-5 (307.50)	9
Tabla 3. Pautas para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según CIE-10 (F50.2)	11
Tabla 4. Pautas para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según DSM-5 (307.51)	12
Tabla 5. Comorbilidad Psiquiátrica para la AN y BN.	18
Tabla 6. Factores de riesgo para la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa (DSM-5)	19
Tabla 7. Factores de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según [NEDA]	20
Tabla 8. Ciclo vital familiar según DUVALL.....	23
Tabla 9. Ciclo vital familiar según OMS	23
Tabla 10. Ciclo Vital Familiar según Ochoa de Alda	24
Tabla 11. Psicodinámica familiar según Clavijo	26
Tabla 12. Características sociodemográficas de los estudiantes.....	49
Tabla 13. Características de las subescalas de la Escala Clima Social Familiar (FES)....	51
Tabla 14. Características del Total de la Escala Clima Social Familiar (FES)	52
Tabla 15. Características del Inventario EDI-2	54
Tabla 16. Características de la muestra de la Ficha Sociodemográfica Ad. Hoc.	56
Tabla 17. Características Clínicas de la muestra de Apoyo Social y Clima Familiar	58
Tabla 18. Análisis Correlacional del Apoyo Social con el Total SCOFF y el EDI-2.....	59
Tabla 19. Análisis Correlacional de la Dimensión de Relaciones (FES) con el Total SCOFF y subescalas del EDI-2	61
Tabla 20. Análisis Correlacional de la Dimensión de Desarrollo (FES) con el Total SCOFF y subescalas del EDI-2	63
Tabla 21. Análisis Correlacional de la Dimensión de Estabilidad (FES) con el Total SCOFF y subescalas del EDI-2 (87 casos).....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio.....	39
Figura 2. Porcentajes en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.	53
Figura 3. Porcentajes en relación a la Puntuación Total al Cuestionario SCOFF.	53
Figura 4. Porcentajes en relación a la Puntuación Total del Inventario EDI-2.	55

RESUMEN

La presente investigación describe el clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios vulnerables. Se trabajó con una muestra inicial de 434 estudiantes, luego de dos pruebas de cribado se seleccionó a 87 casos con riesgo de trastorno alimenticio, (70.1%) mujeres y (29.9%) hombres, de 17 a 28 años. El diseño de la investigación fue de tipo Cuantitativo, con alcance descriptivo – correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Ficha Sociodemográfica AD. HOC, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, Escala de Clima Social Familiar, Cuestionario SCOFF y el Inventario EDI-2). Los resultados indicaron que el 51.7% presentó Apoyo Social Alto; un clima familiar: (alto) en la dimensión de estabilidad y (medio) en la dimensión de relaciones y desarrollo. Además, se encontró correlación entre: la variable Apoyo Social con EDI-2; La Dimensión de Relaciones y de Desarrollo (FES) con EDI-2; y la Dimensión de Estabilidad (FES) con SCOFF y con EDI-2. Los resultados ponen en evidencia la necesidad de una propuesta de intervención familiar.

Palabras clave: trastornos alimentarios, universitarios, clima familiar, apoyo social.

ABSTRACT

The present research describes the family climate, the social support and its relationship with the risk of eating disorder by the university students. We worked with an initial example of 434 students; after two screening tests, we selected 87 students who were cases (70.1%) women and (29.9%) men, from 17 to 28 years old. The research design was Quantitative, with descriptive - correlational scope. The instruments used were the Sociodemographic Tab AD. HOC, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Family Social Climate Scale, SCOFF Questionnaire and the EDI-2 Inventory.

The results indicates that 51.7% presented high social support. Family climate: (high) in the stability dimension and (medium) in the dimension of relationships and development. There is a correlation between social support with Edi-2; the relationship and development dimension (FES) with Edi-2 and the stability dimension (FES) with SCOFF and with Edi-2. The results highlight the need of a family intervention program.

Key words: eating disorders, university, family climate, social support.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la apariencia física y la imagen corporal especialmente en las jóvenes es una tendencia mundial y en las últimas décadas la falta, disminución o aumento de alimentos se han transformado en Trastornos de Conducta Alimenticia (TCA). El clima familiar y el apoyo social son parte fundamental en la formación de los estudiantes Coello (2010), refiere que “un buen clima familiar, fruto de una estructura estable y adecuada, asegura un buen desarrollo de la persona, y por ende un buen desempeño académico”. El clima familiar, tiene una connotación afectiva y educativa muy importante. Según Moos y Tricket (1974), el clima social familiar es cuando la familia posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales en los hijos e hijas mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar, mejorando la salud mental de todos los individuos.

Estudios realizados a nivel mundial demuestran que en EE.UU la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica que más presentan entre mujeres adolescentes. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado en torno al 3,1% de la población femenina de entre 12 y 21 años. La magnitud del problema es evidente, pues está afectando, en mayor o menor medida, al menos a una de cada diez chicas adolescentes. Solo entre el 5 – 10 % de los afectados son hombres y en éstos se da con más frecuencia la bulimia o el síndrome por atracón que la anorexia nerviosa, aunque también entre ellas es superior la prevalencia de bulimia. En el caso de la bulimia el inicio suele darse algo más tarde, entre los 18 y 25 años, aunque se está adelantando la edad de aparición y la enfermedad se manifiesta con más frecuencia entre los 24 y los 40 años.(Adeslas, 2012), sin embargo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014) refiere que la Anorexia Nerviosa es menos común entre los hombre que entre las mujeres y la Bulimia Nerviosa es mayor entre los adultos jóvenes, éste trastorno alimentario es tan prevalente entre las mujeres de las minorías étnicas o raciales como entre las mujeres caucáseas.

En Ecuador Brito (2015), realizó un estudio descriptivo en la ciudad de Quito, para determinar el riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas en los estudiantes

adultos jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, encontrando mediante el cuestionario EAT-26 que el 82% de los estudiantes presentaban temor a engordar, mostrando deseo de estar más delgado y dietas recurrentes; y el 58% presentaban descontrol en la comida y hacían ejercicio extenuante. En el mismo país Torres (2015), realizó un estudio para determinar la salud mental y sus factores asociados en los estudiantes universitarios de primer ciclo de la UTPL, encontrando que el 32.0% de estudiantes universitarios poseían un riesgo a desarrollar TCA. Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales *DSM-5* (2014) refiere que la Anorexia Nerviosa es menos común en los hombres que en las mujeres y la Bulimia Nerviosa es más prevalente entre los adultos jóvenes, éste trastorno alimentario es tan común entre las mujeres de las minorías étnicas o raciales como entre las mujeres caucásicas. De aquí nace la importancia del presente estudio, cuyo objetivo es *identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables de la UTPL*, con la finalidad de implementar un programa preventivo a nivel familiar.

El Apoyo Social es otro de los aspectos claves a considerarse como factor influyente en la conducta de los individuos. Según Sarason, Sarason, Hacker y Basham (1985), el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.

El presente trabajo está dividido en seis apartados principales: (1) *Marco Teórico*, donde se aborda la clínica, curso, epidemiología, factores de riesgo y comorbilidad de los trastornos alimentarios con mayor relevancia en la población universitaria: familia, clima familiar y apoyo social. En la sección (2) *Metodología*, se abordan cuestiones relativas al ámbito del estudio, diseño, participantes, la definición de variables, instrumentos utilizados para recolectar la información sociodemográfica, académica y clínica de los participantes, el procedimiento y la estrategia de análisis de datos. Además, en este apartado se señala el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. En el apartado de (3) *Análisis y Resultados*, se analiza los resultados y se realiza una descripción detallada de las características sociodemográficas, académicas y clínicas de

los participantes. Además, se detallan las prevalencias de los trastornos alimentarios, clima familiar y apoyo social, explicando las diferentes variables asociadas a los mismos. En la sección de (4) *Discusión* se interpretan los resultados hallados comparándolos con los resultados de otros trabajos relacionados con la temática investigada, se abordan las limitaciones del estudio, sus implicaciones y se formulan futuras vías de investigación. En las (5) *Conclusiones y Recomendaciones*, se exponen las principales conclusiones y de la presente investigación y sugerencias para futuras investigaciones. Finalmente, está la (6) *Propuesta de Intervención*, en donde se plantea un programa detallado de sesiones terapéuticas para ayudar a las familiar y universitarios que presentan riesgo de TCA.

Por ello el objetivo de este trabajo de investigación es identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con el riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja, mediante la aplicación de instrumentos psicológicos que son descritos en la parte metodológica. A través de los análisis y resultados obtenido en la población universitaria es importante la creación de un programa de intervención para los universitarios que padecen un TCA y sus familiares con la finalidad de mejorar las relaciones interpersonales, a través de técnicas psicoterapéuticas desde un enfoque sistémico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Trastornos de la conducta alimentaria

1.1.1 Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar del gran despliegue de recursos utilizados en las últimas décadas para su comprensión, el origen preciso de estas alteraciones aún no ha podido ser dilucidado. Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son: anorexia y bulimia nerviosas (Méndez, Vázquez-Velázquez y García-García, 2008).

Para Unikel (1998), los rasgos diagnósticos para TAC más importantes son: el uso de purgantes como una estrategia para controlar el peso, la pérdida de control en el comer y la obsesión por volverse delgado o permanecer delgado.

a. Anorexia Nerviosa (AN)

Baile y González (2014), definen a la AN como un “trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por un rechazo a mantener un determinado peso en función del género y edad del individuo y se manifiesta, principalmente, a través de una exigente restricción en la ingesta alimentaria” (p.21).

Por otro lado, la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), elaborada por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992), define a la AN como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y jóvenes, aunque en raras ocasiones

pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia (p.219).

Dada la complejidad de la manifestación sintomática y la falta de un criterio único definitorio, la definición operativa del trastorno se suele hacer atendiendo a los criterios diagnósticos primero descrito por la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10; OMS, 1992) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Pautas para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según CIE-10 (F50.0)

-
- a)** Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
 - b)** La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
 - c)** Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
 - d)** Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

Elaborado por: Jeanneth Guano

De la misma manera, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; APA, 2014) también nos da pautas para llegar a un diagnóstico para el trastorno de la AN (ver Tabla 2).

Tabla 2. Pautas para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según DSM-5 (307.50)

- A.** Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso *significativamente* bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C.** Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar el Tipo:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso).

Tabla 2. (Continuación...)

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ / **Moderado:** $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ / **Grave:** $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ / **Extremo:** $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Fuente: Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Elaborado por: Jeanneth Guano

b. Bulimia Nerviosa (BN)

Baile y González (2014), definen la BN como un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por la percepción habitual de un patrón de alimentación

basado en atracones y conductas compensatorias de los mismos, todo ello enmarcado en una preocupación por la apariencia física y el control del peso. (p.19). Sin embargo, la CIE-10 define a la BN como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida (OMS, 1992). El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente, aunque también puede darse la secuencia contraria (pp. 221-222) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Pautas para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según CIE-10 (F50.2)

Para que pueda hacerse el diagnóstico de BN, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

- c) La Psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

Elaborado por: Jeanneth Guano

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014), alude que los individuos con bulimia nerviosa suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso. Entre los atracones, los individuos con BN suelen restringir su consumo total de calorías y preferentemente eligen los alimentos menos calóricos, “de régimen”, y evitan los alimentos que perciben que pueden engordar o que probablemente puedan desencadenar un atracón (p.347) (ver Tabla 4).

Tabla 4. Pautas para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según DSM-5 (307.51)

- a)** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- b)** Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- c)** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- d)** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- e)** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Tabla 4. (Continuación...)

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Fuente: Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Elaborado por: Jeanneth Guano

1.1.2 Prevalencia

Según la National Eating Disorders Association [NEDA] Silver y Reyes (2016), científicos en los EE.UU. Reino Unido y Europa están tratando de reunir los datos para tener una mejor idea de exactamente cuán comunes son los TCA y darles más información a las víctimas, a los seres queridos, y a la comunidad en general sobre cuántas personas tienen estos desórdenes alimenticios. Por esta razón, combinando información de varias fuentes Beauchaine y Hinshaw (2013), encontraron que: entre 0.9%-2.0% de las mujeres y 0.1-0.3% de los hombres van a desarrollar anorexia. La anorexia sub-clínica ocurre en 1.1-3.0% de las chicas adolescentes. Entre 1.1%-.6% de mujeres y 0.1%-0.5% de los hombres van a desarrollar bulimia. Y la bulimia sub-clínica ocurre en 2.0-5.4% de las chicas adolescentes.

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), identificó que la prevalencia a los 12 meses de la AN entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0.4% y de la BN es de 1-15%, mientras que en los TA la prevalencia a 12 meses en las mujeres o los hombres adultos (igual o mayores de 18 años) de Estados Unidos es de 1.6 y 0.8 respectivamente. La AN es menos común entre los hombre que entre las mujeres y la BN es mayor entre los adultos jóvenes. El TA es

tan prevalente entre las mujeres de las minorías étnicas o raciales como entre las mujeres caucásicas.

En Europa, concretamente en España la compañía de seguros médicos SecurCaixa Adeslas (2012), ha realizado estudios y señalan una tasa de prevalencia de casos de TCA en población adolescente de alrededor del 4.1–4.5%. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0.3% y la bulimia en el 0.8% de la población femenina de entre 12 y 21 años. Si consideramos la totalidad del espectro teniendo en cuenta las formas más leves, la estimación de la frecuencia es mucho mayor y se sitúa entre el 11-16%. Los TCA están vinculados de forma rotunda al sexo femenino y a la adolescencia, afectando de 1 a cada 10 chicas. La edad de inicio en la anorexia nerviosa se sitúa frecuentemente entre los 13 y los 18 años, no obstante cada vez se están encontrando más casos tanto en niñas prepúberes como en mujeres adultas. En el caso de la bulimia el inicio suele darse algo más tarde, entre los 18 y 25 años, aunque se está adelantando la edad de aparición y la enfermedad se manifiesta con más frecuencia entre los 24 y los 40 ya que, al no ser el deterioro físico tan severo como en la anorexia, el cuadro clínico pasa desapercibido durante años.

Álvarez-Malé, Bautista y Serra (2015), realizaron también un estudio en España con 1342 participantes de centros educativos de la isla de Gran Canaria, el 45.2% (n= 606) eran hombres y el 54.8% (n= 736) eran mujeres. Un total de 913 participantes (68%) pertenecía a la Educación Secundaria Obligatoria, 399 (29.8%) a Bachillerato y 30 (2.2%) cursaban Ciclos Formativos Superiores. El porcentaje de participantes diagnosticados de Anorexia Nerviosa es de 0.19%, y de Bulimia Nerviosa con un 0.57%. En cuanto al género el total de los diagnósticos de Anorexia Nerviosa (0.36%) y de Bulimia Nerviosa (1.37%) pertenecen a las mujeres y con respecto a las edades se observa que el grupo de mayor edad (≥ 18 años) es el que presenta la mayor prevalencia diagnóstica (8.26%) y el mayor porcentaje de Bulimias (2.50%).

Dentro de Latinoamérica en Colombia, Avellaneda (2009), realizó un estudio con 408 estudiantes de todas las carreras de pregrado de la Pontificia Universidad de Javeriana, matriculados en el segundo período académico del año 2008 a quienes les

aplicó la encuesta de comportamiento alimentario (ECA), los resultados obtenidos revelaron que el 48.8% de los estudiantes que participaron tienen una alta probabilidad de padecer algún tipo de TCA, demostrado por el puntaje positivo (≥ 23) en la prueba, con predominio de las mujeres. Se estima una prevalencia para AN 0.2% y BN 2.7%. Dentro de los factores asociados se encontró la insatisfacción de la imagen corporal con el 69.2%, el uso de conductas inadecuadas: laxantes 3.9%, diuréticos 3.7%, provocación del vómito 3.4%, falta de control para controlar el peso 13.2%. el estado nutricional según el IMC fue: bajo peso (13.7%), normal (74.8%), sobrepeso (10.3%) y obesidad (1.2%).

Hernández y Luna (2016), también realizaron otro estudio en Colombia en la Universidad Mariana con 226 alumnos hombres y mujeres de todas las carreras con el objetivo de determinar los factores que inciden para la presencia de trastornos de conducta alimentaria, encontrando que dentro de las características sociodemográficas la edad de los estudiantes más predominante de riesgo para el desarrollo de TCA está entre los 18 a 20 años, además, el 15.8% de estudiantes presentan antecedentes familiares de TCA, el 36.8% de los estudiantes en general manifestaron sentirse gordo/a, el 19.3% presentan sentimientos de culpabilidad después de comer, el 35.5% se ponen a dieta, comúnmente el género femenino con un 69.7% en comparación a un 30.3% que representa a los hombres.

Al respecto Benjet, Méndez, Borges y Medina (2012), también realizaron una investigación en México, donde participaron 3.005 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, a prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria fueron evaluados "alguna vez en la vida" y "en los últimos doce meses" observando que la anorexia es la menos frecuente: 0.5% de los adolescentes cumplen los criterios para alguna vez en la vida, mientras que 1.0% cumplen criterios para bulimia y 1.4%. Este patrón es similar para los últimos 12 meses. La prevalencia según el sexo fue: *anorexia nerviosa*: 0.4% en mujeres y 0.5% en hombres y *bulimia nerviosa*: 1.4% en mujeres y 0.6% en hombres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo.

En Ecuador, Brito (2015), realizó un estudio descriptivo en la ciudad de Quito, para determinar el riesgo de padecer anorexia y bulimia nerviosas en los estudiantes de

pregrado adultos jóvenes de 20 a 24 años de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Para la recolección de datos se usó el Cuestionario *Eating Attitude Test* (EAT-26) y la escala *Sick Control On Fast Food* (SCOFF), la aplicación de los instrumentos produjo dos resultados: SCOFF 29.10% debido a su mayor sensibilidad, y el EAT-26 de 8.80%. Identificando finalmente que las actitudes alimentarias con mayor incidencia en la población con el riesgo fue: temor a engordar y deseo de estar más delgado (82.35%), dietas recurrentes (82.34%), descontrol en la comida (58.81%) y ejercicio extenuante (58.73%).

Vivero (2014), también realizó un estudio en la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE), se tomó en cuenta las evaluaciones de 193 estudiantes que pertenecen a la Facultad de Medicina y Ciencias de la Administración. Se utilizó tests para evaluar riesgo de un TCA (EAT 26 y SCOFF), determinando que de acuerdo al cuestionario EAT 26, el 18.65% de los estudiantes presenta riesgo de desarrollar un TCA, de aquellos, el 27.43% de mujeres está en riesgo en comparación con el 6.25% de hombres; de acuerdo al cuestionario SCOFF, el 39.9% de los estudiantes presentan riesgo de desarrollar un TCA, evidenciando que el síntoma con mayor prevalencia fue la preocupación de perder el control sobre la cantidad de comida que se ingiere con un 58.03%. El siguiente más significativo fue tener la creencia de estar gordo/a con un 33.68%. El 23.32% afirmó que la comida domina su vida. El 55.96% de los estudiantes usaron alguna práctica no saludable con el objetivo de perder o mantener el peso durante el último año, comportamiento más frecuente en las mujeres, 64.6% en relación a los hombres 43.75%. Más mujeres que hombres hicieron dieta durante el último año, 55.7% y 32.5% respectivamente, mostrando asociación positiva entre el hacer dieta y el sexo. Por último, se encontró que el 22.85% de aquellos que tuvieron sobrepeso u obesidad (8/35) presentó riesgo de desarrollar un TCA de acuerdo al test EAT 26 y con el test SCOFF, el 62.85% de aquellos que tuvieron sobrepeso u obesidad presentó riesgo de tener un TCA.

A nivel local, un estudio realizado en la ciudad de Loja por Torres (2015), para determinar la salud mental y sus factores asociados en los estudiantes universitarios de primer ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja, se seleccionó una muestra de 1092 estudiantes, de los cuales el 53.7% fueron del sexo femenino, con una media de

edad de 18 años, estado civil soltero, mestizos, y sin un estado laboral activo en su mayoría. Se les aplicó la Escala SCOFF encontrando que el 32.0% de estudiantes universitarios poseían un riesgo a desarrollar TCA. Los resultados ponen en evidencia la necesidad de realizar programas de prevención e intervención en este grupo de jóvenes.

De igual forma Rivas (2017), realizó un estudio con 211 estudiantes de segundo de bachillerato del colegio “Beatriz Cueva de Ayora” de la ciudad de Loja, jóvenes entre 16 y 17 años, con los objetivos de identificar los rasgos de personalidad, la influencia de estos rasgos en el desarrollo de TCA y la frecuencia de TCA en los adolescentes. Se aplicó el Cuestionario de personalidad (IPDEDSM-IV) y el Inventario (EDI-2). Los resultados de la investigación revelaron que el 29% presentó riesgo a desarrollar TCA y los rasgos de personalidad que influyeron en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria fueron: los de personalidad límite con un 9%, y los de personalidad obsesiva-compulsiva e histriónica con un 8%.

1.1.3 Comorbilidad

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), a través del DSM-5 indica que los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurre frecuentemente con la anorexia nerviosa. Muchos individuos con AN refieren la presencia de síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad antes del inicio del TCA. En algunos individuos con anorexia se han descrito casos de TOC, especialmente en los de tipo restrictivo. El trastorno por abuso de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la AN, especialmente en el tipo con atracones/purgas (pp. 344-345).

Por otro lado, la comorbilidad con los trastornos mentales es frecuente en los individuos con BN. Existe un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima) y trastornos depresivos y bipolares (particularmente los trastornos depresivos) entre los individuos con BN. También está elevada la frecuencia de los síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) y los trastornos de ansiedad. La prevalencia vitalicia del consumo de sustancia de alcohol o de

estimulantes, es de al menos el 30% y un porcentaje sustancial de individuos también presentan características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de personalidad límite (pp. 349-350).

Existen otros tipos de trastornos que están presentes dentro de la anorexia y bulimia nerviosa por lo tanto Unikel y Caballero (2010), realizaron estudios en relación a la salud en México dentro de su Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria y muestran como las enfermedades clínicas sin recibir tratamiento provocan mayor discapacidad que otras enfermedades (ver *Tabla 5*).

Tabla 5. Comorbilidad Psiquiátrica para la AN y BN.

Comorbilidad	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Trastorno Depresivo Mayor	50% - 68%	38% - 63%
Distimia	35% - 40%	63%
Trastorno Bipolar	9.7%	
Trastorno Obsesivo Compulsivo	31%	3% - 80%
Fobia Social	48%	17%
Abuso de sustancias	18%	9% - 55%
Trastornos de la Personalidad	20% - 80%	22% - 77%

Fuente: Adaptado de Unikel y Caballero (2010)

Elaborado por: Jeanneth Guano

1.1.4 Factores de riesgo

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), a través del DSM-5 hace mención a varios factores de riesgo para ambos trastornos de la conducta alimentaria (pp.342 y 348). Entre ellos se destacan los factores temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos (ver *Tabla 6*).

Tabla 6. Factores de riesgo para la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa (DSM-5)

Temperamentales	<p>a) Los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.</p> <p>b) Las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar Bulimia Nerviosa.</p>
	<p>a) La variedad histórica e intercultural en la AN avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez. Las profesiones y las aficiones que alientan la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, también se relacionan con un mayor riesgo de presentar ésta enfermedad.</p> <p>b) Se ha observado que la interiorización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar preocupaciones por el peso, lo cual a su vez aumenta el riesgo de presentar una BN. Los individuos que sufrieron abusos de carácter físico o sexual en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.</p>
Genéticos y Fisiológicos	<p>a) Para la AN existe un mayor riesgo entre los familiares de primer grado de las personas que tienen el trastorno, también se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de los individuos que tienen el tipo con atracones/ purgas.</p> <p>b) La obesidad en la infancia y el desarrollo puberal temprano aumenta el riesgo de BN. Puede existir una transmisión familiar de la BN, así como vulnerabilidad genética para el trastorno.</p>

Fuente: Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Elaborado por: Jeanneth Guano

Silver y Reyes (2016), en su revista National Eating Disorders Association [NEDA] hacen referencia que los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones complejas que se pueden desarrollar por una combinación prolongada de factores emocionales,

psicológicos, interpersonales, sociales y conductuales. Una vez que comienzan, pueden desatar un ciclo de destrucción física y mental que se auto-perpetúa (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Factores de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según [NEDA]

Factores Psicológicos	Factores Socioculturales	Factores Biológicos
Perfeccionismo	Promover en la cultura un “ideal de la delgadez”	Tener un miembro cercano de la familia con un trastorno de la conducta alimentaria
Ansiedad	Prejuicios sobre peso y tamaño	Historial familiar de depresión, ansiedad y/o adicción.
Depresión	Énfasis en dietas	Historia personal de depresión, ansiedad y/o adicción.
Dificultades con la regulación de las emociones	Cuerpos ideales” que solo incluyan reducidas o ciertas formas y tamaños	Presencia de alergias que contribuyen a hábitos alimentarios restrictivos o mañosos (como enfermedad celiaca)
Comportamientos obsesivos y compulsivos		Presencia de diabetes tipo 1

Fuente: Adaptado de la revista National Eating Disorders Association [NEDA] Silver y Reyes (2016).

Elaborado por: Jeanneth Guano

1.2 Familia

1.2.1 Definición

La OMS (1976), define a la familia como una unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; coincidiendo con Satir (1978), ya que la familia es una unidad indivisible, única en la cual constantemente se suscitan cuatro aspectos de la vida familiar: la autoestima, la comunicación, las normas y el enlace con la sociedad.

La familia para Hernández (1998), es la unidad básica de la sociedad basada en la pareja conyugal, donde se desarrollan valores objetivos y una cultura que permite la adaptación del individuo a la organización social mayor y su objetivo es la reproducción y donde cada miembro tiene derechos y deberes. Clavijo (2012), menciona a la familia como el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, contractuales y de convivencia, al objeto de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social.

1.2.2 Ciclo vital familiar

La teoría del desarrollo familiar se centra en los cambios constantes que experimentan las familias a medida que van atravesando por los diferentes períodos de su ciclo vital. Es decir que desde esta perspectiva teórica, se asume que las familias recorren una secuencia predecible de estadios de desarrollo. Un estadio de desarrollo corresponde al lapso de tiempo en que las familias deben desplegar roles específicos y diferentes a los que ejercitarían en otro intervalo de tiempo. Así, por ejemplo el rol de la madre durante el período preescolar de sus hijos, será diferente al que deberá desarrollar durante la adolescencia de los mismos. De manera que, el lapso de tiempo en que se ejercen roles específicos, es llamado estadio de desarrollo (Iturrieta, 2001).

Por su parte, Minuchin y Fishman (1984) reconocen cuatro las etapas evolutivas por las que atraviesa una familia; éstas serán las que consideraremos, en función de la información sobre este modelo:

- a) **Formación de pareja.** En este proceso es cuando comienzan a elaborarse las pautas de relación que conformarán la estructura del subsistema conyugal, a través del trazado de fronteras que se hace con las propias familias de origen, con los amigos mutuos, los compañeros de trabajo y los vecinos.
- b) **La familia con hijos pequeños.** Esta etapa se inicia con el nacimiento del primer hijo, con lo cual aparece un nuevo subsistema que es el parental. Aquí

la pareja en su condición de subsistema conyugal se reorganiza en sus relaciones, roles y tareas así como en la creación de nuevas reglas para poder desempeñar sus funciones como padres. Estas funciones incluyen la crianza, la nutrición emocional y la socialización.

c) *La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.* En este momento escolar la familia tiene que elaborar nuevas pautas de organización y relación en función de incorporarse a la dinámica escolar, como es quién ayudará en las tareas escolares al menor, cómo lo hará, establecer horarios sobre todo de levantarse y acostarse, determinar el momento de esparcimiento y de estudio, conformar actitudes que se implementarán con el desarrollo escolar como es la obtención de determinadas calificaciones, ceder espacio al niño para la convivencia extra escolar con sus compañeros de escuela y adecuar las reglas para facilitar esta experiencia.

d) *La familia con hijos adultos.* Cuando los jóvenes han encontrado una pareja, y toman la alternativa del matrimonio, los padres vuelven a retomar su rol de cónyuges, es decir, se reconvierte en un sistema solamente de dos miembros. Esta situación se reconoce también con el nombre de nido vacío, pues se considera como una situación de pérdida. Las parejas que logran pasar con éxito esta etapa, suelen retomar 44 actividades como cónyuges juntos, ya con la experiencia y tranquilidad económica, luego de haber combinado actividades durante tanto tiempo y hasta pospuesto planes en el afán de cumplimentar la crianza de los hijos.

Por otro lado, Duvall (1957) clasificó el ciclo vital familiar en etapas relacionadas con entradas y salidas de los miembros de la familia y con eventos nodales de crianza, es decir que una generación se apoya sobre la otra en un círculo generacional en mutua interdependencia. Herrera (2008), refiere que la familia en su desarrollo va transitando por diferentes etapas cada una de ellas tiene sus especificidades y tareas en su tránsito por el ciclo vital oscila entre períodos de equilibrio y de cambio, denominado crisis normativas (ver Tabla 8).

Tabla 8. Ciclo vital familiar según DUVALL

I	Comienzo de la familia “nido sin usar”.
II	Familias con hijos (el mayor hasta 30 meses).
III	Familias con hijos preescolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años).
IV	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años).
V	Familia con hijos adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
VI	Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último).
VII	Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación).
VIII	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

Fuente: Adaptado de Duvall (1957).

Elaborado por: Jeanneth Guano

Para Fernández, (1991) la familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior. Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo, manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados).

La OMS define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial; divide el ciclo vital familiar en seis etapas. (Ver tabla 9)

Tabla 9. Ciclo vital familiar según OMS

ETAPA	DESDE	HASTA
I. Formación	Matrimonio	El nacimiento del primer hijo
II. Extensión	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo

Tabla 9. (Continuación...)

III. Extensión completa	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
IV. Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
V. Contracción Completa	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI. Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente.

Fuente: Adaptado por la Organización Mundial de la Salud citado en Fernández (1991).

Elaborado por: Jeanneth Guano

Ochoa (1995), hace mención que aunque se produzcan variaciones idiosincráticas en cuanto al momento en que tiene lugar los cambios de una etapa a otra del Ciclo vital familiar y a las estrategias empleadas para afrontarlos, el desarrollo familiar sigue una misma progresión de complejidad creciente. En ella se observan períodos de equilibrio y adaptación y períodos de desequilibrio y cambio. Los primeros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo, y requieren que se elaboren tareas y aptitudes nuevas (p.22) (ver Tabla 10).

Tabla 10. Ciclo Vital Familiar según Ochoa de Alda

ETAPAS	CAMBIO EMOCIONAL	TAREAS QUE REALIZAR
1. Pareja recién casada o iniciada la convivencia	Compromiso con el nuevo sistema.	Crear un proyecto vital compartido. Fortalecer el sistema conyugal (dar prioridad al vínculo). Encajar las relaciones con las familias de origen.
2. Nacimiento de los hijos	Aceptación de nuevos miembros.	Cuidar y contener al padre en el sistema madre-hijo. Dar prioridad a la familia nuclear respecto a las familias de origen. Ejercer los nuevos roles: padre y abuelos, tíos, etc.
3. Familia con hijos adolescentes	Aceptación del inicio de la autonomía de los hijos.	Flexibilizar las normas y los límites. Aceptar la identidad que los hijos están creando. Recuperar espacios para la pareja. Iniciar una intención y cuidado a la generación de los abuelos.

Tabla 10. (Continuación...)

4. Independización de hijos	Aceptación de la separación de los hijos.	Favorecer una salida sana de los hijos. Establecer una relación de adulto a adulto con los hijos. Establecer una relación con los hijos de adulto a adulto. Cuidar a la generación de los abuelos, aceptar su posible pérdida. Ejercer el rol de abuelos.
5. Ancianidad	Aceptación del cambio generacional.	Valorar el rol de la "generación mayor". Aceptar la finalización de la vida laboral. Establecer un nuevo contrato relaciona entre la pareja. Afrontar el declive físico. Afrontar la muerte ajena y la propia.

Fuente: Adaptado por Ochoa de Alda (1995).

Elaborado por: Jeanneth Guano

Iturrieta (2001), el ciclo de vida familiar correspondería entonces, al proceso que viven las familias en que van pasando de un estadio de desarrollo a otro. Dichos cambios se producirían cuando ocurren modificaciones en la composición familiar, es decir, en el número de miembros, en sus edades, en su situación educativa o laboral, en el aumento o disminución de uno de los géneros al interior de las familias, etcétera, lo que finalmente provocaría transformaciones en la estructura familiar, es decir, en el modo en que se han organizado para desarrollar sus actividades cotidianas.

1.2.3 Clima Familiar

Según Moos y Tricket (1974), el clima social familiar es cuando la familia posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales en los hijos e hijas mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar, mejorando la salud mental de todos los individuos. Coello (2010), refiere que "un buen clima familiar, fruto de una estructura estable y adecuada, asegura un buen desarrollo de la persona, y por ende un buen desempeño académico".

1.2.4 Psicodinámica familiar

Clavijo (2002), menciona que la psicodinámica familiar es la interacción emocional entre los miembros del grupo familiar, resultante del proceso de compatibilización de intereses e inter satisfacción de necesidades materiales y espirituales, ocurrido en su seno. En ella se determinan los componentes afectivos que están detrás de esos intereses y necesidades, latentes en las interacciones psicológicas y que, muchas veces, permanecen en un plano no consciente, en ocasiones contrapuestos al discurso familiar. Se expresan en acciones como el *acting out*, actitudes, tendencias, vínculos afectivos y estados de ánimo, a consecuencia de los cuales surgen pautas de comportamiento y reacción.

1.2.5 Categorías de la Psicodinámica Familiar.

La Psicodinámica Familiar para Clavijo (2002), queda incluido cómo y por qué se mueve y re-acciona la familia, cuáles son las motivaciones esenciales (conscientes o no) de su comportamiento y cuáles los resortes que, desde el ángulo interno, tienden a mantener su equilibrio activo o a modificarla hasta su transformación y eventual escisión o destrucción. La conjugación de actitudes que contribuyen a conformar el clima o atmósfera familiar y los modos en que operan los mecanismos de defensa y de afrontamiento a situaciones críticas forman parte de la dinámica de la familia. Él clasifica a ésta dinámica de la siguiente manera: (ver Tabla 11)

Tabla 11. Psicodinámica familiar según Clavijo

Dinámica de la Emergencia	Llamada también fenómeno del “chivo expiatorio”. Es el desplazamiento hacia uno de los miembros, en el cuál se satura de angustia, culpabilidad o síntomas de la carga problemática de toda la familia
Dinámica de la Evitación	La fuga o evitación es una respuesta incondicionada ante el peligro que puede ser asumida por los seres vivos cuando, al medir sus fuerzas frente a éste, valoran intuitivamente su situación como desventajosa, predicción probabilística no consciente de acuerdo con experiencias previas del individuo o de la especie.
Dinámica del Apoyo	Buscar ayuda cuando se la necesita es una conducta asertiva y eficaz. No obstante, a veces, el buscar apoyo si cuenta con recursos suficientes y el asumirlo como patrón cuando procede resolver los problemas por sí mismos, puede reflejar vínculos de dependencia, dentro o fuera de la familia, que ya no son sanos.

Tabla 11. (Continuación...)

Dinámica del Liderazgo	Son los procesos emocionales, intelectuales y de eficacia conductual, que dan significancia, autoridad moral y ascendencia personal a sus distintos componentes en un rango y escalas variables de acuerdo con las distintas etapas y roles del ciclo evolutivo familiar y con las demandas vitales implícitas.
Dinámica de la Transferencia	Se trata de identificaciones subliminales, de verdaderos equívocos en la percepción de la identidad por desplazamientos catatímicos de significado que llevan consigo cargas afectivas y procesos actitudinales que se reflejan en conductas, valoraciones, afinidades, rechazos y otras respuestas por el estilo.
Dinámica del Poder	Es la manera de evaluar cómo operan los mecanismos de poder en la familia, si son racionales y equilibrados, justos y mesurados, etc.
Dinámica de la Aprobación-Desaprobación	Resulta importante para todos en la familia el contar con la aprobación de sus seres más significativos; y cuánto ruido en el sistema, ante decisiones trascendentes, introduce la desaprobación cuando proviene de los hijos, del cónyuge o de los progenitores.
Dinámica de la Demanda de Afecto	El afecto es interpersonal por definición. Y la familia es crisol y objeto principal de los afectos. Cómo se mueven las emociones por debajo de las palabras y los hechos y cómo logramos convertir en temática la dinámica afectiva.
Dinámica de la Aceptación-Rechazo	Ser aceptado o rechazado por el grupo familiar tiene que ver con los sentimientos de pertenencia y seguridad personal, con la autoidentidad y el estado afectivo y moral de las personas. El rechazo y el desprecio, fuentes de resentimiento, desconfianza y rencor, generan alianzas y coaliciones.
Dinámica de la Emancipación-Dependencia	Dependencia e independencia constituyen un par dialéctico, cuya dinámica contradictoria opera y debe encontrar adecuada solución en cada familia. El modo y medida en que lo logre, tendrá mucho que ver con la salud mental y la funcionalidad familiar.
Dinámica de la Iniciativa-Creatividad	El modo en que la familia estimula o frena la iniciativa y la creatividad en su seno, tendrá que ver con el carácter, el bienestar y la realización personal de sus integrantes.
Dinámica de la Identificación	En el proceso de encontrar su propia identidad, el grupo familiar, por procesos inconscientes que ya estudiamos, introyectan las figuras parentales, asimilando sus cualidades y las de los grupos de origen.
Dinámica de la Seguridad-Inseguridad	El clima de seguridad que puede darse en la familia es factor determinante para el desarrollo de personalidades sanas y relaciones armónicas en su seno. Por el contrario, el ambiente de inseguridad es fuente de tensiones, angustias, estrés, mecanismos de defensa, disfuncionalidad, neurosis.

Fuente: Adaptado Clavijo (2002).

Elaborado por: Jeanneth Guano

1.3 Apoyo social

Según Sarason, Sarason, Hacker y Basham (1985), el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal. Por otra parte, Alvarado, Medina y Aranda (1996), lo definen como la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales.

Un sistema de apoyo social es un conjunto de contactos personales mediante los cuales un individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, información y servicios, y hace nuevos contactos sociales, dentro de su red social. El sistema de apoyo representa una pauta de lazos continuos o intermitentes que juega un papel significativo en el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo. Las funciones primarias de un sistema de apoyo social son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales. Según Jung (1990), las funciones más específicas de los grupos sociales son:

- Permitir compartir problemas comunes.
- Proporcionan intimidad.
- Prevenir del aislamiento.
- Definir las competencias mutuas.
- Proporcionar elementos de referencia.
- Ofrecer asistencia en las crisis.

1.3.1 Niveles de Análisis de Apoyo Social

Gottlieb (1985) y Lin, Dean y Ensel (1986), distinguen tres ámbitos en los que se produce o puede producirse el apoyo social: comunidad, redes sociales y relaciones íntimas y de confianza. Dicha distinción fue previamente propuesta por Cassel (1976), al indicar que el apoyo social era proporcionado por los grupos primarios más relevantes para el individuo. Los tres niveles que se distinguen no son independientes, al contrario

están interconectados, al emerger del nivel superior las relaciones del nivel inferior. Estos tres niveles según Cassel (1976), son:

- a) En el ***nivel macrosocial o comunitario***, la persona se identifica o participa del entorno social e implica por tanto un sentimiento de pertenencia e integración social. Siguiendo a Barrón (1996) la integración social es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales. Por ello, los indicadores de integración social son el estado civil, la participación en agrupaciones, asociaciones, clubes, etc.

- b) El ***nivel medio, mesosocial o de las redes sociales***, permite a los individuos acceder directa o indirectamente a un número relativamente amplio de personas, lo que supone un sentimiento de vinculación o de unión con los demás. Retomando a Barrón (1996) en este nivel se suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como las propiedades de las redes sociales, tales como densidad, tamaño u homogeneidad, entre otras.

- c) El ***nivel microsicial, o de las relaciones íntimas y de confianza***, supone el estrato más significativo para el sujeto. Se asocia a un sentimiento de compromiso, dado que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentimiento de responsabilidad con el otro lingüísticos.

1.3.2 Tipos de Apoyo Social

Los autores Khan y Antonucci (1980), consideran cuatro categorías de apoyos:

1. ***Los apoyos materiales.***- implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros).

2. **Los apoyos instrumentales.-** pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.
3. **Los apoyos emocionales.-** se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras.
4. **Los apoyos cognitivos.-** se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, otros.

1.3.3 Dimensiones de Ajuste del Apoyo Social

Barrón (1996), enfatiza que para que la ayuda proporcionada pueda resultar apropiada y eficaz deberá ajustarse al contexto y esto supone que el apoyo social se debe ajustar a las necesidades del individuo; autores como Shinn, Lehmann y Wong (1984), plantean las siguientes dimensiones que se han de ajustar:

- **Cantidad de apoyo:** Entendiendo que el exceso de apoyo social puede generar dependencia, especialmente en los adolescentes cuando tienen unos padres sobreprotectores.
- **Momento:** Bajo el supuesto que las necesidades cambian a lo largo del tiempo y dependiendo de la etapa del ciclo vital.
- **Origen del apoyo:** En función de las circunstancias será más útil el apoyo procedente de una fuente u otra, ya sea de algún familiar cercano, amigos, vecinos u otros.

1.3.4 Apoyo social y familia

Desde el punto de vista social la familia cumple unas funciones, como en toda institución social tienen que ver con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (Freixa, 1993). Desde el punto de vista del autor, podríamos hacer una síntesis de cinco posibles funciones:

1. **Económica:** proveer recursos. (p. ej: para la alimentación, educación, vestimenta, transporte, salud).
2. **Cuidado físico:** proveer seguridad, descanso, recuperación. (p. ej: protegerlos de cualquier tipo de agresión, dormir mínimo 8 horas diarias, aseo diario íntimo).
3. **Afectividad:** proveer cariño, amor, estima. (p. ej: abrazar a cada miembro de la familia, sentirse y hacer sentir amado al otro, sonreír)
4. **Educación:** proveer oportunidades de aprendizaje, socialización, autodefinición. (p. ej: enseñar buenos valores en casa, ayudar con las tareas educativas de los hijos, interactuar con la sociedad)
5. **Orientación:** proveer referencias. (p. ej: explicar a cada miembro familiar la dirección domiciliar exacta, del trabajo, de la escuela, del hospital, etc)

Los procesos como la ampliación de la cobertura escolar, los cambios económicos, el crecimiento de las ciudades, los avances científicos, los cambios en la moral sexual, etc., están haciendo cambiar el papel de la familia. Se puede afirmar que si bien es cierto que la familia ha ido perdiendo funciones, desde una perspectiva psicosocial sigue conservando la principal dote de identidad a los individuos, transmite un estilo comunicacional, los puntos de irracionalidad, el grado de diferenciación, en definitiva una epistemología y una ontología, un ser y un estar en el mundo (Bateson, 1976).

Como lo menciona Valdés (2007), la familia se constituye para la mayor parte de las personas, en la más importante red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que han de realizar durante su vida: búsqueda de pareja, trabajo, vivienda, nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, et.; así como para las crisis impredecibles que se

presentan a lo largo de la vida: divorcio, muerte de un familiar y desempleo por sólo mencionar algunas.

Según Rodrigo y Palacios (1998), con respecto a los hijos la familia cumple cuatro funciones esenciales:

1. Asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico.
2. Brindarles un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
3. Facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.
4. Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos y sociales que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos.

Las relaciones familiares caracterizadas por una alta cohesión, compenetración y apoyo entre todos sus miembros, donde existen escasas manifestaciones de conflictividad y agresividad se relacionan de manera positiva con el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia (Mestre, Samper. y Pérez-Delgado, 2001). Por el contrario, la falta de afecto y cohesión entre el adolescente y los padres se ha asociado con aumento de las tentativas de suicidio (Arranz, 2004). Tanto la falta de amor como la sobreprotección a los hijos generan sentimientos de ineficiencia, baja autoestima; pero sobre todo la mala comunicación en la familia está íntimamente relacionada con sentimientos de soledad en los hijos (Uruk y Demir, 2003).

La familia juega un papel crucial en las relaciones sociales con los padres y con cualquier otra estructura social en el curso de la vida de sus miembros. Las competencias sociales son aprendidas desde la infancia y promueven relaciones sociales sanas con los demás tanto en la adolescencia como en la vida adulta. Al parecer, si se combina una mala relación con los padres con malas relaciones de amistad, se acentúa el sentimiento

de soledad en la adolescencia y aumenta la probabilidad de tener relaciones insatisfactorias en la vida adulta. Entre los factores que contribuyen al sentimiento de soledad en los adolescentes se encuentra el sentimiento de alineación o separación de los padres y la existencia de familias rotas (Rice, 2000).

1.4 Relación entre trastornos psicológicos y familia

Los estudios sobre familias con un miembro con TCA han constatado que entre ellas existe una gran diversidad de patrones de interacción (Toro, 2004). Existen disfunciones que tendrían su origen en un subsistema parental compuesto por unas madres con sentimientos de ineficacia e inseguridad y por unos padres perfeccionistas, lo que se traduciría en un grupo familiar con un auto concepto desvalorizante que daría lugar al TCA a largo plazo (Quiles y Terol, 2009). Para Minuchin (1984), este estilo de crianza se compone de las siguientes características: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto.

Por su parte, Selvini-Palazzoli (1991) encuentra el origen de los TCA en un padre que se siente incapaz de imponer la ley familiar desplazado por la coalición madre-hija y que encuentra la posibilidad de resolver su conflicto conyugal aliándose con su esposa en la preocupación por la enfermedad de su hija. Por otra parte, Limbert (2010) afirma que los trastornos alimenticios son el resultado de relaciones complejas y poca satisfacción con el apoyo familiar. Es evidente que la estructura familiar y algunas actitudes de los padres ya sea de papá o de mamá podrían tener una importancia significativa en la manera como se desarrollan los TCA, en cómo se presentan e incluso en cómo se mantienen. Frente a esta situación (Caqueo-Urizar et al., 2014) observan perjuicios provenientes de desórdenes mentales no solo para el individuo afectado, pero también para la familia y sociedad.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (2004), indica que los trastornos alimenticios ocurren principalmente en las adolescentes y mujeres jóvenes, especialmente en las atletas, estudiantes de ballet, estudiantes de modelaje y culinaria. La dieta no saludable, las preocupaciones excesivas por el peso/forma corporal y la

insatisfacción con el propio cuerpo han sido identificados como importantes factores de actitud y conducta específicos del trastorno, así como las influencias familiares y sociales, tales como copiar la conducta de amigos y el alarde de la sociedad de recalcar las figuras delgadas a través de los medios de comunicación masiva y el bajo nivel cultural.

Por esta razón, Leung, Schwartzman y Steiger (1996) proponen un modelo que explica la influencia familiar a través de dos vías sobre la sintomatología de TCA:

- a) La preocupación de peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas de TCA y
- b) La disfunción familiar puede seguir una vía indirecta donde sus efectos se suman a la baja autoestima y la insatisfacción corporal generando la presencia de síntomas de TCA; o bien puede actuar directamente sobre dichos síntomas de TCA, de acuerdo con el análisis de regresión efectuado.

Cuando la disfunción familiar y la autoestima se combinan específicamente con preocupaciones familiares hacia el peso y la apariencia, y con la insatisfacción corporal de las hijas, entonces aumenta la posibilidad de que se presente un TCA; porque cuando las variables de peso y figura no se encuentran involucradas, el resultado son los síntomas de otras psicopatologías (Leung, Schwartzman y Steiger, 1996). Estos mismos autores también explican que la influencia familiar en los síntomas de TCA, incluye diversos factores como el funcionamiento, las actitudes alimentarias y la psicopatología paternas, las cuales se combinan directa e indirectamente con otras variables propiciando la aparición de un TCA.

Se ha comprobado que aquellos progenitores que han padecido o padecen algún tipo de trastorno alimentario tienen un mayor riesgo de inducir ese tipo de trastornos en sus hijos (Vázquez y Reidl, 2013), primordialmente por la realización de rotundos comentarios relacionados con el peso y el tipo de dietas que realizan. La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijos puede provenir de la importancia que éstas le dan a la apariencia física y a la persuasión que llevan a cabo para que sus hijos pierdan o controlen su peso, inculcando el miedo a la obesidad, citado por Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos (octubre, 2017). Miedo causado por

el propio trastorno de la madre o por la coacción social que presiona a la madre llegando al punto de en algunos casos, la madre obligue a sus hijos a hacer dietas muy restrictivas en alimentos concretos, omitiendo especialmente aquellos con un alto valor calórico, ricos en grasa, azúcar, y sal, destacando entre ellos los bocadillos. La opresión sobre este tipo de alimentos promueve al adolescente a reaccionar con una sintomatología propia de un TCA mostrando periodos alternados de atracones y ayunos cuando se consumen estos alimentos, además de experimentar sentimientos negativos como es la vergüenza y la culpa después de comer los alimentos “prohibidos” (Álvarez, Aguaded y Ezquerro, 2014). Por lo que, los comportamientos de la madre en relación con la alimentación o no alimentación si repercute en los hijos, que a futuro se puede transformar en algún TCA.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

El presente capítulo contiene el reporte de la investigación realizada a los universitarios que reciben la beca de apoyo económico de la Universidad Técnica Particular de Loja, para lo cual se estableció los siguientes objetivos:

2.1 Objetivos:

2.1.1 Objetivo General

- Identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables de la UTPL.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Establecer la prevalencia de un riesgo de TCA en estudiantes universitarios vulnerables.
- Analizar cuál es el clima familiar y el apoyo social que presentan los estudiantes universitarios evaluados.
- Determinar los factores psicosociales asociados al riesgo a desarrollar un TCA en los estudiantes universitarios.
- Diseñar un programa de intervención familiar en función de los resultados encontrados.

2.2 Variables de estudio:

2.2.1 Variable dependiente: Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.2.2 Variable independiente: Clima Familiar y Apoyo Social

También se ha planteado las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Influye el clima familiar y el apoyo social en los trastornos de conducta alimenticia de los estudiantes universitarios vulnerables de la UTPL?

2. ¿Cuáles son los tipos de trastornos de conducta alimenticia que están relacionados con el apoyo social y el clima familiar de los estudiantes universitarios vulnerables?
3. ¿Es importante diseñar un programa de intervención familiar en función al riesgo que pueden tener los estudiantes universitarios vulnerables a desarrollar trastornos de conducta alimenticia?

2.3 Diseño de la Investigación

- El presente trabajo de investigación es de tipo **Cuantitativo** porque se centra en la medición de variables que reflejan aspectos de la vida real y pretende recoger información objetiva, que se apoyará en la recogida de datos empíricos, susceptibles de análisis matemático o estadístico, a partir de formatos de recogida estandarizados, cuyo análisis permitirá llegar a conclusiones que pueden ser generalizadas (Real, 2016).
- El diseño de la investigación es **no experimental** puesto que no se manipulan las variables que son objeto de estudio, sino que se observarán los fenómenos tal cual como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).
- Es un estudio de corte **transversal** porque se recolectarán los datos en un solo momento único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014).
- En cuanto a la Temporalidad tiene un carácter **prospectivo** en donde cuyo inicio de estudios es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogerán a medida que van sucediendo (Hernández et al., 2014).
- El alcance de la investigación es **exploratorio** porque se examinará problemas que han sido pocos estudiados y preparar el terreno para nuevos estudios. También es **descriptivo** debido a que describe fenómenos, situaciones,

contextos, suceso y definen las variables. Y tiene un alcance **correlacional** porque pretende evaluar el grado de relación o asociación que existe entre las variables que son objeto de estudio (Hernández et al., 2014).

2.4 Población y Muestra

La **población** considerada en el presente trabajo de investigación son los 768 jóvenes universitarios, con edades de 17 a 28 años que reciben la beca de apoyo económico, propensos a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, ya que (Makino et al., 2006) en sus estudios han evidenciado factores de riesgo en universitarias relacionados con actitudes anormales de alimentación como una imagen corporal distorsionada, menor número de horas de sueño, hábitos de comida irregulares, consumo de cigarrillos o realizar más ejercicio. La **muestra** inicial fue de 434 estudiantes y luego de dos pruebas de cribado se identificó a 87 estudiantes identificados como casos (ver Figura 1).

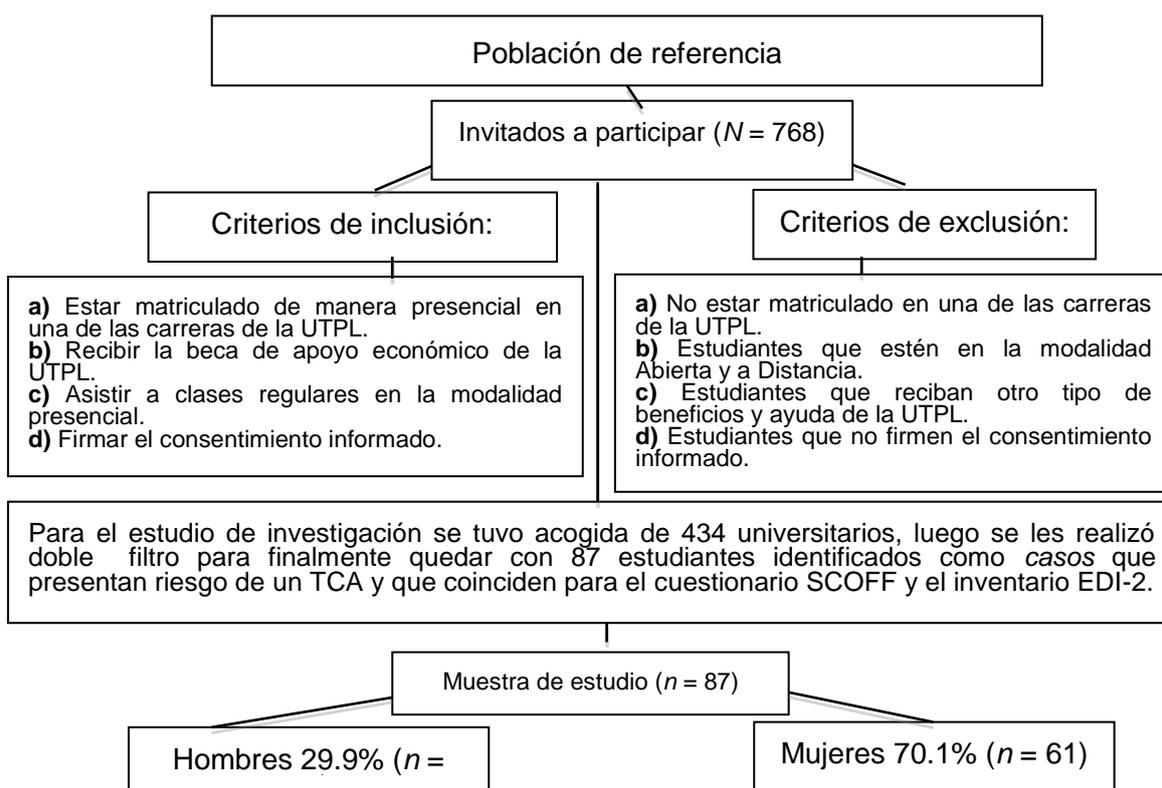


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio

Fuente: Adaptado de Hernández et al., 2014

Elaborado por: Jeanneth Guano

2.5 Instrumentos de investigación

Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo esta investigación fueron:

- **Encuesta Sociodemográfica AD. HOC.** (ver Anexo 1): es un instrumento que recoge información sobre la vida personal, familiar, académica, laboral y de salud. Está dividida en 3 apartados, el apartado (a) que contiene datos generales como: nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, nivel de instrucción, número de hijos y lugar donde vive); el apartado (b) contiene información socioeconómica (trabajo, nivel socioeconómico, ingresos mensuales; instrucción, profesión y ocupación de los padres, con cual viven y financiamiento de la educación); el apartado (c) contiene información sobre la salud (si se ha enfermado, a que profesional acudió, ausentismo a clases y nivel de satisfacción con la vida).
- **Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido** (ver Anexo 2): sus autores son Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley (1988). La escala tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas. Está compuesta por 12 ítems. Tiene un Alfa de Cronbach de 0.89. El modo de respuesta es a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (1. Muy En Desacuerdo; 2. Fuertemente En Desacuerdo; 3. Ligeramente En Desacuerdo; 4. Neutral; 5. Ligeramente de Acuerdo; 6. Firmemente de Acuerdo; 7. Muy de Acuerdo). A mayor puntuación obtenida, se estima mayor percepción de apoyo social. En el estudio de validación original, la consistencia hallada fue de .88 y la fiabilidad test-retest fue de .85. Además, Arechabala y Miranda (2002) determinaron que la fiabilidad interna del instrumento, calculada a través del coeficiente alfa de Cronbach, era de .86. Dentro de nuestro estudio tiene un Alfa de Cronbach de 0.89.
- **Escala de Clima Social Familiar (FES)** (Ver Anexo 3) su autor es Moos, R.H. Adaptación Argentina, Cassullo, G.L.; Alvarez, L. y Pasman, P. (1998). Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura

básica. Está formada por 3 dimensiones: Dimensión De Relaciones: [Cohesión (CO), Expresividad (EX) y Conflicto (CT)]; Dimensión De Desarrollo: [Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-Cultural (IC), Social-Recreativo (SR) y Moralidad-Religiosidad (MR)] y Dimensión De Estabilidad: [Organización (OR) y Control (CN)]. Consta de 90 preguntas y se contesta con V y F. La calificación e interpretación para la Dimensión de Relaciones es: ≤ 5 = Muy Malo; 6-11= Malo; 12-17= Medio; 18-23 Bueno; ≥ 24 = Muy Bueno; Dimensión de Desarrollo es: ≤ 9 = Muy Bajo; 10-19= Bajo; 20-29= Medio; 30-39 Alto; ≥ 40 = Muy Alto; Dimensión de Estabilidad es: ≤ 3 = Muy Bajo; 4-7= Bajo; 8-11= Medio; 12-15 Alto; ≥ 16 = Muy Alto. Para la calificación e interpretación Total de la Escala FES es el siguiente puntaje: ≤ 18 = Muy Malo; 19-37= Malo; 38-56= Medio; 57-75; ≥ 76 = Muy Bueno. En los estudios presentados por TEA los coeficientes de correlación fueron: IM 0.86, EX 0.73, CT 0.85, AU .68, AC 0.74, IC 0.82, SR 0.77, MR 0.80, OR 0.76, CN 0.77.

También se obtuvo una estimación de confiabilidad aplicando la formulación de Kuder y Richardson, conocida también como índice de consistencia interna. Los índices obtenidos fueron: CO 0.78, EX 0.69, CT 0.75, AU 0.61, AC 0.64, IC 0.78, SR 0.67, MR 0.78, OR 0.76, CN 0.67.

En los estudios realizados por Williams y Antequera (1995), la confiabilidad demostró ser satisfactoria, evaluada a través del Test-Retest. Según el primero la confiabilidad total de la escala está alrededor de 0.69. Los índices de consistencia interna de las dimensiones no son elevadas y el indicador de Test-Retest oscila entre 0.31 y 0.80. Dentro de nuestro estudio presenta un Alfa de Cronbach de 0.73.

- **Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF)** (ver Anexo 4): sus autores Morgan et al., (1999). Es un cuestionario auto-administrado diseñado para identificar sujetos que probablemente tengan un trastorno alimentario. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), una puntuación total de 2 o más puntos identifica personas de riesgo de TCA (sensibilidad AN: 100%; BN: 100%; especificidad para AN y para BN: 85% y 80%, respectivamente; tasa de falsos positivos 7,3% para AN y 8% para BN). Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR. Dispone de una versión española

adaptada y validada en nuestro medio por García-Campayo *et al.*, (2005) para la detección precoz de TCA en atención primaria (mujeres entre 14 y 55 años con un punto de corte de 2 o más); la sensibilidad fue del 98% [IC 95%: 93,5 a 99,5] y la especificidad del 94% [IC 95%: 86,4% a 98,5%]. Para cada TCA específico las sensibilidades para una especificidad del 94% fueron las siguientes: BN, 98%; AN, 93%; y TCANE, 100%. En nuestro estudio presenta un Alfa de Cronbach de 0.56.

- **Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)** (ver Anexo 5) sus autores Garner, D. M. Adaptada por Corral, S., Gonzáles, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Es un cuestionario que nos ayuda a evaluar aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Ofrece puntuaciones en 11 sub-escalas; tres evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal); cinco más generales referidas a constructor organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez); y tres adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social). Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de Likert: 0 = Nunca. 1 = Pocas veces. 2 = A veces. 3 = A menudo. 4= Casi siempre. 5= Siempre. Presenta una versión española validada por Domínguez *et al.*, (2013) donde utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en una muestra de mujeres adolescentes de Lima metropolitana, obteniendo una confiabilidad aceptable a través del método de consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de .90, así como validez factorial (cinco factores que explican el 36.8% de varianza). Estos resultados confirman el uso del EDI-2 como instrumento de valoración. En nuestro estudio presenta un Alfa de Cronbach de 0.92. Esta variable ha sido completada por el 100% de los participantes. Los elementos redactados de forma positiva puntúa de la siguiente forma: Siempre=3; Casi siempre=2; A menudo=1; A veces=0; Pocas veces=0; Nunca=0. En los elementos redactados en sentido negativo las puntuaciones se

invierten. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado.

2.6 Proceso de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo teniendo en cuenta las siguientes etapas:

- Presentación del proyecto al comité de bioética del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, mismo que se tuvo como respuesta la aprobación con fecha, 08 de agosto de 2017, dándonos apertura para proceder con la ejecución del tema de investigación ya planteado.
- Autorización por parte del Departamento de Dirección de Estudiantes Universitarios de la UTPL, con la finalidad de acceder a la muestra.
- Acceso a la base de datos de los estudiantes y cálculo de la muestra de estudio, bajo la siguiente fórmula:

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

Significados:

n = tamaño total de la muestra

N = tamaño de la población (768) estudiantes de 17 a 28 años

k = nivel de confianza. Este estudio presenta 95.5% (k2)

e = error considerado en el diseño 3.5%

p = desviación estándar (0.5)

q = 0.5

- Proceso de contacto con cada uno de los estudiantes mediante un e-mail en el cual se informó sobre el proyecto de investigación a realizar dentro de la

institución, haciendo énfasis en la recolección de datos bajo las normas éticas y de confidencialidad que requiere este tipo de estudios.

- Se presentó un consentimiento informado antes de proceder a la ejecución de los distintos instrumentos con las debidas indicaciones para su aplicación. Cabe recalcar que solo hubo una respuesta de 60 estudiantes vía on-line. En virtud de la poca acogida y participación de los estudiantes se procedió a realizar llamadas personales a los teléfonos convencionales y celulares del listado de la base de datos que nos facilitaron en el departamento de Bienestar estudiantil, para convocar a llenar las encuestas de manera personal en el aula del laboratorio de psicología clínica a lápiz y papel.
- La recolección de datos fue desarrollada por un equipo de tres personas, todas ellas profesionales y pertenecientes a la maestría de "Terapia Familiar". Previo a la aplicación de los cuestionarios a los participantes del estudio se realizó una jornada aproximada de 8 horas de capacitación en la temática del estudio para la aplicación de los instrumentos del protocolo de evaluación. La capacitación se realizó específicamente para cada uno de los instrumentos; se explicaron las instrucciones para cada prueba y cómo darlas, la forma correcta de rellenar los cuestionarios y las dudas que podrían tener los estudiantes durante el proceso de evaluación y cómo resolverlas. Los días y horarios para la aplicación de cuestionarios fueron escogidos por cada estudiante donde no interrumpieran sus labores académicas. Una vez aceptado el consentimiento informado procedieron enseguida a llenar, dándonos una asistencia de 374 estudiantes en el lapso de 8 días, desde el 13 al 20 de noviembre de 2017, tiempo que se demoró en las llamadas telefónicas para las convocatorias y para la aplicación de las encuestas.
- Una vez obtenida la información se procedió a ingresar los datos estadísticos en la matriz de Excel para luego realizar el análisis mediante el programa SPSS versión 24.0. Cabe resaltar que todos los datos se guardaron en archivos seguros a los que sólo se tendrá acceso por contraseña. El nombre y cualquier otra información que permita la identificación no se relacionarán con la información de cada participante. Los datos en papel fueron guardados bajo llave y

permanecerán durante dos años con la finalidad de realizar publicaciones y reportes de resultados en conferencias y congresos científicos. Tras este tiempo la información será destruida.

Es importante manifestar que, para la presente investigación la participaron de los estudiantes fue de forma voluntaria. Previo a ello se les informó a cerca de los objetivos de estudio, resaltando que sus respuestas serían secretas, anónimas y confidenciales, además, que los datos serían utilizados únicamente con fines investigativos. No se entregó ningún incentivo económico o académico a quienes participaron, pero sí se recalcó que la información proporcionada ayudará al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada.

2.7 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 24.0). Para determinar la significación estadística se tuvo en cuenta: (a) el objetivo del análisis, (b) las características de las variables implicadas, (c) las condiciones de aplicación de cada prueba, (d) el diseño del estudio, y (e) el número de grupos a utilizar.

Para el estudio descriptivo se siguieron los siguientes pasos:

- ✓ Valoración de las variables sociodemográficas: las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y su desviación típica y las variables cualitativas con sus porcentajes.
- ✓ Para la valoración inicial de las 3 dimensiones y el Total de la Escala de Clima Social Familiar se utilizaron sus valores medios y las desviaciones típicas correspondientes, al igual que con el Inventario EDI-2.
- ✓ Para la valoración de la Escala de Apoyo Social Percibido y el Cuestionario SCOFF se utilizó frecuencias y porcentajes, al igual que para análisis final de las 3 dimensiones de Escala de Clima Social Familiar.

En relación al estudio correlacional se llevaron a cabo los siguientes análisis:

- ✓ Análisis multivariante: para la comparación de variables cualitativas de Apoyo Social con SCOFF y EDI-2 y de las dimensiones de Clima Social Familiar con SCOFF y EDI-2, se ha utilizado la prueba de Pearson, considerando significativa una $p < .05$.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y RESULTADOS

3.1 Características de la muestra

3.1.1 Características sociodemográficas

Los datos fueron recopilados mediante la Encuesta Sociodemográficas Ad. Hoc. La primera variable recolectada fue el “sexo”, el 61.1% ($n = 265$) eran mujeres y el 38.9% ($n = 169$) restantes eran hombres. En la variable “Edad” los que tienen ≤ 21 años presentaron un 44.0% ($n = 191$) y los ≥ 22 años presentaron un 56.0% ($n = 243$), con un mínimo de 17 años y un máximo de 28 años. El 44.0% ($n = 191$) tenían igual o menor a 21 años y el 56.0% ($n = 243$) restante tenían 22 o más años. Con respecto al “lugar de origen” el 68.2% ($n = 296$) viven en la ciudad de Loja y el 31.8% ($n = 138$) viven en otras ciudades. En la variable “estado civil”, el 95.4% ($n = 414$) de los estudiantes estaban solteros, el 3.0% ($n = 13$) estaban casados, y el 1.6% ($n = 7$) estaban en unión libre.

Respecto a la variable “número de hijos”, el 91.0% ($n = 395$) no tenían hijos y el 9.0% ($n = 39$) sí tenían al menos un hijo. En la variable “trabajas actualmente”, el 89.2% ($n = 387$) No trabajan actualmente y el 10.8% ($n = 47$) de estos estudiantes Sí están trabajando en la actualidad. En cuanto al “nivel socioeconómico” el 14.5% ($n = 63$) tienen un Nivel Bajo, el 51.8% ($n = 225$) un Nivel Medio Bajo, el 32.3% ($n = 140$) un Nivel Medio y el 1.4% ($n = 6$) tienen un Nivel Medio Alto. En la “escolaridad de la madre” el 3.7% ($n = 16$) no tienen Ninguna escolaridad, el 20.7% ($n = 90$) tienen una instrucción Primaria, el 43.5% ($n = 189$) tienen una instrucción Secundaria, el 28.1% ($n = 122$) tienen una instrucción Universitaria y el 3.9% ($n = 17$) tienen un estudio de Postgrado y en la “escolaridad del padre” el 9.9% ($n = 43$) no tienen Ninguna escolaridad, el 22.1% ($n = 96$) tienen una instrucción Primaria, el 40.6% ($n = 176$) tienen una instrucción Secundaria, el 25.1% ($n = 109$) tienen una instrucción Universitaria y el 2.3% ($n = 10$) tienen un estudio de Postgrado.

En lo referente a la variable “con quién vive”, el 81.8% ($n = 355$) manifestaron que viven con su familia nuclear, el 8.3% ($n = 36$) dijeron que viven solos y el 9.9% ($n = 43$) indicaron que viven con otros. La variable “ausentismo a clases” presenta el 29.0% ($n = 126$) de estudiantes si se han ausentado a clases al menos una vez, y el 71.0% ($n = 308$) no se han ausentado a clases nunca. Con respecto a la variable “percepción de su salud”

el 6.7% ($n = 29$) presentan Mala salud, el 57.6% ($n = 250$) presentan un salud Normal y el 35.7% ($n = 155$) presentan una Buena salud y referente a “satisfacción con su vida” la Media fue de 7.8 ($DT = 1.63$), con un mínimo de 1 y un máximo de 10 puntos (ver Tabla 12).

Tabla 12. Características sociodemográficas de los estudiantes

VARIABLES	n	%
SEXO		
Hombre	169	38.9
Mujer	265	61.1
EDAD		
≤ a 21	191	44.0
≥ a 22	243	56.0
LUGAR DE ORIGEN		
Loja	296	68.2
Otro	138	31.8
ESTADO CIVIL		
Solteros	414	95.4
Casados	13	3.0
Unión Libre	7	1.6
NÚMERO DE HIJOS		
Si	39	9.0
No	395	91.0
TRABAJA ACTUALMENTE		
Si	47	10.8
No	387	89.2
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Bajo	63	14.5
Medio bajo	225	51.8
Medio	140	32.3
Medio alto	6	1.4
ESCOLARIDAD DE LA MADRE		
Ninguna	16	3.7
Primaria	90	20.7
Secundaria	189	43.5
Universitaria	122	28.1
Postgrado	17	3.9
ESCOLARIDAD DEL PADRE		
Ninguna	43	9.9
Primaria	96	22.1
Secundaria	176	40.6
Universitaria	109	25.1
Postgrado	10	2.3

Tabla 12. (Continuación...)

CON QUIEN VIVE		
Familia Nuclear	355	81.8
Solo	36	8.3
Otros	43	9.9
AUSENTISMO A CLASES		
Presentan	126	29.0
No Presentan	308	71.0
PERCEPCIÓN DE SU SALUD		
Mala	29	6.7
Normal	250	57.6
Buena	155	35.7
SATISFACCIÓN CON SU VIDA		
M	7.8	
DT	1.63	
Intervalo	1-10	

Fuente: Adaptado de la Encuesta Sociodemográfica Ad. Hoc.

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.2 Características Clínicas

3.2.1 Escala Clima Social Familiar (FES)

Esta variable ha sido evaluada mediante la *Escala de Clima Social: Familiar (FES)*. Se trabajó con las Media (*M*) y Desviación Estándar (*DT*) para cada dimensión, siendo la puntuación < de 0 y la más alta \geq a 24 para la Dimensión de Relaciones, la puntuación < de 0 y la más alta \geq a 40 para la Dimensión de Desarrollo y la puntuación < de 0 y la más alta \geq a 16 para la Dimensión de Estabilidad (ver Tabla 13).

3.2.1.1 Dimensión de Relaciones

Dentro de la dimensión de relaciones, se evidencia la sub-escala de *Cohesión* con una *M* de 7.02 (*DT* = 1.98), la sub-escala de *Expresividad* con una *M* de 5.34 (*DT* = 1.86), y la sub-escala de *Conflicto* con una *M* de 2.68 (*DT* = 1.62) (ver Tabla 13).

3.2.1.2 Dimensión de Desarrollo

Con respecto a la dimensión de desarrollo, se puede observar a la sub-escala de *Autonomía* con una *M* de 5.01 (*DT* = 1.56), la sub-escala de *Actuación* con una *M* de 6.52 (*DT* = 1.43), la sub-escala de *Intelectual-Cultural* con una *M* de 5.38 (*DT* = 1.89), la sub-escala de *Socia-Recreativo* con una *M* de 4.06 (*DT* = 1.63) y la sub-escala de *Moralidad-Religiosidad* con una *M* de 5.96 (*DT* = 1.73) (ver Tabla 13).

3.2.1.3 Dimensión De Estabilidad

Igualmente dentro de la dimensión de estabilidad, la sub-escala de *Organización* se encuentra con una *M* de 6.50 (*DT* = 1.95), y la sub-escala de *Control* con una *M* de 4.84 (*DT* = 1.57) (ver Tabla 13).

Tabla 13. Características de las subescalas de la Escala Clima Social Familiar (FES)

DIMENSIONES	M	DT
1)DIMENSIÓN DE RELACIONES		
Cohesión (CO)	7.02	1.98
Expresividad (EX)	5.34	1.86
Conflicto (CT)	2.68	1.62
2)DIMENSIÓN DE DESARROLLO		
Autonomía (AU)	5.01	1.56
Actuación (AC)	6.52	1.43
Intelectual-Cultural (IC)	5.38	1.89
Social-Recreativo (SR)	4.06	1.63
Moralidad-Religiosidad (MR)	5.96	1.73
3)DIMENSIÓN DE ESTABILIDAD		
Organización (OR)	6.50	1.95
Control (CN)	4.84	1.57

Fuente: Escala de Clima Social: Familia (FES) de Moos, R.H. Adaptación Argentina, Cassullo, G.L.; Alvarez, L. y Pasman, P. (1998).

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.2.2 Total de la Escala Clima Social Familiar (FES)

Luego de haber analizado las tres dimensiones de la Escala de Clima Familiar Social se describió los resultados finales de la escala completa, encontrando una M de 15.03 ($DT = 2.99$), un Mínimo de 4 y un Máximo de 22 para la *Dimensión De Relaciones*, presentando un clima familiar medio en esta dimensión; una M de 26.93 ($DT = 4.89$), un Mínimo de 10 y un Máximo de 34 para la *Dimensión De Desarrollo*, equivalente a un clima familiar medio en esta dimensión; y una M de 11.34 ($DT = 2.70$), un Mínimo de 3 y un Máximo de 16 para la *Dimensión De Estabilidad*, también presentando un clima familiar medio en esta dimensión (ver Tabla 14).

Tabla 14. Características del Total de la Escala Clima Social Familiar (FES)

	M	DT	INTERVALO
Dimensión de Relaciones	15.03	2.99	4 – 22
Dimensión de Desarrollo	26.93	4.89	10 – 39
Dimensión de Estabilidad	11.34	2.70	3 – 16

Fuente: Escala de Clima Social: Familia (FES) de Moos, R.H. Adaptación Argentina, Cassullo, G.L.; Alvarez, L. y Pasman, P. (1998).

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.2.3 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Esta variable ha sido evaluada mediante la *Escala multidimensional de apoyo social percibido*. La media en apoyo social fue de 66.5 ($DT = 12.9$), siendo la puntuación mínima de 12 y la máxima de 84. Se logró evidenciar que el 70.5% ($n = 306$) de los estudiantes que respondieron a la escala presentan un Apoyo Social Alto con relación a las tres áreas: familia, amigos y otros significativos, el 21.0% ($n = 91$) un apoyo social medio alto, el 7.4% ($n = 32$) un apoyo social medio, el 0.9% ($n = 4$) un apoyo social medio bajo y el 0.2% ($n = 1$) un apoyo social bajo (ver Figura 2).

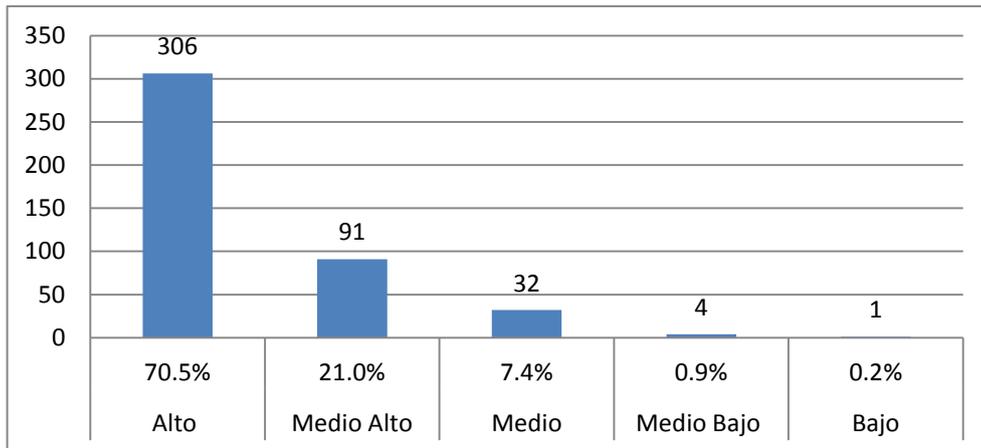


Figura 2. Porcentajes en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.
Fuente: Escala Mutidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988).
Elaborado por: Jeanneth Guano

3.2.4 Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF)

Para medir el riesgo de trastorno alimenticio se utilizó el cuestionario autoadministrado de 5 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No); cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. La puntuación media obtenida en el cuestionario fue de 0.8 ($DT = 1.1$), siendo la puntuación mínima de 0 y la máxima de 5. De acuerdo al punto de corte propuesto para el SCOFF como instrumento de cribaje o de detección de casos (puntuación total ≥ 2), se halló que el 23% ($n = 100$) presentan Riesgo a desarrollar un trastorno alimentario y el 77% ($n = 334$) No presentan Riesgo (ver Figura 3).

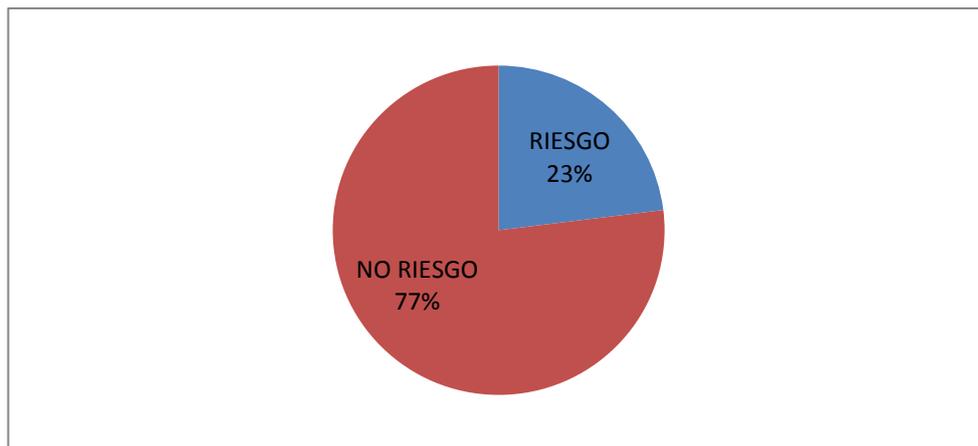


Figura 3. Porcentajes en relación a la Puntuación Total al Cuestionario SCOFF.
Fuente: Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF) de Morgan et al., (1999)
Elaborado por: Jeanneth Guano

3.2.5 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

Dentro de este inventario, la Subescala *Obsesión por la Delgadez (DT)* presentó una M de 5.42 (*DT* = de 5.17), un mínimo de 0 y un máximo de 21, la Subescala *Bulimia (B)* presentó una M de 2.20 (*DT* = 3.13), un mínimo de 0 y un máximo de 21, la Subescala *Insatisfacción Corporal (BD)* una M de 9.94 (*DT* = 5.52), un mínimo de 0 y un máximo de 27, la Subescala *Ineficacia (I)* una M de 6.82 (*DT* = 5.10), un mínimo de 0 y un máximo de 28, la Subescala *Perfeccionismo (P)* una M de 7.44 (*DT* = 4.04), un mínimo de 0 y un máximo de 18, la Subescala *Desconfianza Interpersonal (ID)* una M de 11.06 (*DT* = 4.14), un mínimo de 0 y un máximo de 21, la Subescala *Conciencia Introceptiva (IA)* una M de 5.60 (*DT* = 4.07), un mínimo de 0 y un máximo de 22, la Subescala *Miedo a la Madurez (MF)* una M de 12.54 (*DT* = 4.43), un mínimo de 0 y un máximo de 24, la Subescala *Ascetismo (A)* una M de 6.90 (*DT* = 4.04), un mínimo de 0 y un máximo de 27, la Subescala *Impulsividad (IR)* una M de 8.09 (*DT* = 4.97), un mínimo de 2 y un máximo de 30, la Subescala *Inseguridad Social (SI)* presentó una M de 11.17 (*DT* = 4.91), un mínimo de 0 y un máximo de 24 (ver Tabla 15).

Tabla 15. Características del Inventario EDI-2

SUBESCALAS	M	DT	INTERVALO
Obsesión por la Delgadez (DT)	5.42	5.17	0-21
Bulimia (B)	2.20	3.13	0-21
Insatisfacción Corporal (BD)	9.94	5.52	0-27
Ineficacia (I)	6.82	5.10	0-28
Perfeccionismo (P)	7.44	4.04	0-18
Desconfianza Interpersonal (ID)	11.06	4.14	0-21
Conciencia Introceptiva (IA)	5.60	4.07	0-22
Miedo a la Madurez (MF)	12.54	4.43	0-24
Ascetismo (A)	6.90	4.04	0-27
Impulsividad (IR)	8.09	4.97	2-30
Inseguridad Social (SI)	11.17	4.91	0-24

Fuente: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2) de David M. Garner, (1998).

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.2.6 Análisis Total del Inventario EDI-2

La media del cuestionario fue de 87.18 ($DT = 31.99$), siendo la puntuación mínima obtenida de 19 y la máxima de 219. De acuerdo al punto de corte propuesto para el EDI-2 como instrumento de cribaje o de detección de casos (puntuación total ≥ 80), se halló que el 54.4% ($n = 236$) son Casos con Riesgo a desarrollar un trastorno alimentario y el 45.6% ($n = 198$) No son Casos (ver Figura 4).

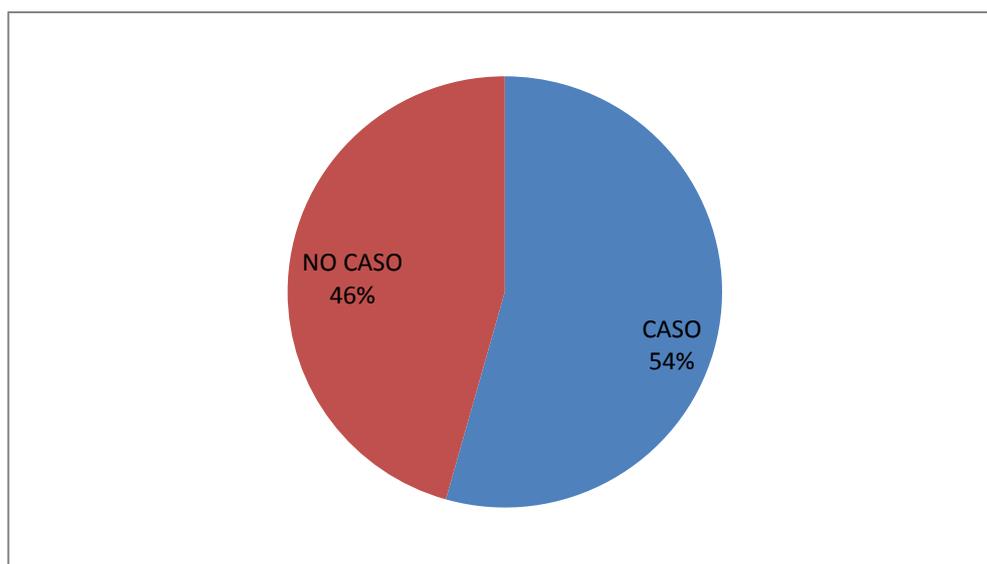


Figura 4. Porcentajes en relación a la Puntuación Total del Inventario EDI-2.
Fuente: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-)2 de David M. Garner, (1998).
Elaborado por: Jeanneth Guano

3.3 Análisis descriptivo de casos con riesgo a desarrollar Trastornos Alimenticios

3.3.1 Análisis de las características Sociodemográfica.

Luego de haber analizado la muestra de los 434 estudiantes se procedió a realizar dos pruebas de cribado con el objetivo de identificar solo a los estudiantes que sí presentaron riesgo a desarrollar TCA, encontrándonos con 87 casos. De aquí en adelante los resultados se mostrarán en base a los casos detectados. En relación a la variable **Sexo** el 29.9% ($n = 26$) eran hombres y el 70.1% ($n = 61$) fueron mujeres., la variable

Edad presentó ≤ 21 años el 54% ($n = 47$) y ≥ 22 años el 46% ($n = 40$), en relación al **Lugar de Origen** el 66.7% ($n = 58$) son de Loja y el 33.3% ($n = 29$) pertenecen a otros lugares, en la variable **Estado Civil** el 96.6% ($n = 84$) de los estudiantes estaban solteros, el 1.1% ($n = 1$) estaban casados, y el 2.3% ($n = 2$) estaban en unión libre, en la variable **Número de hijos** el 6.9% ($n = 6$) si tienen hijos y el 93.1% ($n = 81$) no tienen, en la variable **Trabaja Actualmente** el 89.7% ($n = 78$) No trabajan y el 10.3% ($n = 9$) Sí lo hacen, en la variable **Nivel Socioeconómico** el 13.8% ($n = 12$) tienen un Nivel Bajo, el 58.6% ($n = 51$) un Nivel Medio Bajo, el 26.4% ($n = 23$) un Nivel Medio y el 1.1% ($n = 1$) tiene un Nivel Medio Alto, con respecto a la **Escolaridad de la madre** el 5.7% ($n = 5$) de sus madres no tienen Ninguna escolaridad, el 21.8% ($n = 19$) tienen una instrucción Primaria, el 44.8% ($n = 39$) tienen una instrucción Secundaria, el 24.1% ($n = 21$) tienen una instrucción Universitaria y el 3.4% ($n = 3$) tienen un estudio de Postgrado, y en relación a la **Escolaridad del padre** el 9.2% ($n = 8$) de sus padres no tienen Ninguna escolaridad, el 19.5% ($n = 17$) tienen una instrucción Primaria, el 43.7% ($n = 38$) tienen una instrucción Secundaria, el 26.4% ($n = 23$) tienen una instrucción Universitaria y el 1.1% ($n = 1$) tiene un estudio de Postgrado, en la variable **Con quién vive** el 79.3% ($n = 69$) viven con su familia nuclear, el 5.7% ($n = 5$) viven solos y el 14.9% ($n = 13$) viven con otros, en la variable **Ausentismo a clases** el 40.2% ($n = 35$) si presentan y el 59.8% ($n = 52$) no presentan presentó una M de 0.40 ($DT = 0.49$), en la variable **Percepción de su salud** el 12.6% ($n = 11$) presentan Mala salud, el 63.2% ($n = 55$) presentan un salud Normal y el 24.1% ($n = 21$) presentan una Buena salud, finalmente la variable **Satisfacción con su vida** presentó una M de 7.16 ($DT = 1.85$) (ver Tabla 16).

Tabla 16. Características de la muestra de la Ficha Sociodemográfica Ad. Hoc.

VARIABLES	n	%
SEXO		
Hombre	26	29.9
Mujer	61	70.1
EDAD		
$\leq a 21$	47	54.0
$\geq a 22$	40	46.0
LUGAR DE ORIGEN		
Loja	58	66.7
Otro	29	33.3
ESTADO CIVIL		
Solteros	84	96.6

Tabla 16. (Continuación...)

Casados	1	1.1
Unión Libre	2	2.3
NÚMERO DE HIJOS		
Tiene	6	6.9
No tiene	81	93.1
TRABAJA ACTUALMENTE		
Si	9	10.3
No	78	89.7
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Bajo	63	14.5
Medio bajo	225	51.8
Medio	140	32.3
Medio alto	6	1.4
ESCOLARIDAD DE LA MADRE		
Ninguna	16	3.7
Primaria	90	20.7
Secundaria	189	43.5
Universitaria	122	28.1
Postgrado	17	3.9
ESCOLARIDAD DEL PADRE		
Ninguna	43	9.9
Primaria	96	22.1
Secundaria	176	40.6
Universitaria	109	25.1
Postgrado	10	2.3
CON QUIEN VIVE		
Familia Nuclear	355	81.8
Solo	36	8.3
Otros	43	9.9
AUSENTISMO A CLASES		
Presentan	126	29.0
No Presentan	308	71.0
PERCEPCIÓN DE SU SALUD		
Mala	29	6.7
Normal	250	57.6
Buena	155	35.7
SATISFACCIÓN CON SU VIDA		
M	7.8	
DT	1.63	
Intervalo	1-10	

Fuente: Adaptado de la Encuesta Sociodemográfica Ad. Hoc.

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.3.2 Análisis de las características clínicas de Apoyo Social y Clima Familiar

En la **Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido** el 51.7% ($n = 45$) de los estudiantes poseían un apoyo social alto, el 28.7% ($n = 25$) un apoyo social medio alto, el 18.4% ($n = 16$) un apoyo social medio y el 1.1% ($n = 1$) un apoyo social medio bajo. En la **Escala de Clima Social Familiar (FES)** presenta para la *Dimensión de Relaciones* un 9.2% ($n = 8$) de clima familiar Alto, un 69.0% ($n = 60$) de clima familiar Medio y un 21.8% ($n = 19$) de clima familiar Bajo; para la *Dimensión de Estabilidad* un 4.6% ($n = 4$) de clima familiar Muy Alto, un 50.6% ($n = 44$) de clima familiar Alto, un 36.8% ($n = 32$) de clima familiar Medio y un 8.0% ($n = 7$) de clima familiar Bajo; y para la *Dimensión de Desarrollo* un 17.2% ($n = 15$) de clima familiar Alto, un 75.9% ($n = 66$) de clima familiar Medio y un 6.9% ($n = 6$) de clima familiar Bajo (ver Tabla 17).

Tabla 17. Características Clínicas de la muestra de Apoyo Social y Clima Familiar

VARIABLES	n	%
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO		
Medio Bajo	1	1.1
Medio	16	18.4
Medio Alto	25	28.7
Alto	45	51.7
ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR (FES)		
Dimensión de Relaciones		
Alto	8	9.2
Medio	60	69.0
Bajo	19	21.8
Dimensión de Estabilidad		
Muy Alto	4	4.6

Tabla 17. (Continuación...)

Alto	44	50.6
Medio	32	36.8
Bajo	7	8.0
Dimensión de Desarrollo		
Alto	15	17.2
Medio	66	75.9
Bajo	6	6.9

Fuente: Escala de Clima Social: Familia (FES) / Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.4 Análisis Correlacionales

3.4.1 Análisis correlacional de Apoyo Social con SCOFF y EDI-2

Los datos correspondientes a los análisis de relación entre las variables Apoyo Social, SCOFF y EDI-2 se presentan en la Tabla 17. Al analizar la relación entre las variables Apoyo Social y el Total SCOFF, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, se puede evidenciar que existe una correlación significativa entre la variable Apoyo Social y las siguientes subescalas del EDI-2: Insatisfacción Corporal (BD) $r(n 87) = -.334$, $p = .002$, Ineficacia (I) $r(n 87) = -.500$, $p = .000$, Desconfianza Interpersonal (ID) $r(n 87) = -.492$, $p = .000$ y con Inseguridad Social (SI) $r(n 87) = -.435$, $p = .000$, evidenciando que a mayor apoyo social existirá menor trastornos de la conducta alimentaria (ver Tabla 18).

Tabla 18. Análisis Correlacional del Apoyo Social con el Total SCOFF y el EDI-2

	Apoyo Social		
	R	Sig. (bilateral)	n
TOTAL SCOFF	-.190	.078	87
SUBESCALAS EDI-2			
Obsesión por la Delgadez (DT)	-.056	.604	87

Tabla 18. (Continuación...)

Bulimia (B)	-.006	.954	87
Insatisfacción Corporal (BD)	-.334**	.002	87
Ineficacia (I)	-.500**	.000	87
Perfeccionismo (P)	-.059	.585	87
Desconfianza Interpersonal (ID)	-.492**	.000	87
Conciencia Introceptiva (IA)	-.201	.062	87
Miedo a la Madurez (MF)	.020	.854	87
Ascetismo (A)	-.190	.078	87
Impulsividad (IR)	-.131	.225	87
Inseguridad Social (SI)	-.435*	.000	87

Fuente: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido / Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF) / Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2).

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.4.2 Análisis correlacional de la Dimensión de Relaciones (FES) con el Total SCOFF y las Subescalas del EDI-2

Los datos correspondientes a los análisis de relación entre las variables Dimensión de Relaciones, Total SCOFF y EDI-2 se presentan en la Tabla 19. Al analizar la relación entre las 3 subescalas de la variable *Dimensión de Relaciones* y la variable *Total Scoff*, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, se puede evidenciar que existe una correlación significativa entre algunas subescalas de la variable Dimensión de Relaciones y las siguientes subescalas del EDI-2: Cohesión con Insatisfacción Corporal (BD) $r(n 87) = -.313$, $p = .003$; Cohesión con Ineficacia (I) $r(n 87) = -.414$, $p = .000$; Expresividad con Ineficacia (I) $r(n 87) = -.238$, $p = .027$; Cohesión con Desconfianza Interpersonal (ID) $r(n 87) = -.267$, $p = .013$; Expresividad con Desconfianza Interpersonal (ID) $r(n 87) = -.230$, $p = .032$; Conflicto con Desconfianza Interpersonal (ID) $r(n 87) = .228$, $p = .034$; Cohesión con Inseguridad Social (SI) $r(n 87) = -.337$, $p = .001$; Expresividad con Inseguridad Social (SI) $r(n 87) = -$

.421, $p = .000$ y Conflicto con Inseguridad Social (SI) $r (n 87) = .225$, $p = .017$. (ver Tabla 19).

Tabla 19. Análisis Correlacional de la Dimensión de Relaciones (FES) con el Total SCOFF y subescalas del EDI-2

	DIMENSIÓN DE RELACIONES (FES)						<i>n</i>
	Cohesión		Expresividad		Conflicto		
	<i>r</i>	<i>Sig.</i> (<i>bil.</i>)	<i>r</i>	<i>Sig.</i> (<i>bil.</i>)	<i>r</i>	<i>Sig.</i> (<i>bil.</i>)	
TOTAL SCOFF	-.114	.292	-.114	.293	.183	.090	87
SUBESCALAS EDI-2							
Obsesión por la Delgadez (<i>DT</i>)	-.001	.992	.020	.855	-.098	.366	87
Bulimia (<i>B</i>)	.023	.831	.133	.219	-.014	.900	87
Insatisfacción Corporal (<i>BD</i>)	-.313**	.003	-.124	.251	.063	.560	87
Ineficacia (<i>I</i>)	-.414**	.000	-.238*	.027	.193	.073	87
Perfeccionismo (<i>P</i>)	.118	.274	.175	.104	-.096	.377	87
Desconfianza Interpersonal (<i>ID</i>)	-.267*	.013	-.230*	.032	.228*	.034	87
Conciencia Introceptiva (<i>IA</i>)	.019	.864	-.011	.918	-.033	.759	87
Miedo a la Madurez (<i>MF</i>)	.165	.127	.045	.678	-.123	.256	87
Ascetismo (<i>A</i>)	-.044	.688	.060	.583	.003	.978	87
Impulsividad (<i>IR</i>)	-.116	.284	.118	.277	.185	.086	87
Inseguridad Social (<i>SI</i>)	-.337**	.001	-.421**	.000	.255*	.017	87

Fuente: Escala de Clima Familiar Social (FES) / Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF) / Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2).

Elaborado por: Jeanneth Guano

3.4.3 Análisis correlacional de la Dimensión de Desarrollo (FES) con el Total SCOFF y las Subescalas del EDI-2

Los datos correspondientes a los análisis de relación entre las variables Dimensión de Desarrollo, Total Scoff y Edi-2 se presentan en la Tabla 20. Al analizar la relación entre las 5 subescalas de la variable *Dimensión de Desarrollo* y la variable *Total Scoff*, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, se puede evidenciar que existe una correlación significativa entre algunas subescalas de la variable Dimensión de Desarrollo y las siguientes subescalas del EDI-2: Moralidad-Religiosidad con Insatisfacción Corporal (BD) $r(n 87) = -.263, p = .014$; Moralidad-Religiosidad con Ineficacia (I) $r(n 87) = -.271, p = .011$; Moralidad-Religiosidad con Perfeccionismo (P) $r(87) = .273, p = .011$; Moralidad-Religiosidad con Desconfianza Interpersonal (ID) $r(n 87) = -.326, p = .002$ y Moralidad-Religiosidad con Inseguridad Social (SI) $r(n 87) = -.352, p = .001$ (ver Tabla 20).

Tabla 20. Análisis Correlacional de la Dimensión de Desarrollo (FES) con el Total SCOFF y subescalas del EDI-2

	DIMENSIÓN DE DESARROLLO (FES)										
	<i>Autonomía</i>		<i>Actuación</i>		<i>Intelectual Cult</i>		<i>Social Recreativo</i>		<i>Moralidad Relig.</i>		
	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	
TOTAL SCOFF	.090	.408	.088	.420	.071	.514	.205	.057	-.025	.816	87
SUBESCALAS EDI-2											
Obse. Delgadez (DT)	.204	.058	.125	.250	.084	.437	.128	.237	-.066	.542	87
Bulimia (B)	.125	.248	-.152	.159	.084	.437	.158	.143	.151	.162	87
Insatisf. Corp. (BD)	.123	.256	.163	.131	-.084	.441	-.073	.504	-.263*	.014	87
Ineficacia (I)	.039	.719	-.167	.123	-.083	.446	-.122	.261	-.271*	.011	87
Perfeccionismo (P)	-.039	.719	.107	.324	.165	.126	.134	.217	.273*	.011	87
Descon.Interp. (ID)	-.073	.501	.145	.181	-.175	.104	-.146	.177	-.326*	.002	87
Conc. Introcep. (IA)	.180	.095	.146	.176	.051	.637	-.025	.817	.070	.520	87
Mied.Madurez (MF)	-.041	.707	-.169	.118	.149	.170	.177	.101	.133	.219	87
Ascetismo (A)	.117	.282	-.060	.578	.184	.088	.199	.064	.065	.551	87
Impulsividad (IR)	.103	.341	-.118	.278	.023	.833	.135	.214	.121	.264	87
Inseg. Social (SI)	-.048	.661	.182	.092	-.181	.094	-.132	.224	-.352**	.001	87

Fuente: Escala de Clima Familiar Social (FES) / Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF) / Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2).
Elaborado por: Jeanneth Guano

3.4.4 Análisis correlacional de la Dimensión de Estabilidad (FES) con el Total SCOFF y las Subescalas del EDI-2

Al analizar la relación entre las 2 subescalas de la variable *Dimensión de Estabilidad* y la variable *Total Scoff*, se encontró una correlación estadísticamente significativa solo con: Organización y Total Scoff $r (n 87) = -.222, p = .039$. Por otro lado, al analizar la relación entre las 2 subescalas de la variable *Dimensión de Estabilidad* y la variable *subescalas del EDI-2*, se encontró una correlación significativa entre: Organización con Insatisfacción Corporal (BD) $r (87) = -.301, p = .005$; Organización con Ineficacia (I) $r (87) = -.245, p = .022$; Control con Ineficacia (I) $r (n 87) = .275, p = .010$; Organización con Desconfianza Interpersonal (ID) $r (n 87) = -.345, p = .001$; Organización con Impulsividad (IR) $r (87) = -.283, p = .008$ y Organización con Inseguridad Social (SI) $r (n 87) = -.234, p = .029$ (ver Tabla 21).

Tabla 21. Análisis Correlacional de la Dimensión de Estabilidad (FES) con el Total SCOFF y subescalas del EDI-2 (87 casos)

	Organización		Control		n
	r	Sig. (bil.)	r	Sig. (bil.)	
TOTAL SCOFF	-.222*	.039	-.085	.434	87
SUBESCALAS EDI-2					
Obsesión por la Delgadez (DT)	-.020	.857	-.110	.312	87
Bulimia (B)	-.084	.442	-.094	.386	87
Insatisfacción Corporal (BD)	-.301**	.005	-.035	.749	87
Ineficacia (I)	-.245*	.022	.275**	.010	87
Perfeccionismo (P)	.007	.950	-.167	.122	87
Desconfianza Interpersonal (ID)	-.345**	.001	.118	.275	87
Conciencia Introceptiva (IA)	-.193	.073	.067	.539	87
Miedo a la Madurez (MF)	.082	.451	-.008	.944	87
Ascetismo (A)	-.072	.509	.014	.898	87
Impulsividad (IR)	-.283**	.008	-.120	.268	87
Inseguridad Social (SI)	-.234*	.029	.207	.054	87

Fuente: Escala de Clima Familiar Social (FES) / Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF) / Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI- 2).

Elaborado por: Jeanneth Guano

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio es **identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja**, la muestra inicial de esta investigación estuvo conformada por 434 estudiantes, el 61.1% ($n = 265$) eran mujeres y el 38.9% ($n = 169$) restantes fueron hombres, cuyas edades oscilan entre 17 a 28 años de edad, luego se realizó dos pruebas de cribado con el objetivo de identificar a los estudiantes universitarios vulnerables que presentan riesgo a desarrollar TCA, encontrándonos con una muestra de 87 casos, el 70.1% ($n = 61$) fueron mujeres y el 29.9% ($n = 26$) hombres, con una edad media de 21 años, la mayoría fueron de estado civil soltero (96.6%), que no actualmente trabajan (89.7%), viven en Loja (66.7%), presentan un nivel socioeconómico medio bajo (58.6%), ambos padres con instrucción secundaria: madre (44.8%) y padre (43.7%), viven con su familia nuclear (79.3%), presentan un estado de salud normal (63.2%) y con M de 7.16 ($DT= 1.85$) en la satisfacción con su vida. Por otro lado, diversos estudios mencionan que los trastornos alimentarios son el resultado de la interacción de influencias provenientes de la sociedad, la familia y el individuo incluyendo su personalidad y factores biológicos (Colombo, 2006), además, los trastornos alimenticios son el resultado de relaciones complejas y poca satisfacción con el apoyo familiar (Limbert, 2010); según Quiles y Terol (2009), un grupo familiar con un auto concepto desvalorizante daría lugar al TCA a largo plazo.

En lo referente al primer objetivo específico que **es establecer la prevalencia de un riesgo de TCA en estudiantes universitarios vulnerables**, se encontró la presencia de 87 casos equivalente al 20% de la población total ($n = 434$) que si presentan riesgo a desarrollar un trastorno alimentario, mostrando mayor prevalencia en el sexo femenino 70.1% ($n = 61$), datos que coinciden con estudios previos realizados por la OMS (2004), donde menciona que éstos trastornos ocurren principalmente en adolescentes y jóvenes; mientras tanto la APA (2000), estimó que la prevalencia para la anorexia nerviosa es de 0.5% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes y del 0.05% en hombres. Esto quiere decir que aproximadamente 1 de cada 200 mujeres y 1 de cada 2 000 hombres, padecen este trastorno en algún momento de su vida.

Estudios en población universitaria realizados por Bazán, Cabrera, Huamán, López y Martín (2011), encontraron al 34.9% de la población con riesgo a desarrollar un

trastorno alimentario, 3.2% anorexia nerviosa y 4.8% bulimia nerviosa; Mejía, Díaz, Sierra y Monsalve (2003), encontraron una prevalencia anual de 3.1% para anorexia nerviosa y 2.1% para bulimia nerviosa y de la misma manera Micin y Bagladi (2011), encontraron una prevalencia anual del 6.5% para los trastornos alimentarios, 9.7% para las mujeres y 2.1% para los hombres; es así como Hudson et al., (2007) encontraron en su estudio prevalencia de vida para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa de 0.9% y 1.5% respectivamente en las mujeres y 0.3% y 0.5% en los hombres; Wade et al., (2006) encontraron en el sexo femenino una prevalencia de vida del 1.9% para la anorexia nerviosa y del 2.9% para la bulimia nerviosa, mientras que Preti et al., (2009) halló una prevalencia de vida para la anorexia nerviosa de 0.48% y de 0.51% para la bulimia nerviosa, las prevalencias más altas se presentaron en el sexo femenino, en edades comprendidas entre los 18y 29 años. Es evidente que en éste y todos los estudios mencionados son las mujeres las que presentan mayor riesgo a desarrollar un TCA, e incluso en el caso de no recibir apoyo ya sea social o familiar podrían llegar a la muerte.

El segundo objetivo específico es **analizar cuál es el clima familiar y el apoyo social que presentan los estudiantes universitarios evaluados**, para lo cual se utilizó la Escala de Clima Social Familiar (FES) presentando en la *Dimensión de Relaciones* un 9.2% ($n = 8$) de clima familiar Alto, un 69.0% ($n = 60$) Medio y un 21.8% ($n = 19$) Bajo; para la *Dimensión de Estabilidad* un 4.6% ($n = 4$) de clima familiar Muy Alto, un 50.6% ($n = 44$) Alto, un 36.8% ($n = 32$) Medio y un 8.0% ($n = 7$) Bajo y para la *Dimensión de Desarrollo* un 17.2% ($n = 15$) de clima familiar Alto, un 75.9% ($n = 66$) Medio y un 6.9% ($n = 6$) Bajo, evidenciando que en esta muestra predomina las Dimensión de Estabilidad con un clima familiar bueno, en donde prevalece la organización y el control familiar. Así, Hernández (1998), refiere que la familia es la unidad básica de la sociedad, donde se desarrollan valores objetivos y una cultura que permite la adaptación del individuo a la organización social. Estudios previos coinciden con esta investigación, como el realizado por Medina (2017), donde comprobó que de 125 universitarios de la Universidad Autónoma de Ica-Perú, el 94.4% ($n=118$) poseen un nivel adecuado de clima social familiar en su Dimensión de Estabilidad y el 5.6% ($n=7$) un nivel inadecuado; Díaz y Jáuregui (2014), también coinciden con los resultados mencionados, mostrando que un 37% de los estudiantes tienen un nivel promedio en la dimensión Relación y presentan una tendencia buena en la dimensión Desarrollo, además, un 51% poseen un nivel promedio en la dimensión Estabilidad siendo esta la dimensión más alta. Indicando de

esta manera que el clima social familiar en los estudiantes universitarios independientemente del lugar donde se encuentren estudiando es aparentemente el adecuado.

Para analizar el apoyo social se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, predominando el apoyo social alto en el 51.7% ($n = 45$) de la muestra, siendo más evidente en las mujeres con un 68.9% ($n=31$), en relación con los hombres 31.1% ($n=14$). Coincidiendo con otros estudios realizados por Báez et al., (2014) en 272 universitarios donde su mayoría, 85.30%, presentaron un nivel alto de apoyo social percibido, un 13,60% de nivel medio y un 1,10% de nivel bajo. Tomando en cuenta lo acotado por Alvarado, Medina y Aranda (1996), quienes mencionan que el apoyo social es la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que las redes de apoyo social percibidas por estudiantes universitarios en la mayoría de las situaciones está conformado por la madre, el padre y la pareja (Carreras y Carreras, 2011), los estudiantes investigados contarían con una ventaja ya que las funciones primarias de un sistema de apoyo social son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales (Jung, 1990).

El tercer objetivo específico es **determinar los factores psicosociales asociados al riesgo a desarrollar un TCA en los estudiantes universitarios de la UTPL**, para identificarlos se utilizó el cuestionario sociodemográfico, en donde presenta características personales, académico- laborales, psicológicas y familiares de los estudiantes, éstos resultados nos orientan a comprender mejor el contexto de vida personal, familiar, social y económico, y como estos pueden influir en la vida de los estudiantes. Se identificó que en la muestra de 87 casos que presentan TCA, la edad media fue de 21 años, de éstos el mayor porcentaje fueron mujeres, 70.1%; el 96.6% de los estudiantes estaban solteros, el 89.7% trabajan actualmente, el 58.6% presentan un nivel socioeconómico medio bajo; en cuanto a la escolaridad de los padres, el mayor porcentaje indican que tienen una instrucción secundaria tanto la madre (44.8%) como el padre (43.7%), el 79.3% viven con su familia nuclear, el 63.2% presentan un salud Normal y el 27.6% presentan una satisfacción moderada con su vida. Un estudio en Ecuador realizado en universitarios por Torres (2015), coinciden con algunas características estudiadas, en una muestra de 1092 estudiantes, el 53.7% fueron del sexo femenino, el 98.5% de estado civil soltero y sin un estado laboral activo en su

mayoría, en cuanto a la situación socioeconómica de los estudiantes la mayoría se sitúan sobre la clase media baja en función de sus ingresos mensuales familiares (44.0%).

En lo referente a la relación entre las variables Apoyo Social con el Total SCOFF y las subescalas del EDI-2, se determinó una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ya que los valores son mayores a 0.05. Ruiz-Martínez et al., (2010) refieren que la falta de integración y apoyo en las relaciones familiares están relacionados con estos trastornos alimentarios; por su parte Musitu et al., (2001) entienden al apoyo social percibido como fuente significativa de protección o exposición para el sujeto en riesgo a desarrollar un trastorno alimentario. Los resultados evidencian que existe una correlación significativa entre la variable Apoyo Social y algunas subescalas del EDI-2, así: en la subescala de Insatisfacción Corporal ($r=.002$), Ineficacia ($r=.000$), Desconfianza Interpersonal ($r=.000$) y con Inseguridad Social ($r=.000$), datos que permiten afirmar que a menor apoyo social, mayor serán los sentimientos de insatisfacción corporal, de ineficacia, de desconfianza interpersonal y de inseguridad social. De tal manera que Wisotsky, Dancyger, Fornari, Katz, Wisotzky y Swencionis (2003), refieren que las familias en las cuales se presentan trastornos de alimentación se han percibido a sí mismas como menos apoyadas, más vulnerables a relaciones conflictivas y con menos disposición a la expresión de emociones.

Por otro lado, al analizar la relación entre la *Dimensión de Relaciones* y la variable *Total SCOFF*, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. En ese sentido Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj (2005), añaden que la percepción del funcionamiento familiar es diferente en sujetos con anorexia y bulimia, puesto que las primeras describen a sus familias como cohesivas y organizadas y las segundas como más conflictivas y menos cohesionadas. Sin embargo, se puede evidenciar que existe una relación significativa entre algunas subescalas de la variable *Dimensión de Relaciones* y las siguientes subescalas del EDI-2: Cohesión con Insatisfacción Corporal ($r=.003$); Cohesión con Ineficacia ($r=.000$); Expresividad con Ineficacia ($r=.027$); Cohesión con Desconfianza Interpersonal ($r=.013$); Expresividad con Desconfianza Interpersonal ($r=.032$); Conflicto con Desconfianza Interpersonal ($r=.034$); Cohesión con Inseguridad Social ($r=.001$); Expresividad con Inseguridad Social ($r=.000$) y Conflicto con Inseguridad Social ($r=.017$). Estos datos permiten afirmar que a menor cohesión y expresividad familiar mayor será el riesgo de los TCA; y a mayor conflicto

mayor será la inseguridad social. Estudios previos como el de González et al., (2002) coinciden que en jóvenes cuyas familias manifestaban una alta cohesión, en términos de apoyo y cercanía emocional, presentaban menor riesgo de padecer un desorden alimentario; de la misma manera Cooper (1983), ha demostrado que el clima familiar tiene una gran repercusión en la adaptación de los miembros de una familia. La cohesión o grado de apoyo y el nivel de conflicto familiar, son algunos de los elementos del clima familiar que inciden en la adaptación de los individuos. Además, Rosas (2017) en su estudio realizado con mujeres que padecen de trastornos de la conducta alimentaria, encontró un alto nivel de conflicto (87.5%), esto quiere decir que la manera de resolver las situaciones conflictivas y la expresión de cólera y agresividad son inadecuados.

De igual manera, al analizar la relación entre la *Dimensión de Desarrollo* y la variable *Total SCOFF*, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, se puede evidenciar que existe una relación significativa entre algunas subescalas de la variable *Dimensión de Desarrollo* y las siguientes subescalas del EDI-2: Moralidad-Religiosidad con Insatisfacción Corporal ($r=.014$); Moralidad-Religiosidad con Ineficacia ($r=.011$); Moralidad-Religiosidad con Perfeccionismo ($r=.011$); Moralidad-Religiosidad con Desconfianza Interpersonal ($r=.002$) y Moralidad-Religiosidad con Inseguridad Social ($r=.001$). No se encontraron estudios similares relacionados con la variable Moralidad-Religiosidad y EDI-2, sin embargo Mancilla-Díaz, Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón (2005), encontraron que existe asociación significativa entre la relación familiar y perfeccionismo ($p<.05$) lo que explica que las conductas perfeccionistas están relacionadas con las críticas paternas que son una forma de expresar y que por lo general se dan en situaciones conflictivas.

Finalmente, respecto a la relación entre la *Dimensión de Estabilidad (FES)* con el *SCOFF* y las subescalas del EDI-2, se encontró una relación estadísticamente significativa dentro de la *Dimensión de Estabilidad (Organización)* y la variable *SCOFF*, de $r=.039$. Para Moos, Moos y Trickett (1985), citado en Gamarra (2012), la organización es el valor dado en el hogar a una organización y estructura clara al planear actividades y responsabilidades familiares, haciendo evidente en ésta relación que a mayor organización familiar existirá un menor riesgo a desarrollar un TCA. Por otro lado, al analizar la relación entre las *Dimensión de Estabilidad* y las *subescalas del EDI-2*, se

encontró una relación significativa entre: Organización con Insatisfacción Corporal ($r=.005$); Organización con Ineficacia ($r=.022$); Control con Ineficacia ($r=.010$); Organización con Desconfianza Interpersonal ($r=.001$); Organización con Impulsividad ($r=.008$) y Organización con Inseguridad Social ($r=.029$). No se han encontrado estudios similares de relación con estas variables, sin embargo, un estudio realizado por Vargas (2013), hace hincapié que tanto la desconfianza interpersonal como la inseguridad social son disfunciones sociales causadas por los trastornos de la conducta alimentaria.

Tras el presente análisis se ha dado respuestas a las preguntas de investigación planteadas sobre clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios vulnerables de la UTPL, sin embargo, pese al tiempo limitado por los estudiantes debido a sus horarios académicos para proceder a realizar esta investigación los datos encontrados fueron de gran impacto ya que se pudo evidenciar que el sexo femenino es el más predominante a desarrollar un trastorno alimentario y que las implicaciones sociales y familiares influyen en el desempeño académico de estos estudiantes, por esta razón se ha considerado importante desarrollar un programa de intervención familiar para los estudiantes que presentan riesgo de TCA y sus familiares, ya que en nuestro país (Ecuador) no existe un programa de ayuda personal y familiar que se interese en mejorar la salud mental de esta población.

CONCLUSIONES

- En relación al perfil Sociodemográfico de los 87 casos detectados como posible riesgo a padecer un trastorno de conducta alimentaria, la mayoría fueron del sexo femenino, con una media de edad de 21 años, estado civil soltero, que no actualmente trabajan, viven en Loja, presentan un nivel socioeconómico medio bajo, ambos padres con instrucción secundaria, viven con su familia nuclear, presentan un estado de salud normal y con una satisfacción vital moderada.
- En el perfil clínico, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido indicó que el mayor porcentaje 51.7% ($n = 45$) de los estudiantes poseían un Apoyo Social Alto; y en la Escala de Clima Social Familiar (FES) predominó la *Dimensión de Desarrollo* con el 75.9% ($n = 66$) de clima familiar Medio, seguido de la *Dimensión de Relaciones* con un 69.0% ($n = 60$) de clima familiar Medio; y la *Dimensión de Estabilidad* con el 50.6% ($n = 44$) de clima familiar Bueno.
- En cuanto a las variables asociadas con Apoyo Social, se encontró que no hay relación estadísticamente significativa con el SCOFF. Sin embargo, se pudo evidenciar que existe una relación significativa con algunas subescalas del EDI-2: Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Desconfianza Interpersonal y con Inseguridad Social, es decir, a menor apoyo social mayor será el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.
- Al analizar las variables asociadas con Dimensión de Relaciones (FES), se evidenció que no hay una relación estadísticamente significativa con el SCOFF, pero sí se encontró relaciones significativas de algunas subescalas de la Dimensión de Relaciones con las siguientes subescalas del EDI-2: Cohesión con Insatisfacción, Cohesión con Ineficacia, Expresividad con Ineficacia, Cohesión con Desconfianza Interpersonal, Expresividad con Desconfianza Interpersonal, Conflicto con Desconfianza Interpersonal, Cohesión con Inseguridad Social, Expresividad con Inseguridad Social y Conflicto con Inseguridad Social. A menor cohesión y expresividad familiar mayor será el riesgo a desarrollar un TCA; y a mayor conflicto familiar mayor será el riesgo a desarrollar un TCA.

- Con respecto al análisis de las variables que se relacionan con la Dimensión de Desarrollo (FES), se constató que no hubo una relación estadísticamente significativa con el SCOFF, aunque sí se puede evidenciar que existe una relación significativa entre algunas subescalas de ésta variable y las siguientes subescalas del EDI-2: Moralidad-Religiosidad con Insatisfacción Corporal, Moralidad-Religiosidad con Ineficacia, Moralidad-Religiosidad con Perfeccionismo, Moralidad-Religiosidad con Desconfianza Interpersonal y Moralidad-Religiosidad con Inseguridad Social. A mayor Moralidad-Religiosidad familiar menor riesgo a desarrollar un trastorno alimenticio.

- Finalmente, al analizar las variables asociadas con la Dimensión de Estabilidad (FES), se evidenció una correlación estadísticamente significativa de la Organización con el SCOFF. Sin embargo, al analizar detalladamente la relación mencionada con las *subescalas del EDI-2*, se encontró una correlación significativa entre: Organización con Insatisfacción Corporal, Organización con Ineficacia, Control con Ineficacia, Organización con Desconfianza Interpersonal, Organización con Impulsividad y Organización con Inseguridad Social. A mayor Organización familiar menor riesgo a desarrollar un TCA y a mayor Control familiar mayor riesgo a desarrollar un TCA.

RECOMENDACIONES

- Realizar exposiciones abiertas dentro de la universidad para los estudiantes con la finalidad de psicoeducar sobre los trastornos de conducta alimentaria, abordando las causas y consecuencias, mitos, tabús, etc. Logrando así concientizar sobre el cuidado que estamos dando a nuestro cuerpo al ingerir ciertos alimentos no saludables, hacer ejercicio exagerado o hacer dietas dañinas que incluso pueden llegar a causar la muerte.
- Fomentar las redes de apoyo ya sea a nivel familiar, laboral o institucional, en especial para los estudiantes que vienen de las distintas provincias hacia la ciudad de Loja, ayudando a desarrollar estrategias de afrontamiento para así prevenir posibles desajustes emocionales.
- Informar a la institución y dar a conocer a la ciudadanía los resultados obtenidos en esta investigación, mediante diversos eventos y futuras investigaciones, con la finalidad de incorporar cambios en las dinámicas familiares, resaltando la importancia de mantener un clima familiar adecuado, un apoyo social bueno y hábitos alimenticios saludables para así prevenir futuros trastornos.
- Elaborar un programa de intervención para familiares y estudiantes universitarios que presentan riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, en donde se brinde técnicas y herramientas para que puedan evidenciar, reconocer y afrontar esta problemática que está afectando en la salud física y mental de los estudiantes, repercutiendo en las relaciones familiares, sociales, laborales y académicas.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LAS FAMILIAS Y ESTUDIANTES UNIVERISTARIOS VULNERABLES DE LA UTPL, QUE PRESENTAN RIESGO A DESARROLLAR UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DESDE EL MODELO SISTÉMICO FAMILIAR CON TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

En el modelo sistémico familiar, el tratamiento para los trastornos alimenticios consiste en una serie de intervenciones clínicas estructuradas; de tal manera que resulten útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por estos trastornos, mejorando su calidad de vida y la de sus familiares. El diseño de esta propuesta de intervención se efectúa teniendo en cuenta los antecedentes y necesidades de los estudiantes en base a los resultados encontrados dentro de la investigación ya que se ha evidenciado que a mayor clima familiar menor serán los trastornos de la conducta alimentaria.

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la dinámica familiar que se ha convertido en la fuente de las dificultades, modificando las interacciones entre los miembros de la familia que agravan o perpetúan el problema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el síntoma dentro del contexto familiar.
- Aborda los problemas generados en el contexto de las relaciones familiares y mejorar su funcionamiento en los diferentes niveles.
- Brindar herramientas (técnicas cognitivo-conductuales) adecuadas para prevenir o combatir el riesgo a desarrollar TCA
- Desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas ante diferentes dilemas y situaciones de la vida.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA:

- Programa de Orientación Familiar con técnicas Cognitivo-Conductuales
- Corte psicoterapéutico

- Estructurado pero flexible y adaptado
- Carácter directivo
- Interacciones entre los miembros del grupo familiar
- Dinámica aplicada, interactiva, participativa
- El terapeuta proporciona explicaciones y pautas para realizar cada paso de la sesión
- Se entrena a los participantes en su aplicación utilizando sus propios problemas
- Se combinan ejercicios individuales y en grupo
- Las tareas entre sesiones son sencillas y fácilmente aplicables a la vida cotidiana

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPEÚTICAS:

- 8 sesiones
- 2 horas aproximadamente
- Periodicidad semanal (1 sesión/semana)
- Total de 8 semanas
- Formato cara a cara y grupal: aproximadamente 5 jóvenes por grupo

CARACTERÍSTICAS DE LAS SESIONES

- Presentación / Repaso de la última sesión y revisión de algunas tareas que se envió casa.
- Orientación positiva hacia el problema
- Definición del problema y establecimiento de metas
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Puesta en práctica y verificación de la solución elegida

1. SESIÓN	
Tema:	ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO SALUDABLE
Objetivo:	Aprender en familia cuáles son los Hábitos Alimenticios correctos acompañados de un ejercicio saludable.
Metodología Familiar:	Frente a la baja cohesión familiar encontrada en la

investigación, grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí, en esta sesión se va a dividir a las personas por grupos familiares y cada uno de ellos se encargará de designar un representante para que vaya tomando nota de las ideas de todos los miembros, en un papelógrafo definirán qué significa para ellos una Alimentación Saludable y dibujarán la pirámide nutricional según su consideración y conocimiento.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: En base a las respuestas obtenidas por cada grupo familiar, el terapeuta a manera de **PSICOEDUCACIÓN** realizará una definición correcta sobre Alimentación Saludable, resaltando las cantidades adecuadas y los beneficios; así como también sobre causas y consecuencias al No alimentarse correctamente. Se enseñará y explicará correctamente la Pirámide Nutricional y se recordará que dicha alimentación siempre debe ir acompañada del ejercicio físico mínimo de media hora diaria, también si existe mayor cohesión familiar se reducirá el trastorno de la conducta alimentaria.

Tarea: consistirá en reunirse toda la familia por lo menos a la hora de la cena, compartir y entre todos planificar los alimentos saludables que les gustaría compartir en familia el siguiente día.

2. SESIÓN

Tema: IMAGEN CORPORAL

Objetivo: Incrementar la aceptación de la propia imagen corporal en cada uno de los miembros familiares.

Metodología Familiar: se iniciará realizando una breve retroalimentación de la sesión anterior y revisando la tarea que fue enviada a casa, evaluando el grado de dificultad que encontraron para llegar a un acuerdo familiar en la planificación de dicha actividad. En el análisis de los datos se evidenció que existe una imagen corporal distorsionada por parte de los estudiantes que presentaron riesgo a desarrollar un TCA, por esa razón en esta sesión se indicará a cada miembro familiar que en una hoja de papel bond dibujen una imagen de un cuerpo completo de su mismo sexo "la imagen ideal" que cada uno de ellos considere la más perfecta para ser aceptados por la sociedad, luego se les pedirá que se intercambien sus dibujos y se les pedirá que describan los aspectos positivos y negativos que encuentran en esa imagen.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: mediante la participación de cada persona se

irá desarrollando pausas para ir corrigiendo las **DISTORSIONES COGNITIVAS** que presentan con relación a la "imagen corporal ideal", y cada vez que se presente estas distorsiones se enseñará a cambiar enseguida por una afirmación positiva a cerca de sí mismos, de la misma manera se tratará de romper con los mitos y tabúes que están establecidos culturalmente, para lograr concientizar en cada una de las familias la aceptación de propio cuerpo, respetarlo y amarlo tal, sin necesidad de lastimarnos con cirugías costosas de alto riesgo.

Tarea: se pedirá que cada uno de los participantes identifique y lleve un registro de a qué hora del día presentan ideas negativas o distorsionadas de su imagen corporal, cómo estas se manifiestan y qué hizo para eliminar esas ideas de su cabeza.

3. SESIÓN

Tema: AUTOESTIMA

Objetivo: Mejorar la autoestima de cada uno de los participantes y sus familias.

Metodología Familiar: Se iniciará realizando una breve retroalimentación del tema tratado en la sesión anterior y revisando la tarea que fue enviada a casa, evaluando el grado de dificultad y de solución que pudieron dar frente a la problemática presentada. Frente al grado de Conflicto encontrado en la investigación, dado que se expresa libremente y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia, afecta la autoestima de estos estudiantes y repercute en el rendimiento académico, se procederá a realizar la actividad correspondiente a esta sesión y se dividirá a las familias en grupos de seis personas, cada grupo dibujará un árbol grande con muchos frutos y raíces largas bajo la tierra, luego cada uno deberá tener dos trozos pequeños de hojas; en un pedazo escribirán tres éxitos y en el otro tres fracasos que hayan tenido en sus vidas y lo irán pegando en el árbol, en cada fruto del árbol colocarán los papeles con los éxitos obtenidos y en las raíces irán pegando todos los papeles con sus fracasos.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: luego de la participación de las familias, el terapeuta utilizará la técnica de **APOYO O REAFIRMACIÓN** ya que es una tipo de comunicación que brinda apoyo emocional a las personas basándose en los logros y capacidades presentes y anteriores, como todas las que están pegadas dentro de cada fruto del árbol dibujado por ellos y que son visibles, mientras que aquellos fracasos que

están en las raíces ya están enterrados bajo la tierra y se quedarán ahí como el abono de esa planta que en realidad luego nos servirá porque gracias a ello más después se empieza a cosechar grandes frutos. Finalizando con la explicación de que a mayor conflicto familiar existirá un mayor riesgo a desarrollar un TCA.

Tarea: pedir a la madre o padre que en la sala de su casa coloquen un papelógrafo grande con los nombres de cada miembro de la familia en columnas verticales junto con un marcador, y todos los días por las noches cada persona irá escribiendo una fortaleza que haya observado en ese día de cada familiar.

4. SESIÓN

Tema: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Anorexia y Bulimia)

Objetivo: Dar a conocer a las familias qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria, cuáles son los síntomas, las causas y consecuencias.

Metodología Familiar: Antes de comenzar con la sesión planificada se tomará un corto tiempo para realzar una breve retroalimentación de la temática tratada anteriormente, revisar la tarea enviada y evaluar el grado de dificultad y satisfacción que presentaron cada uno al realizarla. Debido a la relación existente de los trastornos de conducta alimentaria con el clima familiar y apoyo social dentro de la investigación se procederá en esta sesión a dividir al grupo en sub grupos familiares, es decir dependiendo de las familias se hará grupos de 2, 3 o 4 personas. Cada familia se pondrá en forma circular y en el centro se colocará un espejo grande en donde uno por uno se irá observando a sí mismo y mencionando que aspectos a nivel físico y espiritual o psicológico ha cambiado en los tres últimos años y por qué (*ha bajado de peso, está más gordo/a, se ve más deprimido/a..., etc.*) luego se retirará el espejo central y esta vez cada participante se irá poniendo frente a cada uno de sus familiares y mencionando todos los cambios que han evidenciado ellos desde su perspectiva.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: realizar **PSICOEDUCACIÓN** para explicar a las familias que los trastornos alimentarios, son un problema creciente en nuestra sociedad, ya que se caracterizan por una percepción diferente del propio cuerpo, que está asociada a la insatisfacción de la imagen corporal, generando conductas con el fin de obtener una imagen o un peso que esté acorde a sus expectativas. Las conductas implicadas en estos trastornos son diversas: dietas muy estrictas o exageradas,

acciones purgativas, vómitos inducidos, ejercicio extenuante, etc. Este conjunto de síntomas genera consecuencias en las diversas esferas de la vida, desde la salud física hasta un impacto familiar y social. Siendo la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa* los más comunes en la población joven (Torres, 2015). Así como también dar a conocer los síntomas, causas y consecuencias que incluso pueden llegar a ser mortales basándose en el DSM-5 y CIE-10 para que todas las familias estén pendientes de una alimentación adecuada de todos los miembros y en alerta a los cambios físicos, sociales, familiares y comportamentales que vayan presentando cada uno de ellos.

Tarea: realizar auto-registros diarios en los cuales se deben incluir las ingestas (comidas y bebidas) señalando la hora y el lugar en que se produce, indicando si alguna ingesta se considera excesiva o insuficiente y a su consideración si dicha alimentación fue la adecuada o no.

5. SESIÓN

Tema: MOTIVACIÓN AL CAMBIO

Objetivo: Determinar acuerdos colectivos sobre las metas que se desea alcanzar para el cambio en cooperación con la familia.

Metodología Familiar: Se iniciará con un preámbulo sobre la temática tratada en la sesión anterior, así como también se revisará, evaluará y comentará los logros y dificultades presentados en la tarea enviada a casa. Luego para el trabajo de esta sesión planificada el terapeuta se pondrá al frente con una pizarra y un marcador para ir anotando las ideas de los presentes. Se irá preguntando a los participantes cuáles los posibles problemas a la hora de tener una buena alimentación y luego conjuntamente con todo el grupo familiar se irá buscando sus posibles soluciones para cambiar esos malos hábitos.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: se utilizará la técnica **REDEFINICIÓN DEL PROBLEMA**, de manera que la unidad familiar global, y el individuo portador del síntoma, puedan ser incentivados al cambio terapéutico. Existe un sentido optimista respecto a las posibilidades de cambio, si se modifica la estructura de la familia se posibilitará el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación con ellos. El terapeuta se asociará con la familia para

cambiar la organización de todos los miembros, la familia al modificarse ofrece a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas de ayuda para el individuo portador del TCA.

Tarea: observar en familia el documental de internet “super size me”, mismo que muestra las dificultades en salud a causa de nuestros hábitos alimenticios, luego entre el grupo deberán extraer la moraleja del documental y reflexionar sobre el mismo por medio de preguntas.

6. SESIÓN

Tema: HABILIDADES SOCIALES, COGNITIVAS Y DE CONTROL DE EMOCIONES

Objetivo: Entrenar a las familias para que adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de sus vidas.

Metodología Familiar: Se realizará una retroalimentación de la sesión anterior, luego se revisará las tareas enviadas a casa evaluando el trabajo en equipo y el grado de dificultad o satisfacción para lograr un cambio a nivel personal y familiar. Posterior se procederá a seleccionar a un grupo familiar de asistentes, se solicitará que se ubiquen al frente y se les pedirá que dramaticen una situación conflictiva que en algún momento de sus vidas la experimentaron (deberá incluir las conductas, las verbalizaciones, los pensamientos, estado de ánimo, alimentación, etc.), al finalizar el terapeuta conjuntamente con todo el grupo familiar irán analizando todos los aspectos negativos y buscando estrategias para resolver ese mismo conflicto pero de una manera saludable sin llegar a alguna agresión ya sea física o psicológica, controlando correctamente las emociones.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: Se utilizará la técnica **ASERCIÓN NEGATIVA** cuando una persona del grupo familiar se siente atacado ya sea por el aumento o disminución de su alimentación o por cualquier otra situación que se haya equivocado, hay que admitir el error y cambiar rápidamente a verbalizaciones positivas. Hay que aceptar nuestros errores o faltas. (es verdad, tienes razón.....etc.); también se utilizará la técnica del **REFUERZO POSITIVO** a cada acción positiva que algún familiar lo vaya realizando o modificando de aquellas malas conductas o malos hábitos que los tenía instaurado anteriormente.

Tarea: Realizar un registro familiar del número de veces que uno o varios miembros del grupo familiar se hayan equivocado y aceptado sus errores en ese preciso instante.

7. SESIÓN

Tema: COMUNICACIÓN ASERTIVA

Objetivo: Generar habilidades de comunicación asertiva, que permitan prevenir, mediar y resolver conflictos en las relaciones interpersonales.

Metodología Familiar: Breve retroalimentación de la sesión anterior y revisión de tareas enviadas a casa. Seguido se procederá a trabajar en la sesión planificada y para esto todos los participantes presentes formarán parejas con personas de su misma familia (de preferencia con la que tengan o hayan tenido menos afinidad) y se pondrán de espaldas, luego el terapeuta decidirá cuál empezará primero expresando lo que piensa, siente y desea de la otra persona, aspectos positivos y aspectos negativos que no ha sido capaz de reconocer o decírselo en un momento propio.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: para esta actividad el terapeuta utilizará la técnica del **ENTRENAMIENTO ASERTIVO** con la finalidad de enseñar a las familias las conductas adecuadas a la hora de alimentarse, comunicar, actuar y de intercambiar ideas y opiniones, tener conciencia de lo que decimos y cómo lo decimos, saber hablar pero también saber escuchar y sobre todo proporcionar a cada uno de los miembros del grupo familiar puntos de vista alternativos para aclarar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones y cambiar sus pensamientos negativos por otros más agradables desde otro punto de vista, en especial con respecto a la imagen corporal y a la alimentación.

Tarea: como tarea para la casa se enviará a mirarse a los ojos por 3 o 5 minutos antes de cada comida entre todos los miembros familiares y a decir cómo se siente en ese momento cada uno y cómo lo mira a su compañero de alado desde su perspectiva.

8. SESIÓN

Tema: PROYECTOS DE VIDA. RESILIENCIA

Objetivo: Analizar el impacto, los resultados y el desarrollo de las sesiones anteriores

y conocer las bases con que cuenta cada persona para construir su proyecto de vida.

Metodología Familiar: Antes de finalizar con la última sesión planificada se realizará una retroalimentación sobre las temáticas tratadas anteriormente, se responderá a las preguntas, dudas o sugerencias realizadas por los participantes, también se procederá a revisar las tareas enviadas y evaluar el grado de dificultad o satisfacción que presentaron cada uno al realizarla. Posterior se dará inicio a ésta sesión, cada persona del grupo familiar tendrá en sus manos una hoja de papel bond, un lápiz y un borrador, luego dibujarán unas gradas a manera de escala y en la parte superior de la hoja escribirán META, en la parte inferior OBJETIVOS y en la parte media SOLUCIONES y empezarán en cada grada a redactar los pasos a seguir para alcanzar esa meta que se proponen, tomando en cuenta el objetivo del por qué lo quieren lograr y las soluciones que darán frente a cada obstáculo que se pueda presentar en el momento.

Técnicas y Estrategias para Intervenir: las escaladas son los puntos de referencia a lo largo del proceso de formación y la gradualidad en el proceso de maduración de la personalidad. El terapeuta utilizará como Estrategia **PREGUNTAS LINEALES, CIRCULARES, ESTRATÉGICAS Y REFLEXIVAS** para obtener información sobre el funcionamiento familiar en relación con el síntoma de los TCA, de esta manera orientarlos para que sean capaces de buscar una solución a la problemática que están viviendo y alcanzar la meta propuesta con el apoyo de toda la familia buscando un cambio. Se debe recordar que cada proyecto de vida contiene propósitos, aspiraciones, ideales y acciones que deben asumirlas como propias e intransferibles para darle sentido a su existencia, a través de un proceso dinámico, progresivo, flexible y evaluable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, R., Medina, E., y Aranda, W. (1996). Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica. *Rev Psiquitría*; 13: 30-41. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500012
- Álvarez, L., Aguaded, M. J., y Ezquerra, M. (2014). La alimentación Familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Curso de especialización Evaluación y Tratamiento Dietético-Nutricional con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)*,19, 2050-2069. Recuperado de: http://www.tcasevilla.com/archivos/alimentacion_familiar_y_tca.pdf
- Álvarez-Malé, M., Bautista, I. y Serra, LI. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 2283-2288. ISSN 0212-1611. Recuperado de: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8583.pdf>
- Arechabala, M. C., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8, 49-55.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. [APA]. (2000 / 2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2014, 329-354.
- Avellaneda, S. J. (2009). *Determinación de la Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Estudiantes de la Pontificia Universidad*

- Javeriana*. Bogotá, D.C. (Tesis de Pregrado). Recuperada de:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis304.pdf>
- Báez, C., Favaron, L., Pérez, J., y Vásquez, L. (2014). *Apoyo social percibido relacionado con rendimiento académico en estudiantes de enfermería de la Universidad Del Bio-Bio, Chillán*. (Tesis Pregrado). Universidad del Bío-Bío, Chile.
- Baile, J. I., y González, M. J. (2014). *Tratando Anorexia Nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A), 21-24. ISBN: 978-84-368-3146-7
- Baile, J. I., y González, M. J. (2014). *Tratando Bulimia Nerviosa. Técnicas y Estrategias Psicológicas*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A), 19-22. ISBN: 978-84-368-3235-8
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A. ISBN: 8432309184, 9788432309182
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Lohle. Buenos Aires
- Bazán, S. O., Cabrera, J., Huamán, F., López, G., & Martín, P. (2011). Factores asociados a trastornos alimenticios en estudiantes universitarios. Libro de Resúmenes de la I Jornada Científica San Martiniana del Norte. Chiclayo-Perú: Universidad San Martín de Porres-Filial Norte.
- Beauchaine, T. P., y Hinshaw, S. P. (2013). *Child and Adolescent Psychopathology* (Second Edition). Hoboken, New Yersey: Wiley, 719. ISBN: 987-1-118-12094-1. Recuperado de: https://www.amazon.com/Adolescent-Psychopathology-CourseSmart-Theodore-Beauchaine/dp/1118120949/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1374782387&sr=1-1&keywords=child+and+adolescent+psychopathology

- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35, 483-490
- Brito, P. S. (2015). *Frecuencia de Trastornos Alimentarios en Adultos Jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito Noviembre-Diciembre, 2014* (Tesis de Pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito. Recuperado de <http://studylib.es/doc/8650295/pontificia-universidad-cat%C3%B3lica-del-ecuador-facultad-de-e...>
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos, S., Lee, S.L., Ramírez, M., y Mascayano, F. (2014) An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*. 26(2):235-43. doi: 10.7334/psicothema2013.86.
- Carreras, M. P., y Carreras, M. A. (2011). Redes de Apoyo Social Percibidas por Estudiantes Universitarios de Santiago de Santiago del Estero. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*, 225-226. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-052/344.pdf>
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cassullo G., Álvarez L. y Pasman, P. (1998). Manual Adaptación de las escalas de clima social escolar y familiar, VI Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires .
- Clavijo, A. (2002). *CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA*. La Habana: Ciencias Médicas, 149-169. ISBN: 959-7132-71-0
- Coello, M. (2010). Incidencia de la estructura y clima familiar en el rendimiento escolar de alumnos del octavo, noveno y décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Salesiana "José Félix Pintado", durante el año lectivo 2008-2009.

Universidad Politécnica Salesina Sede Cuenca. Macas. Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4735/1/UPS-CT001718.pdf>

Colombo, J.L. (2006). *Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos relacionados*: Buenos Aires: Lumen

Cooper, J.E. (1983). Self-esteem and family cohesión: The child's perspective and adjustment. *Journal of Married and the Family*, 2, 153-158

Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994) Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *Int J Eat Disord*. 16(3):211-26.

Díaz, E. S., y Jáuregui, C. E. (2014). Clima Social Familiar y Habilidades Sociales en Estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa - Bagua Grande. *Rev. PAIAN VOL. 5 /N° 2*, 1-12. Recuperado de: [file:///C:/Users/SPC/Downloads/97-361-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SPC/Downloads/97-361-1-PB%20(1).pdf)

Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S. y Santos, J. (octubre, 2017). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile. Chile*, 1-7. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf

Domínguez, S., Villegas, G., Soletto, L., y Soletto, N. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en mujeres adolescentes de Lima . *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 30-40. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2013/mip131c.pdf>

Duval, E. M. (1957). *Family Development*. Filadelfia: J.B. Lippincott.

Fernández, R. C. Ciclo (1991). *Ciclo Vital y Sistema Familiar*. Medifam: Madrid. 2: 8-94.

- Freixa, M. (1993): *Familia y deficiencia mental*. Salamanca, Amarú.
- Gamarra, K. (2012). *Clima Social Familiar y Autoestima en jóvenes con Necesidades Educativas Especiales Visuales*. (Tesis de Pregrado). Universidad César Vallejo, Trujillo - Perú.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibáñez, JA., Lou, S., Solano, V., y Alda, M., (2005) Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 59(2):51-5.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11, 91-115.
- Garner, D. M. (2000). *Inventarios de los Trastornos Alimentario-2 (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptada por Corral, S., Gonzáles, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998)
- Gottlieb, B. H. (1985). *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.
- Hernández, A. (1998). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Santafé de Bogotá: El Buho, 14-26. ISBN: 9589482082.
- Hernández, R. Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana Editores S.A. DG C.V. ISBN:978-1-4562-2396-0
- Hernández, Z. P., y Luna, M. E. (2016). *Factores que Inciden para la Presencia de Trastornos de Conducta Alimentaria en los Estudiantes de la Universidad Mariana 2014-2015* (tesis de pregrado). Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia. Recuperado de: <https://www.emaze.com/@AZFTILCW/TCA>

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Iturrieta, S. (2001). DOCPLAYER. *Perspectivas Teóricas de las Familias: Como Sistemas y Como Construcción Social*, 33-34. Recuperado de: <http://docplayer.es/12641616-Perspectivas-teoricas-de-las-familias-como-interaccion-como-sistemas-y-como-construccion-social.html>
- Jung, J. (1990) Global versus Health-specific social support and match of preferred and perceived social support levels in relationship to compliance and blood pressure of hypertensives. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(13), 1103-1111.
- Khan, R., y Antonucci, T. (1980), "Convoys over the life course: attachment, roles and social support", *Life-span Development and Behaviour*, P.B. Balte y O. Brim (comps.), Boston, Lexington.
- 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(4), 367-375.
- Limbert, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *12 Health Care Women Int.* 31(2):170-8.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York : Academic Press.
- Makino, M., Hashizume, M., Yasushi, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 203-208.

- Medina, J. L. (2017). *Clima Social Familiar y Habilidades Sociales en estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Ica, 2017*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Ica, Perú.
- Mejía, H. D., Díaz, A. D., Sierra, C. M., y Monsalve, J. G. (2003). Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo—estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*, 17, 33-45.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., y García-García, E. (2008). ASPECTOS CLÍNICOS. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *medigraphic Artemisa*, 579-580.
- Mestre, V., Samper, P. y Pérez-Delgado, E. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 3, 243-259.
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29, 53-64.
- Minuchin, S., Fishman, Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moos, R. y Tricket, F. (1974). Conceptos básicos de familia, resolviendo casos de la escala de clima Social familiar. p.29, 199-208. California, USA. Ediciones Palo Alto. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul152e.pdf>
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorder. *Br Med J* 1999; 319: 1467-8.
- Musitu, G.; Buelga, S.; Lila, M.; y Cava, M. (2001). Familia y adolescencia: análisis de un modelo de intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.

- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder. Barcelona, 22-26. ISBN: 84-254-1891-7
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: COMETA, S.A, 218-222.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Summary report. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Bemyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132.
- Real, E. (2016). *Manual de Investigación para Ciencias Sociales y de la Salud en Grado y Posgrado*. Ecuador: EDILOJA, 30. ISBN-978-9942-08-985-4.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia, Desarrollo, Relaciones y Cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rivas, G. M. (2017). *“Los Rasgos de Personalidad y su Influencia en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los/las Adolescentes de Bachillerato de 16 A 17 años del Colegio de Bachillerato Beatriz Cueva De Ayora”* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Loja. Loja. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/bitstream/123456789/18141/1/Gianella%20Marisol%20Rivas%20Rodr%C3%ADguez.%20Tesis.%20Pdf.pdf>
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). *Familias y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rosas, K. D. (2017). Relación familiar e indicadores clínicos asociados en Mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana. *Revista de*

Investigación Apuntes Psicológicos. Vol.2 (1), 63-77. Recuperado de:
file:///C:/Users/SPC/Downloads/674-3646-1-PB%20(2).pdf

Ruiz-Martínez, A., Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., & Tena, S. A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455. Recuperado de <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct>

Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A., y Basham, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(2), 469-480.

Satir, V. (1978). *Relaciones Humanas en Grupo Familiar*. México: Editorial Pax

SegurCaixia Adeslas, (2012). Cifras sobre anorexia y bulimia. *Prevención de Anorexia y Bulimia*. España. Recuperado de:
<https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/cifras-anorexia-bulimia.aspx>.

Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. (1991) Los juegos psicóticos en la familia. Paidós.

Shinn, M., Lehmann, S. y Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*, 40, 55-76. doi: 10.1111/j.1540-4560.1984.tb01107.x.

Silver, C. y Reyes, M. L. (2016). Estadísticas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *National Eating Disorders Association*, 1-5. Recuperado de:
file:///C:/Users/SPC/EscritorioMIKSS/TESIS%20MAESTRIA/Estad%C3%ADsticas%20de%20los%20Trastorno%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria%20(NEDA)2016.pdf

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.

- Torres, C. (2015). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios Ecuatorianos* (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Unikel, C. (1998). *Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet* (Tesis de Maestría en Psicología Clínica). México: UNAM
- Unikel, C., y Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. ISBN: 978-607-460-161-9.
Recuperado de: http://www.inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf
- Uruk, A. y Demir, A. (2003). The role of peers and families in predicting the loneliness level of adolescents. *The Journal of Psychology*, 137 (2), 179-193
- Valdés, Á. A. (2007). *Familias y Desarrollo. Intervenciones en Terapia Familiar*. México: Editorial El Manual Moderno. ISBN: 978-970-729-294-9
- Vázquez, V. y Reidl, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: Una Perspectiva Psicosocial. *Psicología y Salud*, 23(1), 15-24.
Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Ver%C3%B3nica%20V%C3%A1zquez%20y%20Luis%20Reidl%20-%20El%20papel%20de%20la%20madre%20en%20los%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20-%20una%20perspectiva%20psicosocial.pdf>
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13 (19). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.615/abstract>
- Vivero, L. C. (2014). *Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador en el período académico Marzo-Julio 2013*. (Tesis Pregrado). Universidad Internacional del Ecuador, Quito.

- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., y Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 121-128.
- Waller, G., Calam, R. & Slade, P. (1988). Family interaction and eating disorders: Do family members agree? *British Review of Bulimia and Anorexia*, 3, 33-40.
- Williams, N., y Antequera, F. (1995). Escala de clima familiar. Manual. Adaptación venezolana. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotzky, W. & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11, 89-99.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52, 30-41.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta Sociodemográfica

A. DATOS GENERALES

Sexo:	Hombre ()	Mujer ()	
Edad:			
Lugar de Origen:	Loja ()	Otro ()	
Estado civil:	Soltero ()	Casado ()	Unión Libre ()
Hijos:	Si ()	No ()	

B. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

p1.-	Trabajas actualmente:	Si ()	No ()
P2.-	Nivel socioeconómico:	Bajo ()	Medio/Bajo ()
			Medio/Alto ()
p3.-	Escolaridad de la Madre:	Ninguna ()	Primaria ()
	Secundaria ()	Universitaria ()	Postgrado ()
p4.-	Escolaridad del Padre:	Ninguna ()	Primaria ()
	Secundaria ()	Universitaria ()	Postgrado ()
p5.-	Con quien vive:	Familia nuclear ()	Solo ()
	Otros ()		

C. SALUD

p1.-	Ausentismo a clases:	Presenta ()	No Presenta ()
p2.-	Percepción de la Salud:	Muy Mala ()	Mala ()
	Normal ()	Buena ()	Muy Buena ()
p3.-	Satisfacción con su vida:		
	Completamente insatisfecho (0) (1) (2) (3) (4)	Neutral (5)	Completamente satisfecho (6) (7) (8) (9) (10)

Aneso2. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Estamos interesados en saber cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones. Lea cada una de ellas cuidadosamente. Indique cómo se siente acerca de cada afirmación.

Señale “1” si estás **MUY EN DESACUERDO**

Señale “2” si está **FUERTEMENTE EN DESACUERDO**

Señale “3” si está **LIGERAMENTE EN DESACUERDO**

Señale “4” si es **NEUTRAL**

Señale “5” si está **LIGERAMENTE DE ACUERDO**

Señale “6” si está **FIRMEMENTE DE ACUERDO**

Señale “7” si está **MUY DE ACUERDO**

FAMILIA							
Mi familia trata realmente de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
Consigo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia	1	2	3	4	5	6	7
Puedo hablar sobre mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
AMIGOS							
Mis amigos tratan realmente de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
Puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal	1	2	3	4	5	6	7
Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y mis penas	1	2	3	4	5	6	7
Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
OTROS SIGNIFICATIVOS							
Hay una persona especial a mi lado cuando yo lo necesito	1	2	3	4	5	6	7
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y penas	1	2	3	4	5	6	7
Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí	1	2	3	4	5	6	7
Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 3. Escala de Clima Social Familiar (FES)

Edad:.....
Sexo:.....

FES

CLIMA SOCIAL: FAMILIA

Autor: Moos, R.H. Adaptación Argentina, Cassullo, G.L.; Alvarez, L. y Pasman, P. (1998)

Las frases siguientes se refieren a tu familia. Después de leer cada frase deberás hacer un círculo alrededor de lo que crees corresponde a tu familia.
Debes decidirte por Verdadero o Falso pensando lo que sucede la mayoría de las veces.
Recordá que se trata de tu opinión sobre tu familia y que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros	V	F
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sentimientos para sí mismos	V	F
3. En nuestra familia discutimos mucho	V	F
4. En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta	V	F
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos	V	F
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales	V	F
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre	V	F
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia, templo, etc.	V	F
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente	V	F
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces	V	F
11. Mucha veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato	V	F
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos	V	F
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos	V	F
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno	V	F
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida	V	F
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos	V	F
17. Frecuentemente vienen amigos comer a casa o a visitarnos	V	F

44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente	V	F
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor	V	F
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales	V	F
47. En mi casa, todos tenemos uno o dos hobbies	V	F
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal	V	F
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente	V	F
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas	V	F
51. Las personas de nuestra familia nos apoyamos de verdad unas a otras	V	F
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado	V	F
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes	V	F
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema	V	F
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares	V	F
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical	V	F
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela	V	F
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe	V	F
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias	V	F
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor	V	F
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo	V	F
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente	V	F
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz	V	F
64. Las personas de la familia se estimulan unos a otros para defender sus propios derechos	V	F
65. En nuestra familia nos esforzamos muy poco para tener éxito	V	F
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas	V	F
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares que nos interesan	V	F
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal	V	F
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona	V	F

70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera	V	F
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros	V	F
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos	V	F
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros	V	F
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás	V	F
75. "Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia	V	F
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer	V	F
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos	V	F
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante	V	F
79. En familia el dinero no se administra con mucho cuidado	V	F
80. En mi casa las normas son bastantes inflexibles	V	F
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno	V	F
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo	V	F
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz	V	F
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa	V	F
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio	V	F
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura	V	F
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio	V	F
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo	V	F
89. En mi casa, la mesa se levanta siempre inmediatamente después de comer	V	F
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya	V	F

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO TODAS LAS FRASES

Anexo 4. Cuestionario Sick Control On Fast Food (SCOFF)

CUESTIONARIO SCOFF

Lea con atención cada una de las siguientes preguntas. Por favor, selecciones su respuesta marcando en "Sí" o "No" la respuesta que mejor se adecua a su situación.

1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy lleno/a?
 Sí
 No

2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
 Sí
 No

3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kilos en un período de tres meses?
 Sí
 No

4. ¿Cree que está gordo/a aunque los demás digan que está demasiado delgado/a?
 Sí
 No

5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?
 Sí
 No

Anexo 5. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria - EDI 2

EDI-2. CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. La respuesta debes enmarcarla en la Hoja de respuesta que se te ha entregado aparte.

0: Nunca 1: Pocas veces 2: A veces 3: A menudo 4: Casi siempre 5: Siempre

1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin preocuparme
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande
3. Me gustaría volver ser niño para sentirme seguro
4. Suelo comer cuando estoy alterado
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 la vida
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos
16. Me aterroriza la idea de engordar
17. Confío en los demás
18. Me siento sola en el mundo.
19. Me siento satisfecha/o con mi figura
20. Creo que generalmente controlo las cosas que 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 del peso
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento
27. Me siento incapaz

CONTINÚA.....

28. He ido a comelonas en las que sentí que no puedo parar 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 pompis
32. Estoy preocupada 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 de comida
39. Me alegra haber dejado de ser niño
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no
41. Tengo mala opinión de mí
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 con los demás, pero me doy un atracón cuando se van
47. Me siento como hinchado después de una comida normal
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños
49. Si engordo 1 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 capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto
59. Creo que mi pompis 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

CONTINÚA.....

63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer
65. La gente que me gusta de verdad suele terminar 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 a 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, a mí mismo
91. Creo que realmente sé quién soy

Fin
Gracias por tu colaboración

EDI-2. Hoja de respuesta

0: Nunca 1: Pocas veces 2: A veces 3: A menudo 4: Casi siempre 5: Siempre

1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5
24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5
29	0	1	2	3	4	5
30	0	1	2	3	4	5
31	0	1	2	3	4	5

32	0	1	2	3	4	5
33	0	1	2	3	4	5
34	0	1	2	3	4	5
35	0	1	2	3	4	5
36	0	1	2	3	4	5
37	0	1	2	3	4	5
38	0	1	2	3	4	5
39	0	1	2	3	4	5
40	0	1	2	3	4	5
41	0	1	2	3	4	5
42	0	1	2	3	4	5
43	0	1	2	3	4	5
44	0	1	2	3	4	5
45	0	1	2	3	4	5
46	0	1	2	3	4	5
47	0	1	2	3	4	5
48	0	1	2	3	4	5
49	0	1	2	3	4	5
50	0	1	2	3	4	5
51	0	1	2	3	4	5
52	0	1	2	3	4	5
53	0	1	2	3	4	5
54	0	1	2	3	4	5
55	0	1	2	3	4	5
56	0	1	2	3	4	5
57	0	1	2	3	4	5
58	0	1	2	3	4	5
59	0	1	2	3	4	5
60	0	1	2	3	4	5
61	0	1	2	3	4	5
62	0	1	2	3	4	5

63	0	1	2	3	4	5
64	0	1	2	3	4	5
65	0	1	2	3	4	5
66	0	1	2	3	4	5
67	0	1	2	3	4	5
68	0	1	2	3	4	5
69	0	1	2	3	4	5
70	0	1	2	3	4	5
71	0	1	2	3	4	5
72	0	1	2	3	4	5
73	0	1	2	3	4	5
74	0	1	2	3	4	5
75	0	1	2	3	4	5
76	0	1	2	3	4	5
77	0	1	2	3	4	5
78	0	1	2	3	4	5
79	0	1	2	3	4	5
80	0	1	2	3	4	5
81	0	1	2	3	4	5
82	0	1	2	3	4	5
83	0	1	2	3	4	5
84	0	1	2	3	4	5
85	0	1	2	3	4	5
86	0	1	2	3	4	5
87	0	1	2	3	4	5
88	0	1	2	3	4	5
89	0	1	2	3	4	5
90	0	1	2	3	4	5
91	0	1	2	3	4	5

Anexo 6. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a.

Le invitamos participar en una breve encuesta de unos 30-40 minutos.

Se trata de un estudio sobre clima familiar, apoyo social, depresión, ideación suicida y trastorno de la conducta alimentaria, con el propósito de conocer indicadores de bienestar en estudiantes universitarios que poseen beca de apoyo económico. No se ha descrito ningún riesgo ni incomodidad en esta investigación, tu participación en el estudio es voluntaria.

Quizá encuentre algunas preguntas muy personales, pero sus respuestas serán **SECRETAS, ANÓNIMAS, Y NUNCA** podrán vincularse con usted, y será utilizada únicamente por el grupo de investigadores.

Toda la información que nos proporcione ayudará al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada.

Si aceptas participar, le pido que por favor haga clic en el recuadro He leído y acepto.

He leído y acepto.

No acepto, salir.

Anexo 7. A probación del Comité de Bioética



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Quito DM, 08 de Agosto de 2017

P.h.D.
Claudia Torres

Presente

Reciba un cordial saludo de los miembros del Comité de Bioética en Investigación del Hospital Eugenio Espejo.

A través de la presente le informamos que, una vez analizado por parte de los miembros del Comité el Protocolo de Investigación: **"Clima Familiar, Apoyo Social y su relación con: depresión, ideación suicida y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja: una propuesta de intervención familiar"**. Se le comunica que al no encontrar ningún criterio que vaya en contra de las normas de la bioética en investigación, este Comité aprueba la realización de dicho proyecto.

El Comité de Bioética en Investigación se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento, informe del avance de su investigación.

Nota: La presente aprobación se extiende de acuerdo al cronograma de actividades, y tendrá como válido un año calendario desde la fecha de emisión.

Atentamente,


Dr. Carlos Rosero H.
PRESIDENTE



MIEMBRO DEL COMITÉ


Dra. Maribel Cruz
SECRETARIA

Rosero C.

Anexos

Anexo 1

FORMATO DE INFORMES DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN RESPECTO A ANÁLISIS DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Nombre del Protocolo y versión:	<i>Clima familiar, Apoyo Social, su relación con depresión, ideación suicida y trastorno de la conducta alimentaria, en estudiantes universitarios</i>
Nombre del Patrocinador:	<i>U. T. P. L.</i>
Nombre de la Institución vinculada:	<i>U. T. P. L.</i>
<i>(Institución a la que pertenece)</i>	
Nombre de Investigador	<i>Claudia Torres</i>
Fecha y lugar de la decisión:	<i>Quito - Ecuador</i>
Nombre del CEISH	<i>CEISH - HEEE</i>
Fecha de registro de solicitud de aprobación del ensayo clínico en el Ministerio de Salud Pública	

Protocolo de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>
Manual del investigador	<input checked="" type="checkbox"/>
Enmienda al protocolo de investigación	<input type="checkbox"/>
Enmiendas al manual de investigador	<input type="checkbox"/>
Consentimiento informado	<input type="checkbox"/>
Ampliaciones o modificaciones adicionales	<input type="checkbox"/>
Informe de eventos adversos	<input type="checkbox"/>
Informe de futilidad	<input type="checkbox"/>
Cambios administrativos	<input type="checkbox"/>
Reportes Internacionales de seguridad	<input type="checkbox"/>
Informe de seguimiento	<input type="checkbox"/>
Informe final	<input type="checkbox"/>
Otros (detallar)	<input type="checkbox"/>

PARÁMETRO	EVALUACIÓN		CRITERIO (campo obligatorio)
	Adecuado	No adecuado	
Justificación del estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de intervención en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participación voluntaria en el estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derecho a retirarse del estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidades del participante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidades del investigador	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riesgos para los sujetos de la Investigación	<i>NA</i>	<input type="checkbox"/>	
Beneficios potenciales para los sujetos de la investigación	<i>NA</i>	<input type="checkbox"/>	
Inclusión de poblaciones vulnerables	<i>NA</i>	<input type="checkbox"/>	
Criterios de inclusión y exclusión de participantes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protección de confidencialidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consentimiento informado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manejo de muestras	<i>NA</i>	<input type="checkbox"/>	
Seguro por daños por incapacidad o muerte	<i>NA</i>	<input type="checkbox"/>	

ASPECTOS METODOLÓGICOS (Criterio de Metodología usada en estudio)
<i>Transversal Observacional Temporal</i>

ASPECTOS LEGALES (Criterio de consideración y cumplimiento de aspectos legales del Ecuador)
<i>ninguno</i>

RESOLUCIÓN	
Aprobado	<i>08/03/2017</i>
Condicionado	<input type="checkbox"/>
No aprobado	<input type="checkbox"/>

Dr. Carlos J. Torres
 NEUROLOGO
 R.M.S.P. L-1-A F3 N° 8
 17-08-01905

Dr. Víctor Álvarez Chávez
 COLOPROCTÓLOGO
 R.M.S.P. L-1-A F3 N° 8
 17-08-01905

Dr. Víctor Álvarez Chávez
 COLOPROCTÓLOGO
 R.M.S.P. L-1-A F3 N° 8
 17-08-01905

Dr. Víctor Álvarez Chávez
 COLOPROCTÓLOGO
 R.M.S.P. L-1-A F3 N° 8
 17-08-01905