



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Título

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS
ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE
LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL

Autora: Stefany Mishel Salinas Ochoa

2024



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Título

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS
ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE
LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL

“Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar el título de Magister en Nutrición y Dietética”

Profesor Guía: Dr. Jaime Fernando Naranjo Saltos

Autora: Stefany Mishel Salinas Ochoa

2024

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL, a través de reuniones periódicas con la estudiante, Stefany Mishel Salinas Ochoa, en el semestre 2024, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Dr. Jaime Fernando Naranjo Saltos

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL, de Stefany Mishel Salinas Ochoa, en el semestre 2024, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dr. Jaime Fernando Naranjo Saltos

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Stefany Mishel Salinas Ochoa

CI: 1103394563

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios todo poderoso, por la vida, las bendiciones, y todas las oportunidades que pone en mi camino.

Expreso mi gratitud a la Universidad de las Américas, a mis docentes, en especial al Dr. Jaime Fernando Naranjo Saltos, quien me brindó su apoyo y asesoría en la realización del presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo Edison, mis hijos Eddy Santiago y Mía Isabella, a mis padres Fabián y Naya, a mis hermanos, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera profesional y de mi vida.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales que se manifiestan a través de alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el control del peso y/o los hábitos alimentarios. Estos trastornos son bastante comunes entre adolescentes y jóvenes, especialmente en mujeres y estudiantes universitarios, aunque su prevalencia puede variar según las características individuales y familiares. Cada estudiante que ingresa a la universidad tiene diferencias en la dinámica familiar, lo que lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación: **¿LOS ESTUDIANTES DE LA UNL, QUE TIENEN DISFUNCIÓN FAMILIAR PRESENTAN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA?** **Desarrollo:** Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, en los estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la UNL, con el fin de conocer la existencia de trastorno de conducta alimentaria y su relación con la disfunción familiar. **Conclusiones:** En el presente estudio se encontró: 78 (62,4%) estudiantes con disfunción familiar, y 41 (32,8%) estudiantes con riesgo de TCA, sin embargo no existe asociación estadística significativa entre la presencia de disfunción familiar con la presencia de trastornos de conducta alimentaria.

Palabras claves: Trastornos de conducta alimentaria, Disfunción familiar. Apgar familiar.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (TCA) are mental illnesses that manifest themselves through alterations in the perception of body image, weight control and/or eating habits. These disorders are quite common among adolescents and young people, especially in women and university students, although their prevalence may vary depending on individual and family characteristics. Each student who enters university has differences in family dynamics, which leads to the following research question: **DO UNL STUDENTS WHO HAVE FAMILY DYSFUNCTION PRESENT EATING DISORDERS?.** **Development:** A descriptive, correlational study was carried out on students of the Initial Education program at UNL, in order to know the existence of an eating disorder and its relationship with family dysfunction. **Conclusions:** In the present study it was found: 78 (62.4%) students with family dysfunction, and 41 (32.8%) students at risk of ED, however there is no significant statistical association between the presence of family dysfunction with the presence of eating disorders.

Keywords: Eating disorders, Family dysfunction. Family Apgar.

INDICE DEL CONTENIDO

1. Introducción	1
2. Objetivos de la Investigación	2
2.1. Objetivo generales	2
2.2. Objetivos específicos:.....	2
3. Planteamiento del problema	3
4. Pregunta PICO (pregunta de investigación)	3
5. Antecedentes de la investigación	4
6. Justificación	5
7. Marco teórico	6
7.1. Adolescencia.....	6
7.2. Adulto joven.....	6
7.3. La familia.....	7
7.4. Disfunción familiar.....	7
7.5. Apgar familiar.....	9
7.6. Trastornos de conducta alimentaria.....	11
7.7. Test de actitudes alimentarias (EL EATING ATTITUDES TEST – EAT-26).....	17
8. Marco metodológico	18
8.1. Alcance de investigación.....	18
8.2. Diseño de estudio.....	18
8.3. Población y muestra.....	19
8.4. Criterios de inclusión.....	19
8.5. Criterios de exclusión.....	19
8.6. Instrumento de recolección de muestra.	20
8.7. Palabras clave.....	20
8.8. Operacionalización de variables.....	20

8.9. Plan de análisis de datos.....	21
8.10. Consideraciones éticas.....	21
9. Resultados.....	21
9.1. Tabla 1.....	22
9.2. Tabla 2.....	22
9.3. Tabla 3.	23
9.4. Tabla 4.....	24
9.5. Tabla 5.....	24
10. Discusión.....	25
11. Conclusiones.....	25
12. Recomendaciones.....	26
13. Bibliografía.....	26
14. Anexos.....	31

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales caracterizadas por alteraciones de la imagen corporal, del control del peso y/o de los patrones dietéticos (Katzman, 2022), también se define como cambios en el comportamiento relacionados con la ingesta de alimentos, que suelen tener un impacto significativo en la nutrición y el peso, provocando problemas físicos y psicológicos que afectan gravemente la vida del paciente. (Castro, 2020). Se consideran un problema social que impacta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, con una prevalencia aproximada del 14%. (Céspedes, 2020)

Los trastornos de la conducta alimentaria más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Sin embargo, también se identifican otros trastornos, como el trastorno por atracón, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la pica y la rumiación. (Castro, 2020)

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son colectivamente la 12.^a causa principal de años de vida ajustados por discapacidad entre más de 300 trastornos físicos y mentales en mujeres adolescentes de países de altos ingresos. (Herpertz, 2020)

La causa de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es probablemente multifactorial, con influencias de factores psicológicos del desarrollo, socioculturales y genéticos. La exposición a factores de riesgo que promueven dietas para adelgazar parece aumentar el riesgo de desarrollar anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN); además, durante la infancia, recibir comentarios negativos sobre el peso y la forma del cuerpo incrementa el riesgo de trastornos alimentarios (TA). (Katzman, 2022). Los trastornos alimentarios son muy comunes entre adolescentes y jóvenes, especialmente entre mujeres y estudiantes universitarios, aunque su prevalencia varía según

las características individuales y familiares. (Vallejos, 2020). Un estudio realizado por Vallejos y González en 2020 mostró una relación significativa entre la funcionalidad familiar, la satisfacción con la vida y la presencia de trastornos alimentarios. (Vallejos, 2020)

La AN y BN suelen comenzar en la adolescencia, mientras que el TA generalmente aparece alrededor de los 20 años. Sin embargo, los TCA pueden ocurrir a lo largo de casi toda la vida y su incidencia parece estar aumentando entre mujeres de edad media y mayores. La Universidad Nacional de Loja (UNL) no es ajena a esta problemática. Los estudiantes que ingresan a la universidad, cada uno presenta diferencias en la funcionalidad familiar, encontrándose en una etapa de transición crucial, enfrentándose a una serie de desafíos académicos, sociales y personales. Lo que puede llevar a tensiones familiares, que pueden producir o exacerbar TCA. Es por eso que desea plantear la siguiente pregunta de investigación **¿LOS ESTUDIANTES DE LA UNL DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL, CON DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR TIENEN MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA?.**

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVOS GENERALES

- Determinar si la disfunción familiar tiene relación con trastornos de conducta alimentaria.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Encontrar la prevalencia de familias disfuncionales en estudiantes de la UNL.
- Determinar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de la UNL.
- Asociar si la presencia de disfunción familiar tiene relación con la presencia de trastornos de conducta alimentaria.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción familiar se ha asociado con el desarrollo, mantenimiento y persistencia de los trastornos alimentarios. Esta disfunción se caracteriza por problemas en los procesos de comunicación familiar, debido a una mayor rigidez, menor cohesión y menor flexibilidad. En familias con estas características, se observa un comportamiento más caótico y desorganizado en comparación con las familias donde no hay trastornos alimentarios. (González et al., 2017)

La falta de armonía en la familia, la baja autoestima y la transmisión de la preocupación por el peso y la imagen corporal a los hijos contribuyen de cierta manera a fortalecer la insatisfacción con el cuerpo. Estos factores son influencias indirectas de las familias y, cuando se combinan, incrementan la posibilidad de que surjan TCA. (González et al., 2017)

Con los antecedentes antes mencionados, se propone la siguiente interrogante ¿Los estudiantes de la UNL de la carrera de Educación Inicial con diagnóstico de disfunción familiar tienen mayor riesgo de desarrollar TCA.?

4. PREGUNTA PICO

¿LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL, QUE TIENEN DISFUNCIÓN FAMILIAR PRESENTAN MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA?

P: Estudiantes de la carrera de Educación Inicial.

I: Tienen disfunción familiar

C: No tienen disfunción familiar

O: Presentan mayor riesgo de desarrollar Trastornos de Conducta Alimentaria

5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los TCA son procesos psicopatológicos que provocan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos relacionados con la ingesta de alimentos. Su origen se encuentra en alteraciones psicológicas, acompañadas de una distorsión en la percepción del cuerpo y un intenso miedo a la obesidad. (Ruíz et al., 2010)

Actualmente, los TCA representan problemas de gran importancia social, especialmente entre mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo, quienes son la población de mayor riesgo. (Fernández et al., 2005). No obstante, los TCA afectan a personas de cualquier género, edad o raza.. (Linardon et al., 2017)

A nivel mundial, el 1% de los adolescentes y adultos jóvenes padece AN, y el 4,1% BN. En Colombia, estos trastornos afectan al 0,5% de las mujeres. Un estudio realizado en Medellín encontró que un tercio de las estudiantes universitarias de 16 a 30 años están en riesgo de desarrollar algún TCA, y el 14,7% ya presentaban un trastorno subclínico. (Constaín et al., 2014)

En Ecuador, un estudio de investigación, realizado por Sigüencia, los resultados indican que hay un número considerable de personas ecuatorianas (1.638) relacionadas con casos de TCA, específicamente BN y AN. (Sigüencia, 2024).

En la ciudad de Loja, un estudio realizado en el año 2023, en adolescentes de la Unidad Educativa Marieta de Veintimilla, periodo 2022–2023, se determinó

que la mayoría de los adolescentes presenta un alto riesgo en cuanto a conductas alimentarias, mientras que un menor porcentaje se encuentra en riesgo bajo o medio.

6. JUSTIFICACIÓN

En un estudio realizado por Vidovic en el año 2000 en la Universidad de Cambridge, se evaluaron 76 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y 29 de sus madres. Se descubrió que las pacientes con trastornos alimentarios percibían a sus familias como menos cohesionadas y menos adaptables en comparación con las del grupo de control. (Ruiz et al., 2010)

En Bogotá, se llevó a cabo un estudio en el que se encuestaron 3217 adolescentes. Se encontró que el 20% de los hombres y el 30% de las mujeres están en riesgo de desarrollar TCA. En cuanto a la funcionalidad familiar, el 33,6% de los encuestados percibió una disfunción severa, mientras que el 22,9% consideró que su familia funcionaba bien. El estudio reveló que tanto el género como la funcionalidad familiar tienen una relación estadística significativa con los TCA, a diferencia de la estructura familiar. (González et al., 2017)

Un estudio realizado en Arequipa encontró una asociación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. (Aguilar, 2019)

Un estudio realizado por Vásquez en Trujillo-Perú, reveló que la disfunción familiar está relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, con una $p=0.006$ ($p<0.01$), y un riesgo 2.46 veces mayor. (Vásquez, 2018)

La presente investigación busca mediante la aplicación de dos cuestionarios, uno para evaluar la función familiar, el test de Apgar familiar, y otro para evaluar la presencia de trastornos de conducta alimentaria el cuestionario EATING ATTITUDES TEST (EAT-26), valorar la presencia de TCA

en estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la UNL de la con diagnóstico de disfunción familiar.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo que se sitúa entre la niñez y la adultez, marcado por los cambios puberales y caracterizado por importantes transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Estas transformaciones suelen generar crisis, conflictos y contradicciones, pero en esencia son positivas. No se limita únicamente a la adaptación a los cambios corporales, sino que representa una fase crucial hacia una mayor independencia psicológica y social. (Pineda & Aliño, 2002)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia abarca desde los 10 hasta los 19 años, dividida en una primera etapa, de 10 a 14 años, conocida como adolescencia temprana, y una segunda etapa, de 15 a 19 años, denominada adolescencia tardía. Este periodo no solo representa una fase de vulnerabilidad, sino también de oportunidad; es un momento en el que se puede contribuir al desarrollo de los jóvenes, ayudarles a enfrentar riesgos y vulnerabilidades, y prepararlos para que desarrollen todo su potencial. Para comprender y ejercer influencia en el comportamiento de los adolescentes, es crucial entender su entorno y cómo este afecta su desarrollo, comportamiento y relaciones sociales. Estos entornos, incluyendo la familia, los amigos, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio, están constantemente cambiando. Por lo tanto, las intervenciones deben considerar estas dimensiones e involucrar activamente a los propios adolescentes, sin dejar de reconocer el papel que pueden desempeñar los profesionales de la salud. (Borrás, 2014)

7.2. ADULTO JOVEN

De acuerdo con la OMS, este periodo se sitúa entre los 21 y los 24 años de edad y es cuando la persona afianza su papel social y vocacional. (Restrepo, s/f)

7.3. LA FAMILIA

La familia es reconocida como la unidad fundamental más importante dentro de la sociedad. Esta idea es respaldada por diversas disciplinas como la antropología, la sociología, la psicología, la economía, entre otras, y cuenta con un amplio consenso respetado. (Carreras, 2014)

7.4. DISFUNCIÓN FAMILIAR

La distinción entre familia funcional y disfuncional es inherentemente compleja. Todas las familias, independientemente de su funcionamiento, atraviesan períodos de crisis, exhiben áreas competentes y muestran funciones desadaptadas en ciertos momentos. Por lo tanto, es importante ejercer una extrema prudencia al etiquetar a una familia como "disfuncional". Solo cuando las conductas desadaptadas se convierten en patrones predominantes en el funcionamiento familiar durante un período prolongado, se puede hablar de una familia disfuncional. (Carreras, 2014)

Características de la Familia Disfuncional:

a. Organización estructural interna:

Los límites en los sistemas familiares pueden ser flexibles o estrictos. La jerarquía dentro de la familia a menudo enfrenta conflictos de poder. Los subsistemas familiares pueden formarse a través de díadas, coaliciones, y triángulos rígidos, que presentan distintos niveles de fusión o separación. (Carreras, 2014)

b. Dinamismo sistémico:

La tendencia hacia la homeostasis supera la capacidad de cambio, lo cual limita los recursos morfogénicos. Esta resistencia al cambio empobrece los recursos morfogénicos. Cuando ocurre una crisis, la desorganización del sistema es tan grave que no puede manejarla debido a su insuficiente autorregulación.

Esto lleva a que las crisis se vuelvan crónicas y los síntomas asuman un papel en el mantenimiento del equilibrio familiar. (Carreras, 2014)

c. Distancia emocional entre sus miembros:

La distancia emocional entre las personas está influenciada por fuerzas que las unen o las separan, lo que hace que las fronteras entre generaciones se vuelvan menos claras. (Carreras, 2014)

d. Interacciones comunicacionales:

No son claras: hay mensajes encubiertos, incoherentes, sujetos a reglas implícitas, secretas y a mitos inapropiados. El nivel de incongruencia entre lo digital y lo analógico es patente. La implicación afectiva es soterrada donde aparece la manipulación y la prohibición -no explícita- de la expresión de diferencias y sentimientos. (Carreras, 2014)

e. Transacciones:

La interacción tanto dentro como fuera de la familia se ve obstaculizada por fronteras rígidas e impermeables, lo que reduce la capacidad de adaptación individual y familiar. En el otro extremo, la eliminación de estas fronteras permite que las influencias externas expongan al entorno personal y familiar a diversos riesgos debido a la falta de control y a las fluctuaciones difíciles de manejar. (Carreras, 2014)

f. Ciclo vital:

Surgen obstáculos y dificultades en la superación de las distintas etapas evolutivas, tanto a nivel individual como familiar. (Carreras, 2014)

g. Individuación:

Los individuos están unidos o falsamente diferenciados. Son familias cohesionadas con poca diferenciación de la "masa yoica familiar". La

ambivalencia, aunque no se expresa verbalmente, es intensa y los lazos no son efectivos. (Carreras, 2014)

h. Capacidad resolutive de conflictos:

Poca capacidad para reconocer y negociar áreas conflictivas. Tendencia a la impulsividad, a repetir patrones estratégicos ineficaces para resolver conflictos y a la distorsión de la realidad. (Carreras, 2014)

7.5. APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un cuestionario compuesto por cinco preguntas diseñado para evaluar el estado funcional de la familia. Actúa como una escala en la cual el entrevistado expresa su opinión sobre el funcionamiento familiar en relación con ciertos temas clave, considerados indicadores de las principales funciones familiares. Fue creado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington. Basándose en su experiencia como Médico de Familia, propuso este test como una herramienta para los equipos de Atención Primaria en el análisis de la función familiar. Este test se fundamenta en la idea de que los miembros de la familia pueden percibir su funcionamiento y expresar su grado de satisfacción respecto al cumplimiento de sus parámetros básicos. Se denominó "APGAR familiar" porque es una palabra fácil de recordar para los médicos, dada su familiaridad con el test casi universalmente usado en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque implica una evaluación rápida y sencilla de aplicar. (Palomino & Suárez, 2006). Este instrumento permite al equipo de atención integral obtener una primera aproximación para identificar familias con problemas de conflictos o disfunciones, con el objetivo de brindarles seguimiento y orientación, y remitirlas oportunamente cuando sea necesario. El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas por el autor como las más importantes. (Palomino & Suárez, 2006).

Funciones que evalúa el APGAR FAMILIAR:

Adaptación: Evalúa cómo los miembros de la familia utilizan los recursos internos y externos durante momentos de gran necesidad y crisis para resolver problemas y adaptarse a nuevas situaciones. (Palomino & Suárez, 2006).

Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia respecto al nivel de comunicación entre ellos sobre asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas. (Palomino & Suárez, 2006).

Ganancia: Se refiere a la satisfacción que encuentran los miembros de la familia cuando su grupo familiar acepta y apoya las acciones que emprenden para promover y fortalecer su crecimiento personal. (Palomino & Suárez, 2006).

Afecto: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia respecto a la respuesta del grupo familiar ante expresiones de amor, afecto, tristeza o enojo. (Palomino & Suárez, 2006).

Recursos: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia con respecto a cómo cada uno se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Estos recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar. (Palomino & Suárez, 2006).

El cuestionario debe ser completado personalmente por cada paciente, excepto en el caso de aquellos que no sepan leer, donde el entrevistador administrará el test. En cada pregunta, solo se debe marcar una X. Cada respuesta tiene una puntuación de 0 a 4 puntos, según la siguiente escala:

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3. Casi siempre

4: Siempre (Palomino & Suárez, 2006).

Preguntas del Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia (APGAR Familiar).

1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.
5. Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero. (Palomino & Suárez, 2006).

Al sumar los cinco parámetros, el puntaje total varía entre 0 y 20, reflejando diferentes niveles de satisfacción con el funcionamiento familiar: buena función familiar (18-20 puntos), disfunción familiar leve (14-17 puntos), disfunción familiar moderada (10-13 puntos) y disfunción familiar severa (9 puntos o menos) (Palomino & Suárez, 2006).

7.6. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones psiquiátricas complejas y con múltiples causas que impactan principalmente en adolescentes y mujeres jóvenes. (López & Treasure, 2011). No obstante, los TCA no hacen distinciones según género, edad o raza. (Linardon et al., 2017)

Todos estos trastornos comparten síntomas fundamentales como la excesiva preocupación por la comida, el peso y/o la figura corporal, y el empleo de métodos poco saludables para controlar o reducir el peso corporal. (López & Treasure, 2011)

Los principales trastornos de conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, aunque también se describen otros trastornos, como el

trastorno por atracón, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de comida, la pica y la rumiación. (Castro, 2020)

Los TCA frecuentemente están asociados con complicaciones tanto médicas como psicológicas, las cuales pueden tener consecuencias irreversibles para el desarrollo del adolescente. Para prevenir la cronicidad de estos trastornos, se aconseja un tratamiento precoz, lo cual implica un diagnóstico y una derivación tempranos a un equipo especializado. (López & Treasure, 2011)

Los TCA (TCA) suelen venir acompañados de complicaciones médicas y psicológicas que pueden tener repercusiones irreversibles en el desarrollo del adolescente. Para evitar que estos trastornos se vuelvan crónicos, se recomienda iniciar un tratamiento lo más pronto posible, lo que requiere un diagnóstico temprano y una referencia rápida a un equipo especializado. (López & Treasure, 2011)

Según las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, se identifican tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y TCA no especificados (TANE). Mientras que la AN y la BN son las principales categorías diagnósticas con criterios de inclusión, curso y pronóstico claros y detallados, los TANE son una categoría residual pero significativa, que abarca la mayoría de los TCA que no cumplen con los criterios para la AN y la BN, pero que provocan un deterioro funcional importante. (López & Treasure, 2011)

Los trastornos de la conducta alimentaria son más comunes durante la adolescencia, con una prevalencia aproximada del 14%. Afectan principalmente al género femenino en comparación con el masculino, siendo las jóvenes universitarias un grupo destacado dentro de esta población. En este sentido, el inicio de los estudios universitarios se relaciona con un aumento en la incidencia de problemas de salud mental, incluyendo síntomas depresivos, ansiedad, abuso de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria. Esto se debe a que los jóvenes experimentan estrés al enfrentarse a decisiones cruciales en sus vidas,

a un mayor grado de independencia y autonomía, y en algunos casos, a separarse de sus familias para estudiar en otro lugar. (Céspedes et al., 2020)

Anorexia nerviosa

Se reconoce como un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por la restricción en la ingesta de alimentos, lo que conduce a una significativa pérdida de peso y, en muchas ocasiones, a un estado de desnutrición grave. Este trastorno se ve acompañado de comportamientos autodirigidos frecuentes, como el uso de diuréticos, el abuso de laxantes, provocar el vómito y, en algunos casos, el ejercicio excesivo. Estos comportamientos contribuyen al deterioro de la salud. Además, factores genéticos y sociales también están implicados, donde el deseo de cumplir con los estándares de belleza impuestos lleva a los adolescentes y jóvenes adultos a tomar decisiones que afectan negativamente su calidad de vida. Es importante destacar que las mujeres son más propensas a repetir estos comportamientos. (Céspedes et al., 2020)

Señales Psicosociales

Distorsión de la imagen corporal, temor intenso a ganar peso, estados de tristeza, angustia, irritabilidad, personalidad de perfeccionismo y de auto exigencia, baja autoestima. (Céspedes et al., 2020)

Señales Físicas

Malnutrición, alteraciones digestivas, falta de calcio, alteraciones bioquímicas en sangre, aislamiento social, (Céspedes et al., 2020)

Tratamiento

Es fundamental adaptar el tratamiento a las necesidades específicas y al estado clínico de cada paciente, lo cual requiere la colaboración de un equipo interdisciplinario de expertos en el campo. La participación de un psiquiatra es crucial, ya que los trastornos suelen provocar diversas secuelas emocionales y conductuales en los pacientes. (Céspedes et al., 2020)

Debe existir el siguiente plan:

-Un programa para restablecer el peso y para educar en hábitos dietéticos y nutricionales. (Céspedes et al., 2020)

-Un monitoreo cercano para asegurar que la recuperación del peso ocurra de manera gradual, con revisiones frecuentes. (Céspedes et al., 2020)

- La investigación y tratamiento de los problemas alimentarios que afectan al paciente, así como de los factores que contribuyen a los vómitos (ansiedad escolar, conflictos con los padres o amigos). (Céspedes et al., 2020)

- Un enfoque psiquiátrico que integra psicoeducación, terapia individual, terapia grupal y terapia familiar. (Céspedes et al., 2020)

-Uso de medicamentos como la sertralina y otros psicofármacos en el tratamiento, que ayudan a mejorar los síntomas de ansiedad, tristeza e impulsividad relacionados con los episodios de vómitos, y abordan otros problemas asociados a la anorexia. (Céspedes et al., 2020)

Bulimia Nerviosa

Se trata de un trastorno alimentario caracterizado por episodios frecuentes y recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados por una sensación de pérdida de control. Además, se observan comportamientos autoinducidos como vómitos, ayunos y ejercicio físico excesivo, similares a los de la anorexia. Las personas que lo padecen tienen miedo de aumentar de peso y buscan activamente perderlo, sintiéndose constantemente insatisfechas con su cuerpo. Estos comportamientos bulímicos suelen ser ocultados debido a sentimientos de vergüenza por parte del individuo afectado. (Céspedes et al., 2020)

Entre los síntomas más comunes se incluyen:

- Irritación crónica de la garganta, inflamación de las glándulas salivales en el área del cuello y la mandíbula, desgaste del esmalte dental, sensibilidad dental y caries debido a la exposición frecuente al ácido gástrico, reflujo ácido gastroesofágico, malestar e irritación intestinal debido al abuso de laxantes, severa deshidratación provocada por la pérdida de líquidos a través del vómito o el uso excesivo de laxantes, desequilibrio electrolítico que puede causar un ataque cardíaco debido a niveles anormales de sodio, calcio, potasio y otros minerales. (Céspedes et al., 2020)

Señales físicas

- Reducción de peso continua y prolongada, piel seca y tono grisáceo o amarillento, uñas quebradizas, pérdida o debilitamiento del cabello, intolerancia al frío y persistencia de bajas temperaturas en manos y pies, extrema delgadez, desnutrición, desgaste del esmalte dental, lesiones en las articulaciones de los dedos utilizados para provocar el vómito. (Céspedes et al., 2020)

Señales psico-sociales

Síntomas de aislamiento social, ansiedad, inestabilidad emocional, irritabilidad, mal humor, inseguridad, depresión y baja autoestima (Céspedes et al., 2020).

Tratamiento

Frente a este trastorno alimenticio, existen diversos enfoques terapéuticos que se pueden emplear. Hasta el momento, se ha observado que una de las estrategias más efectivas consiste en combinar sesiones de psicoterapia con el uso de antidepresivos, junto con una atención especializada en nutrición. El propósito de este enfoque es mejorar tanto el bienestar emocional como físico de los adolescentes o adultos mayores afectados. Además, otros tratamientos recomendados incluyen la terapia cognitivo-conductual, el apoyo del grupo familiar y la psicoterapia interpersonal. (Céspedes et al., 2020)

En el ámbito farmacéutico, se ha identificado que el único medicamento antidepresivo demostrado para producir resultados positivos en pacientes con este trastorno y aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) es la fluoxetina, conocida comúnmente como Prozac. Este fármaco pertenece a la clase de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). (Céspedes et al., 2020)

Trastorno por Atracón

Más comúnmente conocido como "trastorno por atracón", este trastorno alimentario se caracteriza por un consumo excesivo de alimentos, acompañado de una pérdida de control sobre la ingesta, lo que se convierte en un patrón de comportamiento habitual. Aunque este trastorno no es tan frecuente en la población y carece de estudios y evidencia que demuestren su prevalencia en la sociedad, se ha demostrado que tiene un impacto significativo en la salud mental de quienes lo experimentan. Esto puede llevar a sentimientos de vergüenza y culpa por sus acciones. (Céspedes et al., 2020)

Tratamiento

La base del tratamiento sigue siendo la psicoterapia y el uso de antidepresivos tricíclicos que si bien no desaparecen la enfermedad influyen positivamente en la atenuación de su sintomatología. (Céspedes et al., 2020)

- La psicoterapia, particularmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) de corta duración, facilita al individuo el reconocimiento y la identificación de patrones de comportamiento riesgosos, además de modificar pensamientos perjudiciales. (Céspedes et al., 2020)
- La fluoxetina. (Céspedes et al., 2020)

7.7. TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EL EATING ATTITUDES TEST – EAT-26)

Según Garner y Garfinkel (1979), el Eating Attitudes Test (EAT) fue creado como una herramienta de autoevaluación para la detección temprana de casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en poblaciones de riesgo. La versión inicial del EAT se desarrolló a partir de un conjunto de ítems basados en la literatura clínica, que reflejaban comportamientos y actitudes observados en pacientes con anorexia. El resultado fue la versión original del EAT, compuesta por 40 ítems (EAT-40), con una escala de respuesta Likert de seis puntos, cuyos extremos son: 1 = Nunca y 6 = Siempre. Tras su publicación, el EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979) siguió siendo uno de los instrumentos más empleados en la investigación sobre anorexia nerviosa. No obstante, las inquietudes sobre sus propiedades psicométricas, las dudas sobre su estructura factorial y las sugerencias de reducir la medida llevaron a la realización de un nuevo estudio, cuyo objetivo era verificar la estructura factorial en una muestra más amplia y abreviar esta herramienta. (Gouveia et al., 2010)

En 1982 se desarrolló la segunda versión del test, que consta de 26 ítems que reflejan comportamientos, y estos muestran una correlación de 0.98 con respecto a la primera versión de 40 ítems (EAT-40). Este instrumento tiene un nivel de confiabilidad, medido mediante el Alpha de Cronbach, de 0.74. (Siguencia, 2024)

El EAT-26, la versión abreviada del EAT-40, mantiene todas las propiedades de validez y confiabilidad del original y ha sido probado en hombres y mujeres. Esta versión incluye los primeros 26 ítems del EAT-40 y se organiza en tres subescalas: dieta (13 ítems), bulimia y preocupación por la comida (6 ítems), y control oral (7 ítems). Los 26 ítems tienen seis opciones de respuesta tipo Likert, que van desde cero puntos para "nunca", "casi nunca" y "a veces", un punto para "bastantes veces", dos puntos para "casi siempre", y tres puntos para "siempre". La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems, con la precaución de que el ítem 25 se puntúa de forma inversa. Un puntaje ≤ 19

sugiere la posibilidad de no presentar un TCA, mientras que un puntaje de 20 o más indica la posibilidad de presentar un TCA (Vásquez, 2018).

Interpretación del puntaje:

- Ningún Riesgo: 0 – 9 Puntos.
- Riesgo Bajo: 10 – 19 Puntos.
- Alto Riesgo: \geq 20 Puntos. (Aguilar, 2019)

8. MARCO METODOLÓGICO

8.1. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El alcance de la presente investigación es descriptivo, correlacional.

Descriptivo:

Este estudio es de naturaleza descriptiva, ya que su objetivo es determinar la existencia o ausencia de disfunción familiar y la presencia o ausencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la UNL.

Correlacional:

El propósito principal de esta investigación es examinar la posible correlación entre dos variables. (Arias, 2021). Este estudio se enfoca en investigar la relación entre la disfunción familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la UNL.

8.2. DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación tiene un diseño **no experimental**.

Será de tipo **Transversal**: Este diseño implica la recopilación de datos en un único momento y una sola ocasión. (Arias, 2021)

El tipo de investigación es: **Investigación de campo:** Es aquella que se lleva a cabo en el lugar y momento en que ocurre el fenómeno. Comúnmente empleada en Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud, su propósito es recopilar información de manera sistemática y relevante para el tema de estudio. Las técnicas comúnmente utilizadas incluyen la entrevista, la encuesta y la observación. (Arias, 2021)

8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **UNIVERSO (POBLACIÓN OBJETIVO)**

El universo comprende 261 estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la Universidad Nacional de Loja, de primer a séptimo ciclo, matriculados en el periodo lectivo octubre 2023 - marzo 2024.

- **MUESTRA**

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la versión 1.4.3 de Statcalc Epi Info programa estadístico del CDC. Se consideró un intervalo de confianza del 95% y un error absoluto del 5%, se calculó que el tamaño de muestra necesario para este estudio es 155 participantes. De los cuales únicamente 125 participantes, cumplieron con los requisitos y dieron su consentimiento, el resto de participantes negó su consentimiento, por lo cual nuestra muestra final fue de 125 personas.

8.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estudiantes matriculados en la carrera de Educación Inicial de la Universidad Nacional de Loja, de primer a séptimo ciclo, durante el periodo académico Octubre 2023 Marzo 2024.

Estudiantes que acepten participar en la encuesta.

8.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estudiantes de octavo ciclo de la carrera de Educación Inicial de la Universidad Nacional de Loja.

Estudiantes que no acepten realizar las encuestas.

8.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

El instrumento utilizado para la recolección de datos en este proyecto fue la encuesta. Se llevaron a cabo dos encuestas: una para evaluar la función familiar, utilizando el test de Apgar familiar, y otra para medir la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, mediante el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26).

8.7. PALABRAS CLAVE

Trastornos de conducta alimentaria, Disfunción familiar. Apgar familiar.

8.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
DISFUNCIÓN FAMILIAR	INDEPENDIENTE	Se refiere a los patrones de interacción y dinámicas dentro de una familia que generan problemas importantes en el funcionamiento de la unidad familiar y afectan el bienestar emocional de sus miembros.	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación - Participación - Ganancia - Afecto - Recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena función familiar - - Disfunción familiar leve - Disfunción familiar moderada - Disfunción familiar severa 	NOMINAL
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	DEPENDIENTE	Son trastornos graves que involucran comportamientos anormales relacionados con la comida y la alimentación, junto con obsesiones sobre el peso, la imagen corporal y la forma.	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta - Bulimia y preocupación por la comida - Control oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Ningún riesgo - Riesgo bajo - Alto riesgo 	NOMINAL

SEXO	INTERVINIENTE	Características biológicas y fisiológicas que distinguen a los seres humanos y otras especies según sus características sexuales primarias y secundarias. Estas características están principalmente determinadas por los cromosomas sexuales, que en la mayoría de los casos son XX en mujeres y XY en hombres.	HOMBRE / MUJER	NOMINAL
------	---------------	--	----------------	---------

8.9. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Con los datos recolectados, se determinaron los puntajes obtenidos del test de Apgar familiar y del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26), los cuales fueron ingresados en la base de datos del programa estadístico SPSS versión 25.0. En la estadística descriptiva, se calcularon las frecuencias y porcentajes de género y grupo etario. En la estadística inferencial, se utilizaron pruebas no paramétricas basadas en chi cuadrado para establecer la asociación entre las variables dependiente e independiente.

8.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó con el consentimiento de Sr Rector de la Universidad Nacional de Loja, y de la Sra. Directora de la carrera de Educación Inicial, además se contó con la participación voluntaria de los estudiantes, previo a leer el consentimiento informado.

9. RESULTADOS

En la tabla 1, se puede observar que la mayor cantidad de personas encuestadas, lo constituyen las mujeres representando el 96,8%, el grupo etario con mayor participación está entre 20 a 25 años, con el 61.6%.

TABLA 1

		GÉNERO DEL ESTUDIANTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	4	3,2	3,2	3,2
	FEMENINO	121	96,8	96,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

		EDAD DEL ETUDIANTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	17 AÑOS A 19 AÑOS	35	28,0	28,0	28,0
	20 AÑOS A 25 AÑOS	77	61,6	61,6	89,6
	MÁS DE 26 AÑOS	13	10,4	10,4	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: ENCUESTAS PARA VALORAR DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL. Elaborado por: Stefany Mishel Salinas Ochoa.

La Tabla 2 describe la frecuencia y porcentaje del tipo de Función Familiar de la población en estudio, la mayor cantidad presentó Buena función familiar con el 37.6%, seguido de disfunción familiar leve representada con el 28,8%, disfunción familiar moderada, representada con el 22,4%, y disfunción familiar severa con el 11,2%.

TABLA 2

		FUNCIÓN FAMILIAR			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena función familiar	47	37,6	37,6	37,6
	disfunción familiar leve	36	28,8	28,8	66,4
	disfunción familiar moderada	28	22,4	22,4	88,8
	disfunción familiar severa	14	11,2	11,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: ENCUESTAS PARA VALORAR DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL. Elaborado por: Stefany Mishel Salinas Ochoa.

La Tabla 3 describe la frecuencia y porcentaje del Riesgo de presentar TCA de la población en estudio, la mayor cantidad presentó Ningún Riesgo con el 67,2%, seguido de Riesgo Bajo representada con el 20,0%, y Alto Riesgo con el 12,8%.

TABLA 3

RIESGO DE PRESENTAR TCA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ningún Riesgo	84	67,2	67,2	67,2
	Riesgo Bajo	25	20,0	20,0	87,2
	Alto Riesgo	16	12,8	12,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Fuente: ENCUESTAS PARA VALORAR DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL. Elaborado por: Stefany Mishel Salinas Ochoa.

La tabla 4 describe que el 34% de estudiantes sin disfunción familiar presenta riesgo de TCA, el 66% de estudiante sin disfunción familiar, no presentan riesgo de TCA; el 32,1% que tienen disfunción familiar, presentan riesgo de TCA, el 67,9% de estudiantes que tienen disfunción familiar presentan riesgo de TCA. De los 125 estudiantes, 84 (67,2%) estudiantes no presentan riesgo de TCA, y 41 (32,8) estudiantes si presentan riesgo de TCA.

TABLA 4

DISFUNCIÓN FAMILIAR*RIESGO DE PRESENTAR TCA tabulación cruzada

			RIESGO DE PRESENTAR TCA		Total
			NO	SI	
DISFUNCIÓN FAMILIAR	NO	Recuento	31	16	47
		% dentro de DISFUNCIÓN FAMILIAR	66,0%	34,0%	100,0%
	SI	Recuento	53	25	78
		% dentro de DISFUNCIÓN FAMILIAR	67,9%	32,1%	100,0%
Total		Recuento	84	41	125
		% dentro de DISFUNCIÓN FAMILIAR	67,2%	32,8%	100,0%

Fuente: ENCUESTAS PARA VALORAR DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL. Elaborado por: Stefany Mishel Salinas Ochoa.

La tabla 5 describe que la Función familiar, no tiene correlación o asociación estadística significativa con la variable riesgo de TCA. El valor Sig., en Chi-cuadrado, es de 0,818, que indica que las variables cualitativas son independientes entre sí.

TABLA 5

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,053 ^a	1	,818		
Corrección de continuidad	,001	1	,974		
Razón de verosimilitud	,053	1	,819		
Prueba exacta de Fisher				,846	,485
Asociación lineal por lineal	,052	1	,819		
N de casos válidos	125				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,42.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: ENCUESTAS PARA VALORAR DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL. Elaborado por: Stefany Mishel Salinas Ochoa.

10. DISCUSIÓN

El estudio realizado por Aguilar (2019) en los estudiantes de la academia Alexander Fleming reveló que el 34,8% vivía en una familia disfuncional, en contraste con el 62,4% encontrado en nuestro estudio.

Un estudio realizado por Céspedes et al. (2020) concluyó que los trastornos alimenticios son una condición compleja que afecta principalmente a adolescentes y jóvenes adultos. Nuestra investigación, dirigida a estudiantes universitarios de la carrera de Educación Inicial de la UNL, en su mayoría adultos jóvenes, reveló que el 22,8% de los estudiantes del grupo estudiado presentaron riesgos de TCA. En comparación, el estudio de Aguilar (2019) realizado en estudiantes de la academia Alexander Fleming en Arequipa, Perú, encontró que el 45,40% presentaba riesgo de trastornos de conducta alimentaria.

Un proyecto de titulación realizado por Vásquez (2018) en Trujillo, Perú, encontró que la disfunción familiar estaba relacionada con los TCA, con un riesgo 2.46 veces mayor. En comparación, el presente estudio no encontró una asociación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y los TCA.

11. CONCLUSIONES

- Se encontró, dentro del grupo poblacional, 78 (62,4%) estudiantes con disfunción familiar, 36 (28,8%) estudiantes presentan disfunción familiar leve, 25 (22,4%) estudiantes presentan disfunción familiar moderada, y 14 (11,2%) estudiantes presentan disfunción familiar severa.
- Se determinó que, dentro del grupo poblacional, existen 41 (32,8%) estudiantes con riesgo de TCA, 25 (20,0%) estudiantes presentan riesgo bajo, y 16 (12,8%) estudiantes presentan riesgo alto.

- No existe asociación estadística significativa entre la presencia de disfunción familiar con la presencia de trastornos de conducta alimentaria.

12. RECOMENDACIONES

- Fomentar hábitos alimenticios saludables en los estudiantes universitarios, por medio de talleres y capacitaciones.
- Captar en los talleres estudiantes con riesgos de TCA y disfunción familiar, para realizar seguimiento y apoyo psicológico y médico-nutricional, por medio de la Unidad de Bienestar Universitario.
- Realizar consejería sobre los trastornos de conducta alimentaria, y disfunción familiar por medio de la radio universitaria.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Chalco, N. J. (2019). Relación entre funcionamiento familiar y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes preuniversitarios Arequipa 2019. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/df79759c-b777-4fc2-84df-5b47692d8a6c/content>
- Arias, J. Covinos, M. (2021). Diseño y metodología de la investigación. Enfoques Consulting Eirl.
- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo científico médico*, 18(1), 05-07. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Carreras, A. (2014). Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar. *Apuntes: Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar*, 1(0), 1-12. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56240085/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014-libre.pdf?1522894739=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRecursos_Funcionalidad_y_Disfuncionalida.pdf&Expires=1712003153&Signature=OiSmsr99w0JFYdBU~UJ

otaKt6s6itTy8GaYRH4CYJI5PQtaopkMyLxeh5Ny0qfNt0uCpgsRMGCoNWITbKwOknpBKwcZ6R7tbOFAjoyj6DCmpz-GxpJZ1WMT4PRHvUnZy9WOOjy65fyRG~o3fF323RPSw9sEpBjGTwcCk6davkxNJF17Jbee7IEFXav6Utg~jFmsDzleFcns7FrP4yvaX-ilndauilUzCWplqBc2DfotcjwDDYEJPbDLUuSy4YnOQRdMLWwbCPwM8WuSWYQ~oBajFV~xl89SXnTDhBIZtrXMLnyzR2xKLuQyckykyz~0XUSSO4-JUMKJZCKoAYEvNNw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Castro, J. 2020. Trastornos de conducta alimentaria. Farreras Rozman. Medicina Interna. Capítulo 197.
- Céspedes Martínez, V. A., Claros Benítez, D. I., Murillo Benjumea, V., Nuñez Martínez, L., Olave Cruz, K. A., & Ramírez Montaña, M. C. (2020). Trastornos alimenticios en adolescentes y jóvenes adultos.
- Constaín, G. A., Ramírez, C. R., de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M., Gómez, M. Á., Múnera, C. M., & Acosta, C. A. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 46(6), 283-289. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000134>
- González, J., Martínez, D., Martínez, S., & Pinzón, J. (2017). Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). *Carta comunitaria*, 25(143), 29-35. <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/81>
- Gouveia, V. V., de Lucena Pronk, S., Santos, W. S., Gouveia, R. S., & Cavalcanti, J. P. (2010). Test de actitudes alimentarias: evidencias de validez de una nueva versión reducida. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 28-36. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf>
- HERPERTZ, B. 2020. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: definición, sintomatología y morbilidad asociada. Trastornos de conducta alimentaria y obesidad en niños y adolescente. Capítulo 7

- Katzman, K.; Norris, L. 2022. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas. Capítulo 9.
- Fernández, M. Á. P., Encinas, F. J. L., & Escursell, R. M. R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56050204.pdf>
- Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 1080-1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23322>
- López, C., Treasure, J. 2011. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev.Med. Clínica las Condes* 2011; 22(1):85-97.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
- Palomino, Y., & Suárez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA* 2006; 1 (1): 48, 57.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34898484/Familiograma_y_APGAR_familiar-libre.pdf?1411823795=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DFASCICULO_CADEC_Instrumentos_de_Atencion.pdf&Expires=1711804906&Signature=KmbqKjFWohYUlwpwW~Z1TjvbCohi7E~LMmZP-yiBP8z64dQQrFNVWk6FchitfOSX3ualS2jmCmBMb0Q5uR922TBJSY9WhDPsTpln3BfIVCoi5uxfcXJgHdis73y7UFcPeIHZc0s0EHDfex1fT96NoRE9bJWLqMce3RjSGNwysyqe~~wZdoOpIFpa-cGsNHuTTObQpCCJNmO4CdVw4MmgIVo83HJgvfi68azamg3byKUIYNsG9loTLmk6ZReXXFDnWu3z7uowcYT-QArqDdRYlmsAT7MiDi4nX6~zokV8UcWecyoeipbp5He0fSTtJG0NsNE6KvhZo44Y1rc04wUIKQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Pineda, S., & Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2(3), 15-23.
- Restrepo, O. s/f. Medicina del Adolescente y Adulto Joven. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/5234263/Medicina del Adolescent e y Adulto Joven-libre.pdf?1390840525=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DReflexiones sobre la atencion a l a salud.pdf&Expires=1712001460&Signature=S9wEDQdAJgo4CjegJodwnNFnikJTT4n1hRvUEoUAwzDtyEkFB2CMyjDPVxHCl1um8j-dRz6lab1j9XhIW5uulbuVpY9IIUv1GNCLsQGwoVUb3JGVeAqKRUGOER1-ACea42pd4hRJkpB9lhrT8p-gcPangQFe4M5rzosmSf7udhrKHHPTsqZ6jHKWDxAJWHU-aPqAT5JIWKGMMlaqIVefNYWOSLtllohGJHMhIAQbZwYoY0ncth0jRd8JgN3PQ4WhoKgFY4tKWWbvIcDINow8M2yXCOi33gdWRZ1l-aaXgPA2CsTQcTQ9j3OI9RkmtDjdPwcYhHbRZvZLyv7zsi9r-sg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/5234263/Medicina_del_Adoloscen_e_y_Adulto_Joven-libre.pdf?1390840525=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DReflexiones_sobre_la_atencion_a_la_salud.pdf&Expires=1712001460&Signature=S9wEDQdAJgo4CjegJodwnNFnikJTT4n1hRvUEoUAwzDtyEkFB2CMyjDPVxHCl1um8j-dRz6lab1j9XhIW5uulbuVpY9IIUv1GNCLsQGwoVUb3JGVeAqKRUGOER1-ACea42pd4hRJkpB9lhrT8p-gcPangQFe4M5rzosmSf7udhrKHHPTsqZ6jHKWDxAJWHU-aPqAT5JIWKGMMlaqIVefNYWOSLtllohGJHMhIAQbZwYoY0ncth0jRd8JgN3PQ4WhoKgFY4tKWWbvIcDINow8M2yXCOi33gdWRZ1l-aaXgPA2CsTQcTQ9j3OI9RkmtDjdPwcYhHbRZvZLyv7zsi9r-sg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- Ruíz. A., Vázquez. R., Mancilla. J., López.X., Álvarez. G. 2010. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Univ. Psychol* , 9 (2) (2010) , págs . 447-455. Ruíz. A., Vázquez. R., Mancilla. J., López.X., Álvarez. G. 2010. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Univ. Psychol* , 9 (2) (2010) , págs . 447-455
- Sigüencia Viñansaca, J. (2024). Prevalencia de trastornos alimentarios en Ecuador. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/ade6e49a-43f0-4057-87e5-f458e69bdbc8>
- Vallejos, J. & Vega, E. (2020). Funcionalidad familiar, satisfacción con la vida y trastornos alimentarios en estudiantes universitarios. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/104640>
- Vásquez Becerra, D. G. (2018). Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/3960/RE>

P. MED.HUMA DADY.V%c3%81SQUEZ DISFUNCI%c3%93N.FAMILI
AR.FACTOR.ASOCIADO.TRASTORNO.CONDUCTA.ALIMENTARIA.ES
TUDIANTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1

SOLICITUDES Y PERMISOS PARA REALIZAR ENCUESTAS



unl

Universidad
Nacional
de LojaBienestar
Universitario

Loja, 01 de abril de 2024

Ing. Nikolay Aguirre Mendoza, PhD
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Ciudad.

De mi consideración,

Reciba un cordial saludo y los mejores deseos de éxito en sus funciones a usted muy bien encomendadas.

Yo, Stefany Mishel Salinas Ochoa, MÉDICA DE LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, me encuentro cursando la Maestría de Nutrición y Dietética, en la Universidad de las Américas (UDLA), siendo necesario ejecutar un proyecto de investigación, para obtener mi titulación como Magister en Nutrición y Dietética, razón por la cual, acudo a su autoridad, para solicitar muy comedidamente su autorización para la aplicación de encuestas a estudiantes de la carrera de Educación Inicial, con el fin de culminar mi proyecto de titulación "RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL".

Muy agradecida por su amable atención, en espera de una respuesta favorable, me despido de usted.

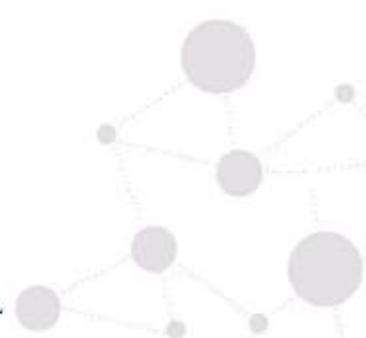
Con sentimientos de estima y consideración.

Atentamente,



Md. Stefany Mishel Salinas Ochoa Mg.Sc.

MÉDICA DE LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO UNL





Memorando Nro.: UNL-R-2024-1459-M

Loja, 04 de abril de 2024

PARA: Sra. Stefany Mishel Salinas Ochoa
Medica General -sp7- 2014

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE
ENCUESTAS DE PROYECTO DE TITULACIÓN

En relación a su Memorando Nro.: UNL-DBU-2024-0229-M de fecha 03 de abril de 2024, a través del cual solicita autorización para la aplicación de encuestas a estudiantes de la carrera de Educación Inicial, con el fin de culminar su proyecto de titulación "RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL".

Por lo expuesto, se autoriza su requerimiento para la aplicación de encuestas a estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la institución.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Nikolay Aguirre
RECTOR

Referencias:
- UNL-DBU-2024-0229-M

Copia:
Sra. Rita Elizabeth Torres Valdivieso
Directora de Carrera

Sr. Francisco Tomas Castillo Vega
Auxiliar de Servicios

ykr





UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Dirección de
Bienestar Universitario

Memorando Nro.: UNL-DBU-2024-0233-M

Loja, 04 de abril de 2024

PARA: Sra. Rita Elizabeth Torres Valdivieso
Directora de Carrera

ASUNTO: SOLICITUD PARA REALIZAR ENCUESTAS EN LOS ESTUDIANTES
DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL

De mi consideración,

Reciba un cordial saludo y los mejores deseos de éxito en sus funciones.

Yo, Stefany Mishel Salinas Ochoa, **MÉDICA DE LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, me encuentro realizando el proyecto de titulación denominado: **"RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS CON DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL"**, en la Maestría de Nutrición y Dietética, en la Universidad de las Américas (UDLA), razón por la cual, y con autorización del Sr. Rector, mediante **Memorando Nro.: UNL-R-2024-1459-M**, solicito a su autoridad, muy comedidamente, me ayude enviando la encuesta digital a los estudiantes de la Carrera de Educación Inicial, de Primer a Séptimo ciclo culminado, del periodo académico Octubre 2023 a Marzo 2024, para que sean respondidas, la encuesta se encuentra en el siguiente enlace:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLStpkjWsq62njLaysG-ndvlpTF1ouZl2qHbD9zGeUCzBzrjQ/viewform?usp=st_link

Muy agradecida por su amable atención, en espera de una respuesta favorable, me despido de usted.

Con sentimientos de estima y consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Sra. Stefany Mishel Salinas Ochoa
MEDICA GENERAL -SP7- 2014

Anexo 2

ENCUESTAS


ENCUESTAS PARA VALORAR DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE EDUCACIÓN INICIAL DE LA UNL

Usted está invitado (a) a formar parte de la siguiente investigación cuyo objetivo es establecer si la disfunción familiar es un factor asociado a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes. Esta investigación es llevada a cabo por la M^g. Stefany Solís M^g. Sc. Mánica de la Unidad de Bienestar Universitario, con el fin de realizar un proyecto de investigación en Nutrición y Dietética.

Si decide participar en nuestra investigación, se le solicitará resolver 2 cuestionarios asociados al tema. Esto tomará aproximadamente 10 min de su tiempo.

Gracias por su colaboración.

stefany.solis@unl.edu.uy en [Carrollar de cuenta](#)

 No compartido

** Indica que la pregunta es obligatoria*

EDAD *

17 AÑOS A 19 AÑOS

20 AÑOS A 25 AÑOS

MÁS DE 26 AÑOS

GÉNERO *

MASCULINO

FEMENINO

CICLO CULMINADO *

Tu respuesta

1. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa. *

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo. *

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

3. Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida. *

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza. *

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos. *

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EATING ATTITUDES TEST - EAT-26)

1. Me da mucho miedo de pesar demasiado (Aumento de peso) *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi Siempre

Siempre

Otro _____

2. Procuro no comer aunque tenga hambre *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi siempre

3. Me preocupo mucho por la comida *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi Siempre

Siempre

4. A veces me atraco de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi Siempre

Siempre

5. Corto mis alimentos en trozos pequeños *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi Siempre

Siempre

6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi Siempre

Siempre

7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

8. Noito que los demás preferían que yo comiese más *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

9. Vomito después de haber comido *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi Siempre
- Siempre

10. Me siento muy culpable después de comer *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi Siempre
- Siempre

11. Me preocupa el deseo de estar delgado/a *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi Siempre
- Siempre

12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

15. Tardo en comer más que las otras personas. *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

16. Procuro no comer alimentos con azúcar *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

17. Como alimentos de régimen (Dieta) *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

18. Siento que los alimentos controlan mi vida *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Bastantes veces
- Casi siempre
- Siempre

19. Me controló en las comidas *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi siempre

Siempre

20. Notó que los demás me presionan para que coma. *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi siempre

Siempre

21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi siempre

Siempre

22. Me siento incómodo después de comer dulces. *

Nunca

Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi siempre

Siempre

Formulario sin título

Enviar

Preguntas Respuestas 1/3 Configuración

23. Me comprometo a hacer régimen (dieta estricta) *

Nunca



Casi nunca

A veces

Bastantes veces

Casi siempre

Siempre

	<p>24. Me gusta sentir el estomago vacío *</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Bastantes veces</p> <p><input type="radio"/> Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>	
	<p>25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas *</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Bastantes veces</p> <p><input type="radio"/> Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>	
	<p>26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas *</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Casi nunca</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Bastantes veces</p> <p><input type="radio"/> Casi siempre</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>	