

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Satisfacción familiar, estrategias de afrontamiento y sintomatología del  
trastorno de atracón en estudiantes universitarios**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**AUTORA**

Leyla Paola Calle Grillo

**ASESORA**

Dra. Mónica De los Milagros Cassaretto Bardales

**LIMA, 2021**

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios por haberme acompañado en toda mi carrera profesional y colocar a las personas correctas en mi camino.

A mis padres, Roger Calle y Leyla Grillo, quiénes han sido un gran ejemplo de perseverancia, dedicación y fortaleza, por haber confiado en mí desde el inicio, lo que me alentó a continuar con mi vocación pese a las adversidades que se me presentaron en el trayecto; y por su apoyo y cariño incondicional que me ofrecieron en todo momento. Este logro está enteramente dedicado a ellos.

A mis hermanos, Miguel y Roger Calle, por haberme sacado sonrisas en los días difíciles y escucharme comprensivamente cuando necesitaba conversar con alguien, y por sus palabras de aliento y abrazos sinceros que cambiaban mi estado de ánimo por completo.

A mi profesora, Haydeé Oblitas, quién me ayudó a forjar los cimientos de mi trabajo, por sus sugerencias, mentoría, soporte, respaldo y buen humor brindado durante todo ese tiempo. A mi asesora, Mónica Cassaretto, por su paciencia, compromiso, guía continua, tiempo dedicado y experiencia que me brindó a lo largo de todo este proceso de elaboración con el fin de culminar debidamente este trabajo.

A Juan Valiente, por apoyarme en todo momento y darme los ánimos que necesitaba para continuar con esta meta. A Diana Mendoza, Jennifer Franco y Alonso García, mis consejeros y mejores amigos, por su paciencia y soporte incondicional. A Marycielo Trevejo, Fabricio Adams y Claudia Concha, mis amigos de toda la vida. Finalmente, agradezco a Aurelia Delgado, Stefany Aranda, Daniela Ramírez, Cindy Quito, Paola Ccoya, Deborah Schulz y muchos más por su amistad sincera y que, de alguna manera, han sido muy importantes en este largo camino.

Finalmente, quisiera agradecer a los estudiantes por tomarse el tiempo de colaborar con el proyecto de investigación y a los profesores por facilitarme la aplicación del mismo.

## Resumen

La presente investigación tiene como objetivo conocer la relación entre la satisfacción familiar, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología del trastorno de atracón en una muestra de estudiantes de una universidad privada de Lima. Esta estuvo constituida por 263 universitarios de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 18 y 24 años, y se encontraban cursando los primeros ciclos de estudio. Para medir las variables, se utilizaron el Cuestionario de Trastorno de Atracón (CTA), la Escala de Satisfacción Familiar (FSS) y el Cuestionario de Estilos de afrontamiento al Estrés (COPE). El estudio reveló que los estudiantes universitarios con riesgo de tener sintomatología del trastorno de atracón tienden a tener menos satisfacción familiar y realizan un menor uso de estrategias afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes y reinterpretación positiva y crecimiento. En los análisis de regresión se halló que el modelo encontrado explicó el 17% de la variabilidad del riesgo de padecer sintomatología del TA. Las estrategias de desentendimiento mental y planificación predijeron de manera directa su desarrollo, mientras que el afrontamiento activo y la satisfacción familiar lo hacían inversamente. Además, se encontraron diferencias según el sexo y la dieta del participante. Se discuten las posibles explicaciones de estos hallazgos, se reportan las limitaciones de la investigación y se proponen posibles líneas de investigación futuras.

*Palabras clave:* Satisfacción Familiar, Estrategias de afrontamiento, Trastorno de atracón, Trastorno de la conducta Alimentaria.

## **Abstract**

The present research aims to know the relationship between family satisfaction, coping strategies and binge eating disorder symptoms in a sample of students from a private university in Lima. This consisted of 263 university students of both sexes, their ages ranged from 18 to 24 years, and they were studying the first cycles of study. To measure the variables, they will be used in the Binge Eating Disorder Questionnaire (BES), the Family Satisfaction Scale (FSS) and the Stress Coping Styles Questionnaire (COPE). The study confirms that university students at risk of having binge eating disorder symptoms have less family satisfaction and less use of active coping strategies, planning, suppressing competent activities and positive reinterpretation and growth. In the regression analyzes carried out, it was found that the model found described 17% of the variability of the risk of suffering from symptoms of TA. The strategies of mental disengagement and planning directly predicted its development, while active coping and family satisfaction did so inversely. In addition, differences were found according to the sex and diet of the participant. Possible explanations for these findings are discussed, limitations of the research are reported, and possible future lines of research are proposed.

*Key words:* Family Satisfaction, Coping Strategies, Binge Eating Disorder, Eating Disorder

## Tabla de contenidos

<b>Introducción</b>	1
<b>Método</b>	9
Participantes	9
Medición	10
Análisis estadístico	13
<b>Resultados</b>	15
<b>Discusión</b>	18
<b>Referencias</b>	27
<b>Apéndices</b>	38
Apéndice A: Características sociodemográficas de los participantes	38
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos	39
Apéndice C: Consentimiento informado	40
Apéndice D: Análisis de confiabilidad por consistencia interna del BES	41
Apéndice E: Análisis de confiabilidad por consistencia interna del SFF	42
Apéndice F: Análisis de confiabilidad por consistencia interna del COPE	43
Apéndice G: Análisis de correlaciones entre las escalas	44

## Introducción

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un problema de salud pública debido a su gravedad, complejidad y alta prevalencia (Pertuz-Cortes et al., 2020; Sáenz et al., 2011; Treasure et al., 2020). En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo – Noguchi” (INSMHDHN) (2013) encontró que uno de los principales trastornos clínicos en la población adolescente de Lima y Callao se relacionaba con la tendencia a padecer de problemas alimentarios; específicamente, un 8.3% en el Cono Sur y un 6.4% en el Cono Este. En esta misma línea, según la Dirección Ejecutiva de Epidemiología (2010, citada en Valero et al., 2019), existe una prevalencia entre 7.3 y 11.4% de problemas alimenticios en adolescentes, cuyas cifras han estado en constante aumento en los últimos años. Aunque, no existen estudios recientes que reporten las estadísticas sobre la prevalencia de los TCA en población universitaria, Ponce et al. (2017) realizaron un estudio en la que encontraron que un 10.1% de estudiantes de medicina de una universidad de Lima estaban en riesgo de ser diagnosticados con TCA.

Los TCA se definen como enfermedades crónicas que se caracterizan por una alimentación anormal, pensamientos obsesivos con la comida, insatisfacción con la imagen corporal y miedo a engordar (APA, 2014; NIH, 2016). Su etiología es compleja, ya que intervienen diferentes factores biológicos, familiares y socioculturales; entre los cuales destacan el sexo biológico (Camino et al., 2017; Din et al., 2019; Narváez et al., 2013; Papier et al., 2015), los problemas en la comunicación familiar (Laghi et al., 2015; Martínez et al., 2013) y los medios de información masiva (Behar, 2010). De manera particular, también se ha encontrado que el ser estudiante universitario representa un riesgo (Narváez et al., 2013; Papier et al., 2015), puesto que, en la etapa de la adultez emergente, los individuos se tornan más independientes de sus estilos de vida; específicamente, de sus hábitos y horarios de alimentación, que podrían favorecer a que adopten inadecuadas conductas alimentarias (Din et al., 2019; Lenza, 2019; Nour et al., 2015; Zúñiga et al., 2018). Además, a estos trastornos también se les asocian consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas en el individuo y sus allegados (NIH, 2016).

En cuanto a su clasificación, los TCA se dividen en tres tipos: anorexia, bulimia y otros trastornos no específicos (TCANE). Esta última categoría agrupa a aquellos trastornos que no cumplen los criterios diagnósticos de un TCA como el trastorno de atracón (TA). Si bien, esta clasificación se ha mantenido a lo largo de los años, en la última versión del DSM-V, se optó por crear nuevas categorías específicas puesto que tienen una configuración patológica que

genera graves molestias clínicas (APA, 2014). De esta manera, el TA ha sido catalogado como una nueva categoría que merece ser estudiada a profundidad debido a su alta incidencia y prevalencia en la adolescencia y adultez emergente (Kessler et al., 2013; NIH, 2016).

En este sentido, el trastorno de atracón o *Binge Eating Disorder* (TA) se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de comida enriquecidas en grasas o azúcares, en cortos intervalos de tiempo; y, una sensación subjetiva de pérdida de control en relación a la comida que se ingiere. Además, esta sensación de falta de control se encuentra acompañada de angustia emocional como culpa, ansiedad, disgusto, tristeza o vergüenza después de un episodio de atracón (APA, 2014). A diferencia de otros TCA, este trastorno se manifiesta en ausencia de conductas compensatorias orientadas a evitar la ganancia de peso, tal como el uso de laxantes, la provocación de vómitos o el exceso de actividad física (Bertoli et al., 2016). Para su diagnóstico, los episodios de atracón deben ocurrir al menos una vez por semana durante un periodo de tres meses y producir malestar clínicamente significativo que interfiera con la salud y el funcionamiento psicosocial del individuo (APA, 2014; Morales et al., 2015).

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia del TA es dos veces mayor (1.9%) que la bulimia nerviosa en los 14 países donde se realizaron las encuestas (Erskine & Whiteford, 2018; Kessler et al., 2013). En América Latina, Kolar et al. (2016) hallaron que existe un 3.53% de la población que padece de TA, siendo este porcentaje mayor en comparación con la anorexia y bulimia, y que, además, estas cifras son mayores en países latinos, a diferencia de los occidentales. Específicamente, Benjet et al. (2012) encontraron que el 1.4% de la población mexicana padece de TA. Adicionalmente, en otros estudios, se encontró que, en la población general, esta estimación oscila entre los 2 y 3.5%, siendo mucho más elevada en pacientes con tratamiento para perder peso (30%) y estudiantes universitarios (16-25%) (Bertoli et al., 2015, Zaragoza et al., 2016). Por su parte, Tong et al. (2014) hallaron que el 3.53% de estudiantes universitarias en China, tiene una prevalencia de TA; del mismo modo, Filipova & Stoffel (2016) encontró un 7.8% en Estados Unidos.

Con relación al sexo biológico, Field et al. (2012), Hutson et al. (2018), Lydecker et al. (2020) y Stice et al. (2013) observaron que hay una prevalencia de TA de 2 a 3% entre las mujeres. De igual modo, Smink et al. (2014) y Morales et al. (2015) encontraron que existen altos índices de TA en las mujeres (3.4% a 3.5%) en comparación a los hombres (1% a 2.4%). En adición, también se encontró que es más alta en las mujeres a fines de la adolescencia o alrededor de los veinte años (Hay et al., 2015; Stice et al., 2013).

El TA suele encontrarse acompañado de múltiples comorbilidades de tipo psiquiátricas, médicas y psicológicas, las cuales, si no se detectan y tratan a tiempo, podrían afectar la calidad

de vida y funcionalidad de una persona. Por ende, existe una mayor tasa de mortalidad en comparación a quienes no lo padecen (Benjet et al., 2012; Kornstein et al., 2016; Udo & Grilo, 2019). En cuanto a lo relacionado con la salud mental, el TA puede incrementar su severidad, cronicidad y resistencia a cualquier tipo de tratamiento entre los cuales se encuentran los trastornos de ansiedad, del aprendizaje, estado de ánimo, de la personalidad, de control de los impulsos, estrés post traumático, depresión, estrés, cleptomanía o adicciones (Badrasawi & Zidan, 2019; Cuadro & Baile, 2015; Kim et al., 2018; Kornstein et al., 2016; Kittel et al., 2017; Serra et al., 2020). Adicionalmente, se les asocia, de manera frecuente, con la obesidad mórbida debido a que tienen un mayor riesgo de padecerlo a edades más prematuras provocando enfermedades cardiovasculares o presión arterial que podrían conllevar a la muerte; y, suelen iniciar, de manera temprana, dietas sin la supervisión de un profesional y otras conductas de riesgo desarrollando un peor diagnóstico frente a aquellos sujetos obesos sin TA (Agüera et al., 2020; Cuadro & Baile, 2015; García et al., 2012; Morales et al., 2014).

De manera específica, la dieta es un factor de riesgo recurrente en los jóvenes; en especial, en las mujeres, quienes comienzan a realizarlas acompañándolas con atracones a temprana edad a diferencia de los hombres (Lydecker & Grilo, 2018). Asimismo, a esta se le asocia problemas en la salud como el sobrepeso y la obesidad (ledoux et al., 2015). Al respecto, Herman y Polivy (1980) proponen, en su teoría de la restricción alimentaria, que la forma habitual en el desarrollo de dietas más o menos restrictivas, puede dar lugar a que no se cumpla la dieta y se coma en exceso cuando ocurren ciertos estados emocionales (citados en Lladós & Sábado, 2011). En el TA, estas dietas son poco constantes e intermitentes, originando frustración al no poder mantener un patrón alimentario adecuado. Esto origina que la persona sienta mayor disgusto consigo misma, favoreciendo futuros episodios (Linardon et al., 2020; Lladós & Sábado, 2011).

Con respecto a los diversos factores que influyen en la aparición de la sintomatología del TA, se encuentran la insatisfacción por la imagen corporal, la disfunción familiar, el estrés percibido, la autoestima, la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, trastornos mentales, entre otros. Por ende, las variables más significativas son la familia y el estrés, ya que aparecen con mayor recurrencia en estos trastornos (Castro & Ramírez, 2013; Lee et al., 2019; Ruiz et al., 2013). En lo que respecta al ámbito familiar, se sugiere que las intervenciones se orienten a los miembros de la familia como una estrategia para reducir el TA, dado que se ha encontrado que existe una relación con el funcionamiento familiar; específicamente, con la cohesión familiar, comunicación familiar, satisfacción familiar y equilibrio familiar (Berge et al., 2014; Laghi et al., 2016; Lee et al., 2019; Tetzlaff et al., 2016). Pese a su importancia, hasta la



actualidad no se ha realizado una investigación exhaustiva entre factores asociados al TA (Lee et al., 2019; Ruiz et al., 2013).

De este modo, dentro de las variables más relevantes en el estudio de las relaciones familiares se encuentra la satisfacción familiar. Esta se define como una respuesta subjetiva de agrado entre los miembros del sistema y las relaciones que establecen. Esta valoración se encuentra asociada con diferentes características de los vínculos intrafamiliares como la cohesión de la familia, entendida como el grado de proximidad entre los miembros de la familia; la flexibilidad, caracterizada por la capacidad de cambio en el liderazgo, roles y reglas del sistema; y la comunicación entre sus miembros, considerada una dimensión facilitadora que permite el movimiento de las otras dimensiones antes mencionadas (Olson et al., 1979; Olson et al., 1989; Olson & Gorall, 2006; Olson, 2011; Olson et al., 2019). De esta manera, esta cumplirá la función de indicador global sobre cada una de las tres variables antes mencionadas (Barraca & López, 2010; Olson et al., 2006; Villarreal et al., 2017).

Así, cuando las interacciones son positivas, el individuo se mantendrá satisfecho formulando un juicio satisfactorio de su familia, vinculándose con experiencias afectivas de amor, cariño, afecto y felicidad. Por el contrario, si son negativas tenderá a estar insatisfecho, relacionándose con sentimientos como el coraje, enojo, frustración, desilusión y depresión (Barraca & López, 2010; Quezada et al., 2015). Según Guillen (2011), la importancia de su estudio recae en la comprensión de aquellos sentimientos y actitudes que se desarrollan en la familia en las que los individuos se encuentran inmersos permitiendo distinguir entre familias funcionales y disfuncionales, ya que actúa como un predictor.

La satisfacción familiar es crucial en los adultos emergentes, ya que es un periodo de descubrimiento, exploración e inestabilidad, siendo de suma importancia que una persona se encuentre satisfecha con su vida familiar en un intento de reconocer y comprender las características relacionadas con la calidad de este entorno (Komal et al., 2018), evidenciando que estas relaciones son una fuente de satisfacción vital en los estudiantes universitarios (Schnettler et al., 2018). En esta misma línea, Komal et al. (2018) encontró que existe una relación significativa entre la satisfacción familiar y la salud mental de esta población. De la misma forma, Salazar et al. (2013) mencionan en una investigación con 448 estudiantes de bachillerato en México, que la insatisfacción familiar se relacionaba con mayores prevalencias de ansiedad y depresión, en relación con aquellos que se encuentran satisfechos con su familia. Además, Ruiz et al. (2010) encontraron que las personas con trastorno de alimentación perciben un ambiente familiar significativamente más deteriorado en el que prima la distancia, la falta

de apoyo y la menor integración; y expresan sentimientos negativos hacia sus familiares; incluso, algunas pacientes refieren sentirse no queridas por parte de sus madres.

La satisfacción familiar también se relaciona de manera significativa con otras variables como la satisfacción con la vida (Schnettler et al., 2018). Ello se podría deber a que los estudiantes universitarios pueden considerar la vida de modo distinto (Bardo & Yamashita, 2014). De este modo, algunos autores sugieren que, para ellos, las relaciones familiares se encuentran entre los dominios más importantes de la vida. En adición, descubrieron que el apoyo familiar también influye en esta satisfacción (Tinajero et al., 2015). Por otra parte, también se vincula de forma inversa con el intento suicida. En los estudios realizados por Palacios y Andrade (2008) se revelan que un clima familiar insatisfactorio es un factor de riesgo para el intento suicida. Por el contrario, aquellos que no han pretendido quitarse la vida, han percibido sus relaciones familiares con más cercanía, apoyo e integración.

Por otro lado, esta variable también se asocia con la satisfacción con la comida, ya que juega un rol importante como moderador potencial que puede contribuir con el desarrollo de las intervenciones que mejoran la satisfacción en general. Además, se ha encontrado que en jóvenes los hábitos alimenticios y las buenas relaciones familiares están asociadas (Lin & Yin, 2019; Schnettler et al., 2020). De igual forma, esta se relaciona de manera positiva con la satisfacción en el ambiente académico, ya que aquellos que tienen relaciones positivas y satisfactorias con sus familias, se encontrarán más satisfechos con su experiencia en ese ámbito obteniendo un mayor placer de su entorno e interacción con los profesores y compañeros (Kamaruddin & Sa'ad, 2015).

Otro factor de riesgo común que se ha encontrado asociado a la sintomatología del TA es el estrés, ya que los síntomas se intensifican con niveles altos de esta variable volviéndose más severos; especialmente, si coexisten con otros trastornos clínicos (Castro & Ramírez, 2013; Naumann et al., 2018). Diversos estudios han encontrado que existe una asociación entre el estrés y los atracones, por lo que podría desempeñar un papel fundamental en la precipitación, incremento o el mantenimiento de los síntomas del TA (Chao et al., 2016; Naish et al., 2019; Naumann et al., 2018). De manera específica, a través de la comida, estas personas intentarían reducir o intentar calmar las respuestas emocionales negativas que esta conlleva, funcionando como un mecanismo de afrontamiento (Chao et al., 2016). Estas conductas alimentarias nocivas evidenciarían la dificultad para manejar dichas situaciones y los escasos recursos individuales y familiares que posee la persona (Ahorsu et al., 2020; Ruiz et al., 2013).

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realizan los individuos para hacer frente a las demandas externas e internas que generan estrés con el fin

de enfrentar, reducir o tolerarlas. Se compone de estrategias, dado que se aprenden mediante el aprendizaje previo o se ciñen al ambiente sociocultural (Lazarus & Folkman, 1986). Existen diferentes tipos de estrategias específicas de afrontamiento, las cuales usan las personas en situaciones estresantes, entre las que podrían encontrarse las siguientes: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades en competencia, restricción del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, negación, desentendimiento conductual y mental, entre otras (Carver et al., 1989).

Estas se pueden clasificar según su adaptabilidad o funcionalidad de acuerdo a cómo se ajusten al estresor y al contexto en el cual se llevan a cabo. Por un lado, podrían ser adaptativas cuando su función es reducir el estrés y promover la salud a largo plazo, generando un mayor bienestar psicológico y estados afectivos positivos al individuo favoreciendo su calidad de vida. Por otro lado, también pueden ser desadaptativas; ya que, pese a reducir el estrés a corto plazo, no garantizarían su total éxito, provocando un efecto nocivo para la salud. Además, se vincularían con estados afectivos negativos como la depresión y ansiedad, lo que afectaría este bienestar (Lazarus & Folkman, 1986; Moysén et al., 2014).

Las estrategias de afrontamiento en los jóvenes universitarios resultan importantes para lidiar con la presión de su ambiente, ya que estar en la universidad impone nuevos retos en los estudiantes que aún están desarrollando habilidades y la madurez para manejar ello. Además, muchos de ellos encuentran difícil equilibrar su vida social, tiempo de estudio y expectativas familiares, ocasionando nuevas tensiones (Ceyhan et al., 2009, Crocker & Luhtanen, 2003; Soliman, 2014). Diferentes estudios han informado un mayor nivel de estrés entre los estudiantes universitarios, permitiendo que hagan uso de distintas estrategias de afrontamiento (Cabras & Mondo, 2018).

Respecto al sexo biológico, se han encontrado diferencias significativas en el uso de estas estrategias. Meléndez et al. (2012) y Sawhney et al. (2020) concluyeron en sus estudios con estudiantes universitarios que las mujeres utilizan más estrategias de afrontamiento relacionadas a la emoción como acudir a la religión, la negación y búsqueda de apoyo social por motivos emocionales; y, aquellas enfocadas en resolver problemas como el afrontamiento activo y la supresión de actividades competentes. De la misma manera, en la literatura peruana, diferentes investigadores mencionan que, ante situaciones de estrés, las mujeres tienden a utilizar la búsqueda de soporte social, acudir a la religión y la búsqueda de apoyo social enfocado en la emoción, a diferencia de los varones, quienes se orientan más al afrontamiento activo (Cassaretto et al., 2003; Gemmel et al., 2016; Scarafelli & Coral, 2010; Uranga, 2018).

Por otro lado, el afrontamiento también ha sido asociado a otras variables afines, como el pensamiento constructivo y la autoestima. En relación a ello, se ha encontrado que las personas que utilizan estrategias improductivas no manejan de forma adecuada las emociones negativas incrementando la baja autoestima (Contreras et al., 2012). Asimismo, se asocia con la depresión, puesto que la adaptación exitosa a esta enfermedad dependerá del uso de estrategias de afrontamiento adecuadas (Sawhney et al., 2020). Por su parte, Freire & Ferradás (2020) hallaron que la autoeficacia también se encuentra vinculada, ya que se considera relevante alentar a la flexibilidad en estos usos. Adicionalmente, Cáceres (2016), Del Águila (2016), Galarza (2013) y Hafiz & Ainur (2020) encontraron que este también está estrechamente relacionada a la ansiedad, las conductas de consumo de marihuana, la satisfacción con la vida, personalidad, autoestima y la salud, respectivamente.

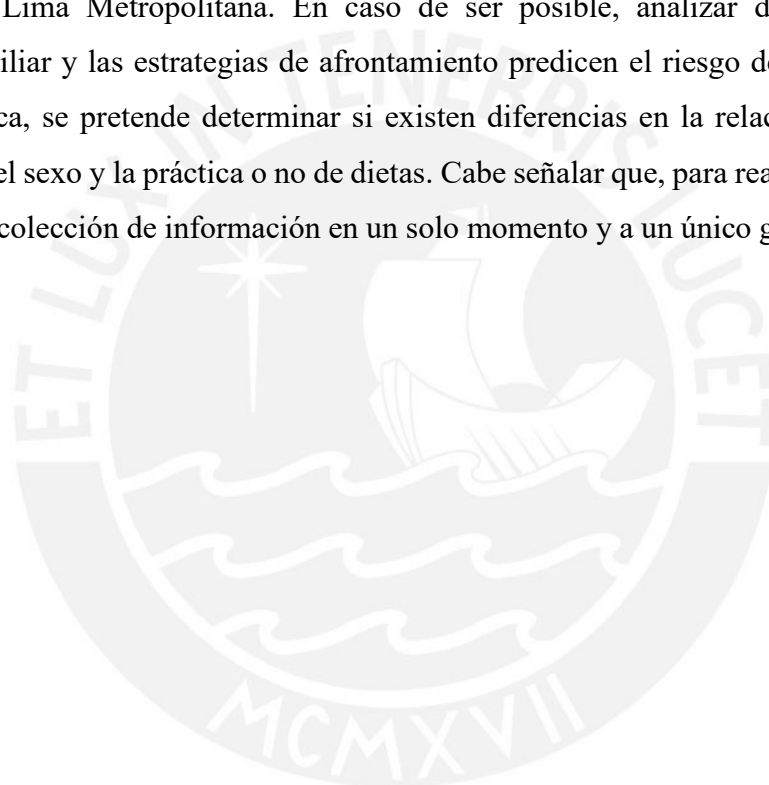
En general, comprender la sintomatología de los trastornos alimenticios es considerar el ambiente familiar en que se desenvuelven las personas afectadas. Estos elementos familiares se le suman las diferentes experiencias estresantes que podrían llevar consigo, las cuales, se asocian a la presencia de conductas alimentarias inadecuadas de manera significativa (Allaica, 2018; Ruiz et al., 2013). De forma similar, en México, Palomar (2012) efectuó un estudio en el que concluyó que aquellos jóvenes que cuenta con confianza y ayuda en su núcleo familiar utilizan en mayor medida la búsqueda de apoyo social.

Adicional a ello, Ramírez (2014) realizó un estudio con universitarios en Tarapoto y obtuvo como resultado que a mayor clima social familiar negativo, mayor uso de las estrategias de afrontamiento no adaptativas tales como el consumo de sustancias, desconexión conductual, desahogo emocional y búsqueda de apoyo social emocional. Finalmente, Marmo (2014) comenta que a pesar de las dificultades que pudiese presentar el medio, el percibir un funcionamiento familiar adecuado puede contribuir a brindar tranquilidad, sentido de pertinencia, autoestima, control y favorecería el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas en el individuo.

Por todo ello, la importancia del estudio de estas variables en cuestión radica en que el TA, al ser un trastorno recientemente reconocido por el DSM-V, no existen muchas investigaciones que aporten información sobre su perfil psicopatológico (Cuadro & Baile, 2015). Por ello, existe una falta de identificación de sus factores de riesgo con una base empírica sólida y un buen valor predictivo que permitan el abordaje oportuno (Kornstein et al., 2016). De esta manera, comprender su concepto posibilitará la creación de programas de promoción y prevención que permitan que los jóvenes puedan adquirir conocimientos, hábitos y actitudes favorables para llevar a cabo una vida saludable. Específicamente, se podría evaluar

exhaustivamente sus hábitos alimenticios para guiarlos en una alimentación saludable y; posteriormente, desarrollar diferentes intervenciones que resulten adecuadas y pertinentes para la problemática en cuestión (Lee et al., 2019; Ledoux et al., 2014; Soliman, 2014). De la misma forma, es muy importante y oportuno también considerar la participación de la familia, ya que son modelos y colaboradores principales en la construcción de hábitos y estilo de vida saludables (Sánchez-Carracedo et al., 2013).

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación tiene como propósito analizar las posibles relaciones entre la satisfacción familiar y las estrategias de afrontamiento con el riesgo de padecer sintomatología del TA en una muestra de estudiantes universitarios de una universidad de Lima Metropolitana. En caso de ser posible, analizar de qué manera la satisfacción familiar y las estrategias de afrontamiento predicen el riesgo de padecer TA. De manera específica, se pretende determinar si existen diferencias en la relación entre las tres variables según el sexo y la práctica o no de dietas. Cabe señalar que, para realizar este análisis, se realizará la recolección de información en un solo momento y a un único grupo de personas.



## Método

### Participantes

En la presente investigación, la muestra se encontró conformada por 263 estudiantes de una universidad privada de Lima, de los cuales 155 fueron mujeres (58.9%) y 108 hombres (41.1%). Las edades fluctuaban entre los 18 y 24 años ( $M= 18.72$ ,  $DE= 1.08$ ). En cuanto a la facultad de procedencia, el 19% de los participantes pertenecieron a la carrera de Psicología; el 10.6%, a Derecho; el 10.3%, a Ingeniería Civil; y el 60%, restante, a otras profesiones. Adicional a ello, el 38.8% de los estudiantes se encontraban cursando el cuarto ciclo de estudio; el 36.5%, el segundo; el 13.3%, el tercero; el 6.5%, el quinto; y el 4.9%, el primero (Ver detalle en apéndice A).

A partir de la ficha de datos obtenida (Apéndice B) se halló que el 85.2% de los encuestados vive actualmente con su familia. Sobre la práctica de dietas en los últimos 6 meses, el 61.6% señaló haber intentado o llevado a cabo alguna de ellas; por el contrario, el 38.4% reportó no haberlo hecho.

Cabe mencionar que, como criterio de inclusión, se consideró a los estudiantes que se encontraban matriculados en la universidad elegida y cursaban entre el primer y quinto ciclo de estudio. Además, se excluyó a los alumnos que presentaban un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria específica, como la anorexia o bulimia, en el momento de la aplicación.

En cuanto a los estándares éticos, la participación de todos los estudiantes fue voluntaria. Para garantizar ello, se le concedió un consentimiento informado a cada participante, en el cual se les explicaba la naturaleza de la investigación y sus derechos relacionados con la confidencialidad de los datos recaudados (Ver detalle en apéndice C). Luego de aceptar el consentimiento y brindar su disposición para realizar las pruebas, se les pidió llenar una ficha sociodemográfica, y seguidamente, se les presentó el Cuestionario de trastorno de atracón (CTA), el Cuestionario de Estilos de afrontamiento al Estrés (COPE) y la Escala de Satisfacción Familiar (FSS); los cuales demoraron a los participantes 10 minutos aproximadamente.

Finalmente, el recojo de datos fue de manera presencial y de día previo a la crisis sanitaria ocurrida por el Covid-19.

## Medición

En primer lugar, el *Binge Eating* fue medido a través del Cuestionario de trastorno de atracón (CTA) [*Binge Eating Scale Questionnaire* - BES, por sus siglas en inglés] elaborado por Gormally, Black, Daston y Rardín en 1982, en su versión adaptada al español por Zúñiga y Robles en el 2006. Este es un instrumento de auto reporte diseñado para medir la conducta cognitiva y emocional de la ingesta compulsiva de los alimentos. Por lo tanto, en diferentes estudios, es el más usado para medir el TA debido a su uso generalizado como herramienta de detección, logrando reflejar la capacidad de medir los síntomas centrales de esta patología (Grupski et al., 2013). Está compuesto por 16 ítems, 8 de los cuales miden aspectos conductuales del atracón y, los 8 restantes, los sentimientos y cogniciones asociadas al mismo. Cada uno de los reactivos se compone de 3 a 4 opciones de respuesta que reflejan la severidad de este trastorno, las cuales están codificadas de 0 a 3 (Franco et al., 2011; Grupski et al., 2013; Zaragoza et al., 2016).

En la prueba original, Gormally et al. (1982) propuso una estructura de dos factores, distinguiendo lo cognitivo y conductual, a partir de un estudio con personas que acudían a tratamiento conductual por obesidad. En cuanto a su validación, utilizaron la validez de contenido; sin embargo, existe poca evidencia con relación a ello (Franco et al., 2011). Por otro lado, la escala ha mostrado una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .85.

Desde entonces, ha sido traducido en diferentes idiomas y validado en diferentes muestras internacionales; específicamente, francés, portugués, inglés, italiano, malayo y español (México) (Escrivá et al., 2019). De estos estudios, sólo cuatro de ellos han estudiado su estructura factorial, con resultados diferentes. Por añadidura, este cuestionario ha sido adaptado en distintos países, entre ellos en Italia (Imperatori et al., 2016), Malasia (Robert et al., 2013), Irán (Dezhkam et al., 2009), Reino Unido (Ruddock et al., 2017), Estados Unidos (Minnich et al., 2014) y Francia (Brunault et al., 2016).

En cuanto a su validación en población mexicana, se realizó por Zúñiga y Robles (2006) en una muestra de 81 mujeres y 19 varones. El AFE derivó dos factores que explicaron 56.25% de la varianza. En cuanto a los coeficientes de alfa de Cronbach se reportó un .88 para la subescala de Sentimientos y Cogniciones y .87 para la de Manifestaciones Conductuales evidenciando una alta consistencia interna. De esta manera, los autores sugirieron utilizar dicha versión con fines clínicos y de investigación en población hispanohablante.

Del mismo modo, Escrivá et al. (2019) validaron la misma versión de la prueba con una muestra de 428 estudiantes universitarios españoles encontrando un alfa de Cronbach de .87 y

el omega de McDonald's de .92, lo que indicaba estimaciones de confiabilidad apropiadas. Asimismo, utilizaron una validez de tipo factorial, discriminante y externa, cuyos resultados indicaron que el modelo de un factor tenía mejores índices de ajuste ( $X^2= 474.349$ ;  $df= 104$ ;  $CFI= .94$  y  $RMSEA= .08$ ). El coeficiente de confiabilidad por consistencia interna para este estudio fue de .90 (Apéndice D).

En segundo lugar, para la medición de la satisfacción familiar se utilizó la Escala de Satisfacción Familiar (FSS) de Olson y Wilson (1982). Esta es una medida de auto reporte elaborada evaluar el grado de satisfacción de un individuo con relación a los miembros de su sistema familiar y el grado de flexibilidad y aptitud para el cambio. El FSS consta de 10 ítems de tipo Likert con 5 alternativas, cuya valoración es de 1 (extremadamente insatisfecho), 2 (generalmente insatisfecho), 3 (indeciso), 4 (generalmente satisfecho) y 5 (extremadamente satisfecho) (Costa, et al.; 2009; Olson & Gorall, 2006; Villareal, et al., 2017). La puntuación total se obtiene de la sumatoria de los valores otorgados en cada uno de los ítems, cuya máxima valoración es de 50 y mínima de 10. De modo que, las puntuaciones más altas indican una mejor comunicación familiar (Arias et al., 2018; Fernández et al., 2015).

Originalmente, la primera versión tenía dos factores, en las cuales, 8 de sus ítems evalúan la vinculación emocional (Cohesión Familiar) y 6, la satisfacción hacia la flexibilidad. Los índices de confiabilidad fueron adecuados para las dimensiones de cohesión ( $\alpha= .85$ ), adaptabilidad ( $\alpha= .84$ ) y la escala total ( $\alpha= .92$ ). En adición, los resultados del test – retest en un intervalo de 5 meses resultaron óptimos (.75) (Olson & Wilson, 1982). No obstante, la evolución de la teoría suscrita a la prueba ha permitido que se desarrollara una nueva versión, la cuál será usada en esta investigación. Actualmente, esta cuenta con mejoras significativas, tales como la consolidación unidimensional, la inclusión de la variable comunicación familiar, evidencias de estructura interna, certezas basadas en su vínculo con otras variables como la calidad de vida y satisfacción marital; así como niveles de confiabilidad adecuados ( $\alpha= .92$ ;  $n= 2465$ ) (Olson et al., 2006).

Por otro lado, dicha escala ha sido adaptada y utilizada en diferentes investigaciones de diversos países tales como Grecia (Koutra et al., 2012), Malasia (Aazami et al., 2015), Uruguay (Costa et al., 2013) y Perú, de manera particular en la ciudad de Arequipa (Arias & Ceballos, 2016). Además, ha sido utilizada en diferentes estudios con población estadounidense de estudiantes universitarios, parejas casadas y adolescentes (Baiocco et al., 2013, Costa et al., 2009; Villarreal et al., 2017). En todos los estudios se encontraron niveles de confiabilidad adecuados, con coeficientes alfa de Cronbach entre .86 y .94.



Por su parte, en Lima, Capa, Vallejos y Cárdenas (2010) validaron la prueba en muestras de adolescentes reportando altos índices de confiabilidad para la escala total ( $\alpha = .84$ ), la dimensión de Cohesión ( $\alpha = .76$ ) y Adaptabilidad ( $\alpha = .70$ ). Adicional a ello, dos factores explicaron el 51.92% de la varianza total de la prueba. En esta misma ciudad, Villareal et al. (2017) analizó las propiedades psicométricas del FSS en una muestra de 607 estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, cuyas edades oscilaban entre los 16 y 28 años. Así, se identificó valores óptimos para una solución unifactorial. En cuanto a su relación con la variable comunicación familiar, se encontró una correlación positiva, directa y con un tamaño del efecto moderado. Finalmente, se reportaron valores de confiabilidad, en la que se estimó un coeficiente alfa de .910. Se concluye que la FSS presenta evidencias de validez y confiabilidad recomendando su uso en las futuras investigaciones.

En este sentido, en la presente investigación, se utilizó la versión original en inglés de Olson y Wilson (1982), ya que se pidió los permisos correspondientes a la editorial del autor, la cual fue traducida al castellano utilizando la técnica back traslation con la ayuda de un experto bilingüe en el tema. La versión traducida y revisada fue aplicada a los estudiantes. Cabe señalar que, se consideró la estructura unidimensional de la prueba encontrada en los estudios de Villareal et al. (2017). La confiabilidad del instrumento se evaluó por el método por consistencia interna y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .94 para la escala total. (Apéndice E)

En tercer lugar, el afrontamiento se midió con el Cuestionario de Estilos de afrontamiento al Estrés (COPE) desarrollado por Carver et al. (1989). El objetivo de este instrumento es evaluar las diferentes maneras en que los individuos responden al estrés. Por ello, actualmente, es considerado una de las principales herramientas para medir tales estrategias de afrontamiento (Cassaretto & Chau, 2016). Se caracteriza por medirse a través de una Escala Likert de 4 puntos, cuyos valores son: (1) Casi nunca hago esto, (2) A veces hago esto, (3) Usualmente hago esto y (4) Hago esto con mucha frecuencia (Carver et al., 1989).

Esta prueba ha tenido diferentes actualizaciones a lo largo del tiempo. La original es la versión compuesta por 52 ítems organizada en 13 escalas, cuyos estudios demuestran resultados positivos en la validez y confiabilidad de esta. No obstante, luego del primer estudio realizado con esta versión, los autores deciden adicionar al inventario una escala con un sólo ítem: Uso de alcohol y drogas. Esta conforma la segunda versión de dicha prueba con 14 escalas y 53 ítems. Finalmente, la tercera y última versión del instrumento se creó a partir de las modificaciones incorporadas, las cuáles consisten en la añadidura de 3 ítems para la escala uso

de alcohol y drogas y 4 para una nueva escala llamada uso del humor, originando una escala constituida por 60 ítems y 15 escalas (Carver et al., 1989 citado en Cassaretto & Chau, 2016).

Inicialmente, fue aplicada a 978 estudiantes universitarios norteamericanos, obteniendo índices de confiabilidad de alfa de Cronbach que oscilan entre .45 y .92. Además, se reportó un coeficiente test – retest de .46 y .86 en un intervalo de 8 semanas. La validez de constructo halló 12 factores de los cuales 11 fueron interpretados con facilidad y 1 presentó cargas factores menores a .39 (Carver et al., 1989).

Finalmente, en Perú, Casuso (1996) adaptó el instrumento con 817 estudiantes de segundo año de una universidad privada y una pública. Los niveles de confiabilidad, en algunas subescalas, oscilaron entre .40 y .86. En cuanto a la validez, se obtuvo mediante un análisis factorial, del cual emergieron 11 factores, los cuales explicaban un 53.1% de la varianza. Sin embargo, la estructura factorial no coincidía por completo con la original, motivo por el cual se reagruparon los ítems, dando lugar al Inventario COPE Reorganizado. En esta línea, Cassaretto y Chau (2016) analizaron las propiedades psicométricas de este cuestionario en un grupo de 300 estudiantes, cuyas edades oscilan entre los 16 y 25 años ( $M= 18.27$  y  $D.E.=1.39$  años). Para evaluar su validez, realizaron un análisis factorial exploratorio encontrando 13 factores, ya que las estrategias de afrontamiento activo y planificación se fusionaron y; del mismo modo, las estrategias de soporte social instrumental y emocional. Sin embargo, por coherencia teórica decidieron mantenerlas separadas encontrando 15 factores que explican un 65.15 % de varianza. En relación con los índices alfa de Cronbach, las confiabilidades de las dimensiones fluctuaron entre .53 a .91. No obstante, se cuestiona la posibilidad de la existencia de los estilos, encontrándose débil la evidencia de una estructura de 3 factores. Por ello, las autoras sugieren trabajar solo con las estrategias.

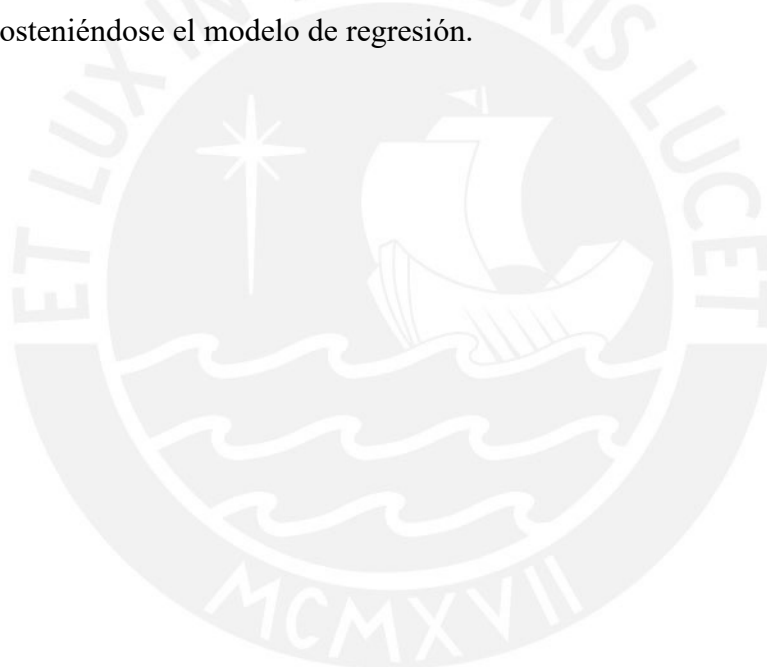
Para la presente investigación, se utilizará la versión de 52 ítems de la escala, por motivos prácticos. Asimismo, cabe mencionar que el análisis de confiabilidad por consistencia interna mostró alfas de Cronbach que oscilan entre .45 y .92, en la mayoría de las escalas. Sin embargo, se encontró que la estrategia postergación del afrontamiento tenía un puntaje inferior al .50; por lo tanto, se decidió no utilizarla en este trabajo (Apéndice F).

### **Análisis estadístico**

Se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 24, para los análisis de la investigación. En primer lugar, se usaron estadísticos descriptivos como la distribución de las frecuencias y medidas de tendencia central para

describir a los participantes de la muestra. Luego, se obtuvo la confiabilidad de las pruebas por consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Posteriormente, se analizó la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov Smirnov, y, ante la falta de normalidad, se emplearon los análisis de asimetría ( $<|3|$ ) y curtosis ( $<|10|$ ) para corroborar que no existieran casos de no normalidad severa (Kline, 2010).

Adicional a ello, dado que no se encontraron otros casos que indicasen falta de normalidad severa se realizaron contrastes T de Student para responder a los otros objetivos específicos. Finalmente, en relación con el objetivo general, se realizó un análisis de correlación entre las variables de estudio, mediante el estadístico r de Pearson. Posterior a ello, se efectuó un modelo de regresión lineal múltiple. Previamente, se realizaron análisis de residuos y multicolinealidad encontrándose que no hay excesiva correlación entre las variables independientes sosteniéndose el modelo de regresión.



## Resultados

A continuación, se presentarán los resultados en función a los objetivos de la investigación. Para responder el objetivo general, se expondrán los resultados del análisis de correlación entre la satisfacción familiar y las estrategias de afrontamiento con el riesgo de padecer trastorno por atracón. Luego, se mostrará un análisis de regresión considerando las variables significativas encontradas en el análisis correlacional indicado previamente. Por otro lado, para responder el primer y segundo objetivo específico, se presentan los análisis de contraste según sexo y la realización o no de dietas en los últimos 6 meses.

En cuanto al objetivo general, el análisis estadístico reveló diversas correlaciones entre las tres escalas de estudio. Así, se encontró que la sintomatología del TA se relaciona de manera estadísticamente significativa, inversa y de tamaño pequeño con la satisfacción familiar y las estrategias de afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes y reinterpretación positiva y crecimiento. Por otra parte, el TA se relaciona de manera estadísticamente significativa, directa y de tamaño pequeña con el desentendimiento mental (Ver tabla 1).

**Tabla 1**  
*Correlaciones entre las escalas BES, FSS y COPE*

Escala	FSS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
BES	-.24**	-.24**	-.12**	-.15**	-.06	-.05	-.21**	-.08	.00	.08	.09	.09	.25**

*Nota.* BES= Cuestionario de Trastorno por Atracón; FSS= Escala de Satisfacción Familiar; 1= Afrontamiento Activo; 2= Planificación; 3= Supresión de Actividades Competentes; 4= Búsqueda SS instrumental; 5= Búsqueda SS emocional; 6= Reinterpretación Positiva; 7= Aceptación; 8= Acudir a la Religión; 9= Negación; 10= Enfocar y liberar el estrés; 11= Desentendimiento conductual; 12= Desentendimiento mental

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Además, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente el riesgo de padecer trastorno por atracón y como variables independientes a la satisfacción familiar y a las estrategias de afrontamiento que se relacionaron significativamente en el análisis correlacional previo. De esta manera, se encontró que algunas variables que inicialmente se mostraron significativas, ya no aportaban al modelo. En relación al análisis, se halló que el modelo explica el 17% de la variabilidad del TA ( $F=9.69, p<.00$ ). Específicamente, se halló que el desentendimiento mental y la planificación predicen directamente al TA, mientras que el afrontamiento activo y la satisfacción familiar lo predicen de manera inversa (Ver tabla 2).

**Tabla 2**  
*Modelo de regresión para los predictores del TA*

Variables	BES				
	$R^2$	$R^2$ ajustado	$B$	$B$	$t$
	.19	.17			
FSS			-1.12	-.14	-2.36*
Afrontamiento activo			-.92	-.25	-2.85**
Planificación			.54	.17	2.04*
Supresión de actividades			-.13	-.04	-.55
Reinterpretación positiva			-.47	-.15	-1.92
Desentendimiento mental			.95	.30	5.24**

Nota. BES= Cuestionario de Trastorno por Atracón; FSS= Escala de Satisfacción Familiar.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Respecto a los objetivos específicos, se buscó determinar si existen diferencias significativas según las variables sociodemográficas. En cuanto al sexo de los participantes, se observó que las mujeres tienen mayor riesgo de padecer trastorno de atracón en comparación con los hombres. Además, se halló que los hombres tienen mayor satisfacción familiar y usan mayores estrategias de afrontamiento activo y supresión de actividades competentes. Por el contrario, las mujeres realizan un mayor uso de la búsqueda de apoyo social por motivos emocionales, enfocar y liberar el estrés, y el desentendimiento mental (Ver tabla 3).

**Tabla 3**  
*Comparación de medias de las variables estudiadas según el sexo*

	Mujeres ( $n=155$ )		Hombres ( $n=108$ )		$t$	$d$
	$M$	$DE$	$M$	$DE$		
Trastorno de atracón	11.03	8.61	6.09	6.57	5.28**	0.65
Satisfacción familiar	30.61	9.44	33.06	9.36	-2.07*	0.26
Afrontamiento activo	10.24	2.19	10.89	2.28	-2.33*	0.29
Supresión de actividades	9.75	2.36	10.44	2.45	-2.26*	0.28
Búsqueda SS emocional	11.01	3.51	9.86	3.24	2.69**	0.33
Enfocar y liberar el estrés	10.12	10.12	9.26	9.26	2.46**	0.30
Desentendimiento Mental	10.25	10.25	9.25	9.25	3.06**	0.38

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Finalmente, acerca de la comparación de las variables de estudio según la práctica o no de dietas, se encontró que aquellos que han hecho o intentado hacerlas en los últimos 6 meses, tienen mayor riesgo de tener sintomatología del trastorno de atracón. Asimismo, aquellos que

no han hecho dieta en ese periodo, tienden a tener mayor satisfacción familiar. Con relación a las estrategias de afrontamiento, se encontró que los participantes que han realizado dieta usan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales y emocionales, acudir a la religión, enfocar y liberar el estrés, y el desentendimiento conductual y mental (Ver tabla 4).

**Tabla 4**

*Comparación de medias de las variables estudiadas según dieta*

	Sí (n= 100)		No (n= 162)		t	d
	M	DE	M	DE		
Trastorno por Atracón	12.28	9.64	6.86	6.21	-5.01**	0.62
Satisfacción Familiar	29.69	9.45	32.81	9.31	2.63*	0.33
Búsqueda SS instrumental	11.67	2.81	10.20	3.11	-3.88**	0.48
Búsqueda SS emocional	11.32	3.29	10.05	3.46	-2.95**	0.37
Acudir a la religión	8.81	3.91	7.36	3.59	-3.08**	0.38
Enfocar y liberar el estrés	10.34	2.94	9.41	2.79	-2.58**	0.32
Desentendimiento conductual	8.83	2.21	8.04	2.09	-2.91**	0.36
Desentendimiento mental	10.47	2.48	9.44	2.65	-3.11**	0.39

Nota. Si= Si ha hecho o intentado hacer alguna dieta en los últimos 6 meses; No= No ha hecho o intentado hacer alguna dieta en los últimos 6 meses

\*p< .05, \*\*p< .01

## Discusión

Los trastornos alimenticios dañan la salud y el funcionamiento psicosocial de las personas, por ello se han convertido en una problemática de salud pública. De manera específica, el trastorno de atracón es una de las afecciones de la conducta alimentaria más prevalentes en los jóvenes (García et al., 2016). Si bien se ha encontrado que su ocurrencia está asociada a diferentes factores de riesgo como el entorno familiar y las situaciones generadoras de estrés, aún no resulta suficiente su estudio en la literatura científica (Morales et al., 2014; Sáenz et al., 2011; Smink et al., 2014; Zúñiga et al., 2018). Dada su importancia e implicaciones en el riesgo de desarrollar sintomatología del TA en la salud de esta población y considerando que se conoce poco sobre el tema, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las posibles relaciones entre la satisfacción familiar y las estrategias de afrontamiento con el riesgo de padecer sintomatología del TA. Además, determinar si existen diferencias según sexo y dieta en las tres variables.

En función a los resultados obtenidos en esta investigación, se encontró que existe una relación inversa entre el riesgo de desarrollar el TA y la satisfacción familiar. De la misma forma, se encontró este tipo de relación con las estrategias de afrontamiento como el afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes y reinterpretación positiva y crecimiento. Por otra parte, se halló que existe una relación directa entre el riesgo de desarrollar TA y el desentendimiento mental. Estos resultados serán discutidos con mayor detalle más adelante.

Para profundizar, se calculó un modelo de regresión con el fin de identificar cuál de estas variables era más significativa en su rol de predecir al riesgo de padecer TA. En tal sentido, los hallazgos encontrados sugieren que el uso de estrategias evitativas como el desentendimiento mental y el bajo uso del afrontamiento activo favorecen la presencia del riesgo de padecer sintomatología del TA. De manera específica, el desentendimiento mental resultó ser el predictor más importante del TA en jóvenes. En otras palabras, a un mayor uso de esta estrategia, se predice la existencia de mayores niveles de TA. Ello podría explicarse debido a que a los estudiantes universitarios les resulta más práctico utilizar el desenganche para evitar e ignorar los problemas que les producen estrés, ya que probablemente encuentran en la comida un mecanismo distractor que amortiguará las emociones intensas que les produce los problemas estresantes que están experimentando y que exceden sus capacidades, evidenciando que no tienen los suficientes recursos para enfrentarlos (Ahorsu, et al., 2020; Ruiz et al., 2013).

Esto concuerda con los estudios de Díaz (2010), Lazarus & Folkman (1986) y Moysén et al. (2014) quienes plantean que el desentendimiento mental reduce el estrés a corto plazo, pero trae consigo consecuencias negativas en el futuro, ya que es nocivo para el bienestar y perjudica la salud mental. De la misma manera, Allaica (2018) y Ramírez (2014) hallaron que son los estudiantes universitarios, quienes suelen utilizar más estas estrategias de índole evitativa y poco adaptativas, lo que favorecería la presencia de conductas alimentarias inadecuadas.

En esta misma línea, se encontró que el menor uso del afrontamiento activo estimaría altos niveles de TA en los jóvenes universitarios. Ello se puede relacionar a que estos participantes podrían presentar sentimientos de inseguridad sobre sus propias fortalezas y baja autoestima, lo que generaría que no sean activos y se replieguen frente a estas situaciones difíciles (Burns et al., 2012). Además, podría ser que estos recursos de afrontamiento no los hayan adquirido en su núcleo familiar; por lo tanto, no contarían con experiencia para lidiar con este tipo de situaciones (Ahorsu, et al., 2020; Ruiz et al., 2013). Esto los habría conllevado a utilizar predominantemente estrategias de afrontamiento basadas en la evitación e inhibición que se reflejarían en su vida diaria donde los atracones surgen como una estrategia para enfrentarlos. A esta hipótesis se le suman diferentes estudios, en los cuales se han reportado que el resolver los problemas adecuadamente a través de un afrontamiento activo es considerado un factor predictivo para mejores resultados con relación a una saludable pérdida de peso (Figura et al., 2015; Mensorio & Costa, 2016).

Por otro lado, se esperaba encontrar que la utilización de la planificación, como estrategia de afrontamiento adaptativa, estime de manera inversa la aparición del riesgo de sintomatología del TA como lo encontrado en los análisis correlacionales previos. Esta hipótesis concordaba con el estudio de Godoy (2015) y Lévano (2018) quienes encontraron que las personas con esta sintomatología son menos propensas a planificar sus comidas cuidadosamente, lo que les dificultaría controlar la ingesta de alimentos característicamente altos en grasa.

Sin embargo, en el modelo de regresión se encontró que el uso frecuente de planificación predice altos niveles de TA. Ello podría explicarse debido a que la relación entre ambas variables estaría siendo mediada por una tercera, como la satisfacción familiar. En este sentido, se ha encontrado en investigaciones previas que existe una gran importancia de la familia en la sintomatología de trastornos alimenticios, lo que podría explicar que al intervenir en este modelo de regresión influye en el efecto y/o fuerza que tienen otras variables como la planificación en la presencia del TA.



Por otra parte, la planificación como estrategia de afrontamiento podría ser vista como una exigencia académica que los estudiantes deberían aplicar para cumplir con las expectativas universitarias (Cassaretto et al., 2003). Es decir, el planificar podría ser considerado una fuente de estrés y frustración por la búsqueda constante de control (Cuadro & Baile, 2015). Como consecuencia, los atracones podrían surgir como una alternativa “liberadora” que les permitiría “sentirse mejor” frente a estas exigencias. Ello coincide con Castro y Ramírez (2013) y Naumann et al. (2018), cuyos estudios mencionan que en los momentos de estrés los síntomas del TA se intensifican volviéndose más severo y comórbido.

En relación con la satisfacción familiar, se encontró que predecía inversamente a la presencia de la sintomatología del TA. Es decir, los estudiantes que se encuentran menos satisfechos con sus familiares tienen mayor riesgo de padecer TA. Ello podría ser explicado debido a que se ha encontrado que las personas que presentan una sintomatología relacionada a este trastorno perciben un ambiente familiar deteriorado, en la que prima la distancia y la falta de apoyo, por lo que no se sienten satisfechos en sus núcleos familiares. Inclusive, podrían expresar sentimientos negativos hacia sus familiares (Ruiz et al., 2010; Salazar et al., 2013). Fernández et al. (2015), Moreno y Londoño (2017) citados en Ruiz et al. (2013), Ruiz et al. (2010) y Ruiz et al. (2013) señalan que, en estos casos, las familias tienden a ser más disfuncionales, lo que incrementa la probabilidad de iniciar y mantener estos síntomas. En tal sentido, la familia podría ser no solo un factor protector, sino también una fuente de estrés incrementando el riesgo de que los jóvenes busquen una manera de reducir esas angustias mediante los atracones.

Ello también sugiere que la influencia familiar tiene un alto impacto en la construcción de las estrategias de afrontamiento de los jóvenes. Así, al presentar una menor satisfacción familiar, no han adquirido las estrategias adecuadas para enfrentar los problemas que se les presenten, sino optan por evitarlos (Olson et al, 1983). Esto podría indicar que presentan una tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento evitativas como el desentendimiento mental y no harían uso del afrontamiento activo.

Finalmente, en el modelo de regresión, se encontró que la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento y la supresión de actividades, ya no se vinculaban con el riesgo de tener TA, a pesar de que en los análisis previos así se había hallado una relación. Ello se podría explicar debido a que ambas se han visto afectadas por otras variables más potentes como la satisfacción familiar y otras estrategias de afrontamiento que explicarían más el riesgo de padecer sintomatología TA.

Al respecto, algunas investigaciones previas habían encontrado relación entre estas estrategias con la sintomatología del TA, por lo que estos resultados no fueron esperados. En primer lugar, la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento ha sido considerada como un moderador importante en los episodios de atracón, ya que su uso reduciría su frecuencia. Sin embargo, la ausencia de relación encontrada podría deberse a que la sintomatología de TA ha sido asociada a estrategias de afrontamiento maladaptativas donde priman emociones negativas como la autculpa, catastrofismo, entre otros. Por lo tanto, en situaciones de estrés y malestar, las personas con esta sintomatología serían menos capaces de evaluar su experiencia de manera positiva de considerarla como aprendizaje a futuro; por el contrario, tenderían a angustiarse y actuar de manera impulsiva, encontrándose más propensos a los atracones (Kelly et al., 2012; Moysén et al., 2014).

Por otro lado, debido a que la supresión de actividades la cual hace referencia al actuar frente a la problemática utilizando más estrategias de acción y evitando los distractores (Carver et al. 1989) contribuye a que el individuo se adapte mejor a su entorno; y, por ende, a sus estresores (Caycho, 2016 & Ceberio, 2015), se esperaba que se vinculará inversamente con la sintomatología del TA. Sin embargo, esto podría deberse a que esta sintomatología se ha asociado con las estrategias de afrontamiento relacionadas a la evitación —más que a la ausencia de estrategias de afrontamiento adaptativas—, ya que la comida funcionaría como un método para desviar el foco de las preocupaciones. Esta es percibida como algo más objetivable y controlable siendo más sencilla refugiarse en ella que atender el problema directamente (Kelly et al., 2012). No obstante, es importante esclarecer el comportamiento de estas variables en futuras investigaciones.

En cuanto a los objetivos específicos, en primer lugar, se consideró el sexo de los participantes para evaluar si existen diferencias en cuanto al riesgo de padecer sintomatología del TA. Así, se pudo observar que las mujeres presentan un mayor riesgo de padecer este trastorno. Ello podría deberse a los estereotipos de género, los cuales influyen de manera negativa en los roles sociales que debe desempeñar una mujer o un hombre. En este sentido, se espera que la mujer se ajuste a estándares de belleza que podrían conllevar a que sufran de problemas alimentarios con el fin de no ser rechazadas por una sociedad que valora las figuras delgadas y los métodos para mantenerse en un bajo peso (Muñiz, 2014). Esta explicación concuerda con los estudios de Field et al. (2012), Ponce et al. (2017) y Stice et al. (2013), quienes sostienen que existe una mayor prevalencia de TA entre las mujeres de 2 a 3%. De igual modo, Hay et al. (2015) y Stice et al. (2013) encontraron que es la sintomatología del TA

es más alta en las mujeres; especialmente, a fines de la adolescencia o en los años veinte, cuya edad es el promedio de la muestra de este estudio.

Por otra parte, se halló que los hombres tienen mayor satisfacción familiar. Si bien la familia resulta ser una fuente de estrés importante en la vida de los hombres y las mujeres, a estas últimas se les exigen adoptar un patrón de “cuidado” dentro del seno familiar debido a las diferencias culturales y biológicas. Por ello, tienden a estar más tiempo en casa, lo que las hace más propensas a ser más receptivas y sensibles a las vivencias de las problemáticas familiares en comparación a los hombres. Por ende, las mujeres suelen sentir mayor estrés por temas vinculados al hogar, ya que tienen un mayor compromiso con la vida de familia; esto se ve reforzado por el contexto patriarcal y machista característicos de la sociedad actual (Taylor et al., 2000). Dicha explicación concuerda con los estudios de Coppari et al. (2017) y González et al. (2016), quienes encontraron que los varones tendrían a sentirse más satisfechos con su familia a diferencia de las mujeres, ya que son menos cercanos a su dinámica familiar.

De la misma manera, esto fue hallado en la investigación de Chapi (2012), quien encontró que los hombres presentan mayores indicadores de satisfacción familiar que las mujeres, lo cual indica que ellos tienden a sentirse más gratificados en sus relaciones familiares, así como perciben más apoyo, tranquilidad, bienestar, respeto y comprensión. De igual modo, Barcelata et al. (2013) en un estudio realizado en México sobre el funcionamiento familiar en adolescentes, encontró que los hombres tienen niveles más altos de unión, apoyo familiar y expresión a diferencia de las mujeres.

Por otra parte, con respecto a las estrategias de afrontamiento, se encontró que los hombres usan más el afrontamiento activo y la supresión de actividades competentes. Por el contrario, las mujeres tienden a buscar apoyo social por motivos emocionales, a enfocarse y liberar el estrés, y a utilizar el desentendimiento mental para lidiar con los problemas. Estos hallazgos podrían explicarse por factores socioculturales que influyen en el modo en que hombres y mujeres enfrentan sus problemas. Por un lado, a las mujeres se les suele permitir e incluso reforzar el practicar estrategias como el desahogo emocional y la búsqueda de apoyo, lo que les permitiría percibir más soporte socioemocional que a los hombres. En contraste, los hombres utilizarían estrategias enfocadas directamente a solucionar el problema de manera más agresiva (Cassaretto et al., 2003, Gemmel et al., 2016).

Ello concuerda con los estudios de Reyes et al. (2016), Ruiz et al. (2013) y You y Lu (2014) quienes mencionan que las mujeres presentan índices elevados de estrés y usan estrategias centradas en la emoción; mientras que, los hombres emplean estrategias centradas en la acción. Esto también coincide con lo encontrado por Cárdenas (2016) y Jaimes (2019),

los cuales indican que los hombres tienden a usar el afrontamiento activo, mientras que las mujeres suelen recurrir a las estrategias de soporte social, aceptación y reinterpretación. Adicional a ello, Echebarria (2010) comenta que no existen estudios sobre las diferencias innatas entre mujeres y hombres en la aceptación de rasgos de expresividad e instrumentalidad, por lo que plantea que estas diferencias son resultado de la influencia de la sociedad.

En relación con el segundo objetivo específico, se encontró que aquellos que han hecho o intentado hacer dieta en los últimos 6 meses tienen mayor riesgo de tener sintomatología del trastorno de atracón. Al respecto, Cuadro y Baile (2015) y Lladós y Sábado (2011) encontraron que existe una relación entre la dieta restrictiva y el atracón, ya que la restricción alimentaria generaría mayor voracidad y necesidad de comer de manera compulsiva favoreciendo así la práctica de atracones. Esta situación se intensificaría cuando el joven experimenta ciertos estados emocionales o malestares psicológicos, lo que ocasionaría un aumento en la ingesta compulsiva de la comida como vía de escape que permita al individuo reducirlos. Adicional a ello, aquellos que tienen riesgo de desarrollar TA tienden a iniciar tempranamente conductas asociadas a las dietas. Asimismo, aquellos que tienen el riesgo de desarrollar TA tienden a iniciar más temprano las conductas asociadas a las dietas. En este mismo sentido, García Antón y Martínez (2016), Ponce et al. (2017) y Radilla et al. (2015) han encontrado que la baja autoestima, la pobre imagen corporal, la ansiedad y las emociones negativas generan dietas restrictivas; y, a su vez, atracones.

Por otra parte, se encontró que aquellos que no han hecho dieta en ese periodo, tienden a tener mayor satisfacción familiar. Esto se explica debido a que los problemas familiares tales como poco afecto, críticas constantes, sobreprotección, la importancia del aspecto físico y la forma de alimentación de la familia podrían condicionar sus integrantes a comer de una manera en particular, favoreciendo el riesgo de presentar problemas alimenticios. Dicho resultado guarda relación con la literatura, en la cual se menciona que las variables familiares se relacionan con el comportamiento alimentario (Tejeda & Neyra, 2015). De la misma manera, Moreno y Londoño (2017) encontraron que en la familia se podrían originar pensamientos, comportamientos y prácticas que podrían poner en riesgo la salud mental de los individuos de manera que se pueda desarrollar sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, la familia también cumpliría un rol protector que prevé habilidades a sus integrantes para evitar factores de riesgo de los que podrían verse expuestos. Por ende, un contexto familiar positivo y saludable, que además es percibido de manera satisfactoria se asociaría con menor vulnerabilidad y mayor protección social, incentivando a sus miembros a cuidarse de una

sociedad donde las dietas inadecuadas son preferidas (Quezada et al., 2015; Ruiz et al., 2013; White & Shelton, 2014).

En relación a las estrategias de afrontamiento, se encontró que los participantes que han realizado dieta usan con mayor frecuencia la búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales y emocionales, acudir a la religión, enfocar y liberar el estrés, y el desentendimiento conductual y mental. En primer lugar, respecto a la búsqueda de apoyo por motivos instrumentales y sociales suelen tener una gran predominancia en los jóvenes debido a su papel modulador en diversas situaciones. De acuerdo con la teoría, las variables psicosociales influyen en las conductas alimentarias, por lo que podrían ser mediadores predictivos para promover los cambios dietarios saludables o no saludables de un individuo (Benarroch et al., 2011). De la misma manera, Erhardt (2016) halló que la dieta se relaciona con el comportamiento social, ya que está sujeta a la influencia de otras personas; por lo tanto, la presencia de apoyo social podría promover conductas como las dietas. Klomegah (2006) también encontró que esta variable fue la única que se asoció con el apoyo social, por lo que llegó a la conclusión de que a mayor apoyo social instrumental y emocional, existe mayor adherencia a una dieta saludable.

Un segundo hallazgo en relación a los estilos de afrontamiento fue que aquellos que acudían a la religión habían hecho o intentado hacer dieta. Una posible explicación para ello podría estar vinculado con que practicar una religión en particular implica seguir un régimen estricto en relación con la comida (Huertas & Luna, 2017). No obstante, Erhardt (2016) no encontró diferencias significativas en su investigación en torno a la variable religión. De la misma manera, Benarroch et al. (2011) tampoco encontró que la religión fuera un predictor importante de los comportamientos específicos relacionados a los alimentos.

Adicional a ello, se halló que aquellos que utilizan más la estrategia de enfocar y liberar el estrés tienden a hacer más dieta. Sin embargo, ello no se asociaría a motivos de salud, sino que su objetivo principal se relacionaría con lidiar con el estrés, lo que ocasionaría que estas dietas sean más restrictivas y alejadas de las recomendaciones de los profesionales de la salud. Por ende, eso dará lugar a que se rompa la dieta restrictiva y se coma en exceso ante situaciones estresantes. Esto concuerda con los estudios de Pastor et al. (2017) y Behar y Valdés (2009) quienes encontraron que los que padecen de sintomatología de los trastornos de conductas alimentarias como el TA, presentan mayores niveles de estrés.

Finalmente, el desentendimiento mental y conductual se relacionaría con la dieta debido a que es probable que aquellos que practican dietas restrictivas utilizarían los atracones para aliviar su angustia y distraer sus emociones frente a situaciones de estresantes (Stice, 2001).

Esto concuerda con los estudios de Ahorsu et al. (2020) quienes hallaron que existe una relación entre la comida y la angustia psicológica en los jóvenes.

En conclusión, se halló que las variables que más se relacionan con el riesgo de padecer sintomatología del TA son el desentendimiento mental, seguido del afrontamiento activo, la planificación y la satisfacción familiar. Además, se encontraron diferencias según el sexo del participante, siendo las mujeres están más propensas a desarrollar sintomatología del TA y a utilizar en mayor medida el soporte social por motivos emocionales, enfocar y liberar el estrés y el desentendimiento mental, a diferencia de los hombres quienes utilizan estrategias de afrontamiento más activas. Adicional a ello, se encontró que las personas que hacían dieta tenían niveles más altos de desarrollar sintomatología del TA.

La presente investigación ha presentado diversas limitaciones. En primer lugar, una de ella fue la medición del *Binge Eating Escala* (BES), ya que, al no estar adaptado a nuestro contexto, no se contó con una baremación que funcionaría como tamizaje para conocer si los participantes estudiados padecen o no de dicho trastorno. En segundo lugar, la extensión de la prueba del COPE también resultó una limitación, debido a que la aplicación de las pruebas generalmente se realizó después de las clases y los participantes reportaban sentirse apurados o cansados. Por último, no se contó con instrumentos que permitan controlar algunas variables que tengan comorbilidad con el TA como la obesidad o depresión.

Respecto a las sugerencias que deberían ser consideradas en investigaciones futuras, sería interesante poder conocer las posibles diferencias según los tipos de carreras dentro de una misma universidad. Al respecto, Benítez et al. (2019) realizó un estudio donde encontró que aquellos estudiantes que están matriculados en títulos relacionados con la Educación tienen mayor riesgo de tener sintomatología de trastornos alimentarios, en comparación con aquellos que cursaban otras carreras asociadas a un mayor conocimiento sanitario como las Ciencias de la salud. Además, se sugiere comparar los resultados en diferentes universidades que permitan ampliar el estudio. De igual manera, se podrían realizar comparaciones según el tipo de familia o el índice de masa corporal (IMC) con una medición más precisa.

Otra sugerencia en torno a la investigación es que resulta importante analizar la variable estrés e identificar sus fuentes más frecuentes, ya que se ha encontrado en diferentes estudios que el estrés podría desencadenar conductas propias del TCA; en especial, del TA, puesto que la frecuencia de atracones se da en los momentos en los cuales se percibe mayor estrés y estado de ánimo deprimido (Erhardt, 2016). De este modo, los programas e intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento del estrés serían más oportunos en esos casos.

Estos hallazgos surgen como un aporte inicial para el estudio de la relación entre la satisfacción familiar y las estrategias de afrontamiento con el riesgo de padecer sintomatología del TA, ya que, como se ha señalado, si bien se le reconoce como un trastorno que genera consecuencias graves en el individuo, existen pocos estudios de sus factores de riesgo; en especial, en estudiantes universitarios. Por ende, para futuras investigaciones se debería continuar investigando esta relación, con el fin de ampliar la información en torno al tema. Además, los resultados obtenidos podrían servir como sustento empírico que visibiliza la importancia de los factores de riesgo que mantienen o propician la sintomatología del TA en la población universitaria, una de las más propensas a desarrollarla. De este modo, se podría sensibilizar a las autoridades académicas para la creación de programas enfocados en la prevención.



## Referencias

- Aazami, S., Shamsuddin, K., & Akmal, S. (2015). Malay version of the family satisfaction scale: validity and reliability among Malaysian working women. *International Journal of Public Health Research*, 5(2), 606-612.
- Álvarez, Y., López, M., Mendoza, O. & Bravo, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y salud*, 23(1), 141-148.
- Allaica, L. (2018). *Satisfacción familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de dos unidades Educativas Adventistas, desde el ovo hasta 3er año de bachillerato en Ambato y Quito, Ecuador, 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Arias, W. & Ceballos, K. (2016). Síndrome de burnout, satisfacción laboral e integración familiar en trabajadores de una tienda por departamento de Arequipa. *Ilustro*, 7, 43-58.
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. & Fernández-Aranda, F. (2020). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie Und Rehabilitation: Organ Der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte Und Psychiater*. <https://doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s40211-020-00346-w>
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V<sup>R</sup>* (5ta ed.). Médica Panamericana.
- Arias, W. & Ceballos, K. (2016). Síndrome de burnout, satisfacción laboral e integración familiar en trabajadores de una tienda por departamento de Arequipa. *Ilustro*, 7, 43-58.
- Arias, W., Rivera, R. & Ceballos, D. (2018). Análisis psicométrico de la Escala de Satisfacción Familiar de Wilson y Olson en una muestra de trabajadores de Arequipa. *Ciencia & Trabajo*, 20(61), 56-60.
- Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Griffiths, M., Su, J., Latner, J., Marshall, R. & Pakpour, A. (2020). A prospective study on the link between weight-related self-stigma and binge eating: Role of food addiction and psychological distress. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 442-450. <https://doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1002/eat.23219>
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., & Tafa, M. (2013). Factorial and construct validity of FACES IV among Italian adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 962-970.
- Badrasawi, M. M., & Zidan, S. J. (2019). Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: a cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, 7(1). <https://doi.org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1186/s40337-019-0263-1>
- Barraca, J. & López, L. (2010) *Escala de Satisfacción familiar por adjetivos*. Madrid: TEA.
- Bardo, A. & Yamashita, T. (2014). Validity of domain satisfaction across cohorts in the US. *Social Indicators Research*, 117(2), 367-385. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0351-6>.
- Barcelata, B., Granados, A. & Ramírez, A. (2013). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 10 (24), 65-70.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Benjet, C., Mendez, E., Borges, G. & Medina M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de los adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483- 90. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600005&lng=es&tlng=es).



- Benarroch, A., Pérez, S., & Perales, J. (2011). Factors influencing adolescents eating behavior: Application and validation of a diagnostic instrument. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(3), 1219–1244.
- Benítez, A., Sánchez, S., Bermejo, M., Franco, L., García-Herráiz, M. & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(54), 124-143. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Bertoli, S., Leone, A., Ponissi, V., Bedogni, G., Beggio, V., Strepparava, M. & Battezzati, A. (2016). Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutrition*, 19 (1), 71-7. <https://doi.org/10.1017/S1368980015001068>
- Berge, J., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M., Loth, K. & Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 205–217. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9478-1>
- Burns, E., Fischer, S., Jackson, J. & Harding, H. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32-39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005
- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C. & Courtois, R. (2016). Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *EM consulte*, 42(5), 426-433.
- Cabras, C., & Mondo, M. (2018). Coping strategies, optimism, and life satisfaction among first year university students in Italy: gender and age differences. *Higher Education (00181560)*, 75(4), 643–654. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s10734-017-0161-x>
- Cáceres, E. (2016). *Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Camino, M., Martínez, M., González, M., Medina, M., Mecardo, E. & Lara, F. (2017). Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003>
- Capa, W., Vallejos, M. & Cárdenas, R. (2010). Factores psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes de una zona urbano popular de Lima Metropolitana. *Rev. Investigaciones Psicológicas UNFV*, 1, 21-37.
- Cárdenas, R. (2016). *Ideación suicida, afrontamiento y satisfacción familiar en adolescentes de instituciones educativas* (Tesis para optar el grado académico de doctor en psicología). Universidad San Martín de Porres, Perú.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2), 95-109.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista De Psicología*, 21(2), 363-392. <https://doi.org/10.18800/psico.200302.006>
- Castro, A. & Ramírez, A. (2013). Prevalencia de manifestaciones del trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22, 20-26.

- Casuso, L. (1999). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Caycho, T. (2016). *Percepción de la relación con los padres y estilos de afrontamiento en adolescentes universitarios de la ciudad de Lima* (Tesis para optar el título de Magíster). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ceberio, M. (2015). *Guía para padres de adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones B. Buenos Aires.
- Contreras, O., Chávez, M. & Aragón, L. (2012). Pensamiento constructivo y Afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4(1), 39-53. <http://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v4.1.32970>
- Costa, D., González, M., Masjuan, N., Trápaga, M., Del Arca, D., Scafarelli, L. & Feibuscheurez, A. (2009). Escala de evaluación del funcionamiento familiar -FACES IV: proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, 3(1), 43-56.
- Costa, D., González, M., Del Arca, D., Masjuan, N. & Olson, D. (2013). Adaptación al Uruguay del Cuestionario FACES IV: Propiedades psicométricas. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 119-132.
- Coppari, N., Barcelata, B., Codas, G. & Bagnoli, L. (2017). Diferencias en la percepción del funcionamiento familiar en adolescentes mexicanos y paraguayos. *Salud & Sociedad*, 8(2), 126-135.
- Cuadro, E. & Baile, J. (2015). Binge Eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Chao, A., Grey, M., Whittemore, R., Reuning-Scherer, J., Grilo, C. & Sinha, R. (2016). Examining the mediating roles of binge eating and emotional eating in the relationships between stress and metabolic abnormalities. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 320–332. <https://doi-org.ezproxibib.pucp.edu.pe/10.1007/s10865-015-9699-1>
- Chapi, J. (2012). *Satisfacción familiar, ansiedad y cólera – hostilidad en adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Lima* (Tesis de licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Perú.
- Din, Z., Iqbal, K., Khan, I., Abbas, M., Ghaffar, F., Iqbal, Z., Iqbal, M., Ilyas, M., Suleman, M., & Iqbal, H. (2019). Tendency Towards Eating Disorders and Associated Sex-specific Risk Factors Among University Students. *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 56(4), 258–263. <https://doi-org.ezproxibib.pucp.edu.pe/10.29399/npa.23609>
- Del Águila, D. (2016). *Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Dezhkam, M., Moloodi, R., Mootabi, F. & Omidvar, N. (2009). Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian Obese Population. *Iran Journal of Psychiatry*, 4, 143-146.
- Echebarria, A. (2010). Role Identities versus Social Identities: Masculinity, Femininity, Instrumentality and Communality. *Asian Journal of Social Psychology*, 13(1), 30-43.
- Escrivá, T., Galiana, L., Rodríguez, M. & Baños, R. (2019). The Binge Eating Scale: Structural Equation Competitive Models, Invariance Measurement Between Sexes, and Relationships with Food Addiction, Impulsivity, Binge Drinking, and Body Mass Index. *Frontiers in Psychology*, 10(530), 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2019.00530
- Erskine, H., & Whiteford, H. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000449>
- Erhardt, E. (2016). *Relación entre apoyo social percibido en jóvenes de 18 a 30 años originarios del interior del país que asisten a la universidad en Capital Federal y el riesgo a desarrollar depresión*. (Tesis de licenciatura). Universidad Argentina de la Empresa. Buenos Aires.

- Franco, K., Álvarez, G. & Ramírez, R. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 148-164
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa, D. & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 153-162.
- Freire, C. & Ferradás, M. (2020). Afrontamiento del estrés académico y autoeficacia en estudiantes universitarios: un enfoque basado en perfiles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 133-142. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1769>
- Filipova, A. & Stoffel, C. (2016) The prevalence of binge eating disorder and its relationship to work and classroom productivity and activity impairment. *Journal of American College Health*, 64(5), 349–361. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1150283>
- Field, A., Sonnevile, K., Micali, N., Crosby, R., Swanson, S., Laird, N., Treasure, J., Solmi, F. & Horton, N. (2012). Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics*, 130 (2), 289-295. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3663>
- Figura, A., Ahnis, A., Stengel, A., Hofmann, T., Elbelt, U., Ordemann, J. & Rose, M. (2015). Determinants of Weight Loss following Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: The Role of Psychological Burden, Coping Style, and Motivations to Undergo Surgery. *Journal of Obesity*, 1, 1-10.
- Galarza, A. (2013). *Niveles de autoestima y su relación con Estrategias de Afrontamiento al estrés en estudiantes de primer año de bachillerato de los centros educativos fiscales de la parroquia Celiano Monge del cantón Ambato durante el año lectivo 2012-2013*. (Tesis de Licenciatura no publicada). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- García, P., Antón, V. & Martínez, R. (2016). Tratamiento cognitivo – conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 67-74.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55.
- González, L., González, F. & Fariña, F. (2016). Diferencias de género en la satisfacción familiar de los adolescentes. *Researchgate*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/304524007\\_DIFERENCIAS\\_DE\\_GENERO\\_EN\\_LA\\_SATISFACCION\\_FAMILIAR\\_DE\\_LOS\\_ADOLESCENTES](https://www.researchgate.net/publication/304524007_DIFERENCIAS_DE_GENERO_EN_LA_SATISFACCION_FAMILIAR_DE_LOS_ADOLESCENTES)
- Godoy, L. (2015). Trastorno del comedor compulsivo: Incorporación del concepto en la salud pública chilena. *Revista chilena de nutrición*, 42(4), 399-403. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000400012>
- Gemmell, L., Terhorst, L., Jhamb, M., Unruh, M., Myaskovsky, L., Kester, L. & Stee, J. (2016). Gender and Racial Differences in Stress, Coping, and HealthRelated Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 806-811. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.029>
- Guillén, R. (2011). Adaptación de la Escala de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) en universitarios de Lima Metropolitana. *Anales de Salud Mental/Volumen XXVII*.
- Guarnieri, S., Smorti, M., & Tani, F. (2015). Attachment relationships and life satisfaction during emerging adulthood. *Social Indicators Research*, 121(3), 833-847. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-014-0655-1>.
- Grupski, A., Hood, M., Hall, B., Azarbad, L., Fitzpatrick, S. & Corsica, J. (2013). Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 23(1),1-6

- Hafiz A. & Ainur M. (2020). Indonesian Students' Strategies to Cope with Foreign Language Anxiety. *TEFLIN Journal: A Publication on the Teaching & Learning of English*, 31(1), 1–18. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.15639/teflinjournal.v31i1/1-18>
- Hay, P., Girosi, F. & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of eating disorders*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0056-0>
- Holtom, A. & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34, 29-43.
- Hutson, P., Balodis, I. & Potenza, M. (2018). Binge-eating disorder: Clinical and therapeutic advances. *Pharmacology & Therapeutics*, 182, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.08.002>
- Huertas, A. & Luna, M. (2017). Religión y consumo mediático de las mujeres musulmanas del norte de África con experiencia migratoria. *Prisma Social*, 2, 83-103.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D., Contardi, A., Continisio, M., Caastelnuovo, G., Manzoni, G. & Fabbricatore, M. (2016). Factor structure of the Binge Eating Scale in a Large sample of obese and overweight patients Attending Low Energy Diet Therapy. *European Eating Disorders Review*, 24, 174-178.
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH) (2016). *Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida*. División de Redacción Científica, Presa y Difusión.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSMHDHN) (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-393.
- Jaimes, M. (2019). *Satisfacción familiar y afrontamiento al estrés en estudiantes de psicología de una universidad privada de Cajamarca* (Tesis de maestría). Universidad San Martín de Porres, Perú.
- Kamaruddin, K. & Sa'ad, F. (2015). The Influence of Family Satisfaction and School Satisfaction toward Psychological Well-Being of Adolescent Students. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 2(8), 12-17.
- Kelly, N., Lydecker, J. & Mazzeo, S. (2012). Positive cognitive coping strategies and binge eating in college women. *Eating Behaviors*, 13(3), 289–292. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.03.012>
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., Aguilar, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graff, R., Haro, M., Masfety, V., O'Neill, S., Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. & Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kim, Y., Hwang, B., Lee, G., Kim, K., Kim, M., Kim, K. & Treasure, J. (2018). Determinants of binge eating disorder among normal weight and overweight female college students in Korea. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity: Official Journal of the Italian Society for the Study of Eating Disorders (SISDCA)*, 23(6), 849. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s40519-018-0574-2>
- Kittel, R., Schmidt, R. & Hilbert, A. (2017). Executive functions in adolescents with binge-eating disorder and obesity. *The International journal of eating disorders*, 50(8), 933–941. <https://doi.org/10.1002/eat.22714>

- Kolar, D., Rodríguez, D., Chams, M. & Hoek, H. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: A systematic review and meta – analysis. *Wolters Kluwer Health*, 29(6), 363-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Lionis, C., & Vgotzas, A. (2012). Cross cultural adaptation and validation of the greek version of the family adaptability and cohesion evaluation scales IV package - FACES IV package. *Journal of Family Issues*, 34(12), 1647-1672.
- Komal, A., Batool, I. & Sakina, Y. (2018). Family Satisfaction as a Predictor of Mental Health among Young Educated Adults. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 15(1), 23–26.
- Kornstein, S., Kunovac, J., Herman, B. & Culpepper, L. (2016). Recognizing Binge – Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literatura. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.15r01905>
- Kline, R. (2010). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (3 era ed.). New York; Guilford Press.
- Klomegah, R. Y. (2006). The social side of diabetes: the influence of social support on the dietary regimen of people with diabetes. *Sociation Today*, 4(2), 534-553.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Laghi F., McPhie M., Baumgartner, E., Rawana, J., Pompili, S. & Baiocco, R. (2015) Family functioning and dysfunctional eating among Italian adolescents: The moderating role of gender. *Child Psychiatry Human Development*, 47(1), 43-52.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and coping process*. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Lenza, C. (2019). Eating Disorders in ‘Millennials’: Risk Factors and Treatment Strategies in the Digital Age. *Clinical Social Work Journal*, 48, 46–53. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00733-z>
- Lévano, J. (2018). Afrontamiento al estrés en el personal militar de diferentes unidades hospitalarias del Hospital Militar Central del Perú “Crl. Luis Arias Schreiber” (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Lee, A., Reynolds, K., Stacy, A., Xie, B. & Niu, Z. (2019). Family functioning, moods, and binge eating among urban adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(3), 511–521. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s10865-018-9994-8>
- Ledoux, T., Adamus-Leach, H., O’Connor, D. P., Mama, S. & Lee, R. E. (2015). The association of binge eating and neighbourhood fast-food restaurant availability on diet and weight status. *Public Health Nutrition*, 18(2), 352–360. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1017/S1368980013003546>
- Linardon, J., Messer, M., Helms, E., McLean, C., Incerti, L. & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). Interactions between different eating patterns on recurrent binge-eating behavior: A machine learning approach. *International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 533-540. <https://doi.org/10.1002/eat.23232>
- Lin, W. & Yi, C. (2019). Subjective well-being and family structure during early adolescence: A prospective study. *The Journal of Early Adolescence*, 39(3), 426–452. <https://doi.org/10.1177/0272431618770785>.
- Lladós, M. & Sábado, J. (2011). *El trastorno por atracón ¿un nuevo trastorno alimentario?* Editorial Académica Española.
- Lydecker, J., Gueorguieva, R., Masheb, R., White, M. & Grilo, C. (2020). Examining sex as a predictor and moderator of treatment outcomes for binge-eating disorder: Analysis of aggregated randomized controlled trials. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 20–30. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1002/eat.23167>
- Lydecker, J., & Grilo, C. (2018). Comparing men and women with binge-eating disorder and co-morbid obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 411–417. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1002/eat.22847>

- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Martínez, A., Arévalo, R., Díaz, J., Segués, C. & Castillo, M. (2013) Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Mensorio, M. & Costa, A. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(1), 120-127.
- Melndez, J., Mayordomo, T., Sancho, P. & Tomas, J. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *Spanish Journal of Psychology*, 15, 1089–1098. [https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n3.39399](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39399)
- Minnich, A., Gordon, K., Holm, J. & Troop, W. (2014). A test of an interactive model of binge eating among undergraduate men. *Eating Behaviors*, 15, 625-631.
- Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M. & Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.006>
- Morales, A., Gordillo, C., Pérez, C., Marcano, D., Pérez, F., Flores, H., Pérez, J., Pérez, M. & Meléndez, P. (2014). Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. *Gaceta Médica de México*, 150(1), 125-31. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.006>
- Moreno, A. & Londoño, C. (2017). Family and Personal Predictors of Eating Disorders in Young People. *Anales de Psicología*, 33(2), 235-242.
- Moysén, A., Villaveces, M., Balcázar, P., Gurrola, G., Garay, J., De la Luz, J. & Estrada, E. (2014). Consumo De Alcohol Y Estrategias De Afrontamiento en Alumnos Universitarios Estudio Empírico. *Avances En Psicología*, 22(2), 215–220. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.191>
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado*, 29(2), 415-432. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200006>
- Nour, M., Mcgeechn, K., Wong, A., Partridge, S., Balestracci, K., Roy, R., Hebden, L. & Allma-Farinelly, M. (2015). Diet Quality of young adults enrolling in TXT2BFiT, a mobile phone-based healthy lifestyle intervention. *JMIR Research Protocols*, 4(2).
- Narváez, R., Ordóñez, M., Ochoa O., Peña, G., Cardozo, R., Meertens, L., Ortunio, M., Guevara, H. (2013). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de medicina. *Revista Vitae*, 47(3), 1-10.
- Naumann, E., Svaldi, J., Wyszka, T., Heinrichs, M. & von Dawans, B. (2018). Stress-induced body dissatisfaction in women with binge eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(6), 548–558. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1037/abn0000371>
- Naish, K., Laliberte, M., MacKillop, J. & Balodis, I. M. (2019). Systematic review of the effects of acute stress in binge eating disorder. *European Journal of Neuroscience*, 50(3), 2415–2429. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1111/ejn.14110>
- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199–211. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1111/jftr.12331>
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), 64-80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Olson, D. & Gorall, D. (2006). *FACES IV and the Circumplex Model*. Life Innovations.

- Olson, D. H., Sprenkle, D.H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3–28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>.
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families*. Haworth Press.
- Olson, D. & Wilson, L. (1982). Family Satisfaction Scale. En D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen & M. Wilson (eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*, 43-49. University of Minnesota.
- Olson, D., McCubbin, H., y Barnes, H. (1983). *Families what makes them work*. Beverly Hills, Sage.
- Pastor, R., Biblióni, M. & Tur, J. (2017). Patrones de consumo de alimentos en estudiantes universitarios de Zamora. *Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1424-1431.
- Papier, K., Ahmed, F., Lee, P. & Wiseman, J. (2015). Stress and dietary behaviour among first-year university students in Australia: sex differences. *Nutrition*, 31(2), 324-30.
- Pertuz-Cortes, C., Navarro-Jiménez, E., Laborde-Cárdenas, C., Gómez-Méndez, P., & Lasprilla-Fawcett, S. (2020). Implementation of clinical practice guidelines for the timely detection and diagnosis of eating disorders in adolescents and adults in the outpatient and priority department of a public psychiatric hospital in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 102–108. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1016/j.rcp.2018.05.005>
- Palomar, G. (2012). *Estudio de las estrategias de afrontamiento en adolescentes y su relación con el funcionamiento familiar y el apoyo social*. (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Oviedo, España.
- Palmieri, S., Gentile, N., Da Ros, A., & Spada, M. M. (2020). Profiling Metacognition in Binge Eating Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s10942-020-00364-1>
- Palacios D. & Andrade P. (2008). Influencias de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7, 7-18.
- Pamies, L. & Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24 (2), 230-235.
- Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J. & Taype, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana Salud Pública*, 43(4), 551-561.
- Quezada, J., Zavala, E. & Lento, M. (2015). Satisfacción familiar en mujeres jóvenes. *UNIFÉ*, 23(2), 223-229. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.164>
- Ramírez, R. (2014). *Clima social familiar y su relación con las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto en el año 2013*. (Tesis de Maestría no publicada). UPEU, Lima.
- Radilla, C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J. & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21.
- Reyes, V., Reséndiz, A., Alcázar, R. & Reidl, L. (2016). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240-255.
- Robert, S., Rohana, A., Suehazlyn, Z., Maniam, T., Azhar, S. & Azmi, K. (2013). The validation of the malay version of binge eating scale: a comparison with the structured clinical interview for the DSM IV. *Journal of Eating Disorders*, 1(28), 1-6.

- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C. & Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, G. & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Ruddock, H., Christiansen, P., Halford, J. & Hardman, C. (2017). The development and validation of the Addiction-like Eating Behaviour Scale. *International Journal of Obesity*, 47, 1710-1717.
- Sáenz, S., González, F. & Díaz, S. (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores sociodemográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 193-204. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300003>
- Salam, A., Harith, A. A. A., Abdullah, N., Chu Pei Shan, Rahman, A. B. A., & Mahadevan, R. (2019). Coping Strategies among First- and Third-Year Medical Students in a Malaysian Public University. *Journal of Medicine*, 20(1), 5–11. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.3329/jom.v20i1.38813>
- Sawhney, M., Kunen, S. & Gupta, A. (2020). Depressive Symptoms and Coping Strategies Among Indian University Students. *Psychological Reports*, 123(2), 266–280. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1177/0033294118820511>
- Scarafelli, L. & Coral, G. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 165-175. <https://doi.org/10.22235/cp.v4i2.121>
- Schnettler, B., Miranda-Zapata, E., Grunert, K. G., Grønhøj, A., Jiménez, P., Lobos, G., Lapo, M., Orellana, L., & Hueche, C. (2020). Satisfaction with life, family and food in adolescents: Exploring moderating roles of family-related factors. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 1. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s12144-020-00618-2>
- Schnettler, B., Grunert, K., Miranda-Zapata, E., Orellana, L., Sepúlveda, J., Hueche, C., Salinas-Oñate, N., Lobos, G., Denegri, M. & Adasme-Berrios, C. (2018). Life, Family and Food Satisfaction in University Students. *Suma Psicológica*, 25(1), 30-40. <https://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n1.4>
- Serra, R., Kiekens, G., Vanderlinden, J., Vrieze, E., Auerbach, R., Benjet, C., Claes, L., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D., Tarsitani, L., Green, J., Kessler, R., Nock, M., Mortier, P. & Bruffaerts, R. (2020). Binge eating and purging in first-year college students: Prevalence, psychiatric comorbidity, and academic performance. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 339–348. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1002/eat.23211>
- Salazar, Y., Veytia, M., Márquez, O. & Huitrón, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y salud*, 23(1), 141-148.
- Smink, F., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A. & Hoek, H. (2014). Prevalence and Severity of DSM – 5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *International Journal Eating Disorders*, 47, 610-619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>
- Soliman, M. (2014). Perception of stress and coping strategies by medical students at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(1), 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2013.09.006>
- Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. En *Eating Disorders: Innovative Directions in Research and Practice*, 15-73. Washington, D.C: American Psychological Association.



- Stice, E., Marti, N. & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Taylor, S., Klein, L., Lewis, B., Gruenewald, T., Gurung, R., & Updegraff, J. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–429. doi:10.1037/0033-295x.107.3.411
- Tetzlaff, A., Schmidt, R., Brauhardt, A. & Hilbert, A. (2016). Family functioning in adolescents with binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 24, 430–433. <https://doi.org/10.1002/erv.2462>
- Tejeda, R. & Neyra, M. (2015). *La alimentación familia. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria* (Curso de especialización). Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.
- Tinajero, C., Martínez-López, Z., Rodríguez, M.S., Guisande, M.A., & Páramo, M.F. (2015). Gender and socioeconomic status differences in university students' perception of social support. *European Journal of Psychology of Education*, 30(2), 227-244. <http://dx.doi.org/10.1007/s10212-014-0234-5>
- Treasure, J., Duarte, T., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. doi:10.1016/s0140-6736(20)30059-3
- Tong, J., Miao, S., Wang, J., Yang, F., Lai, H., Zhang, C., Zhang, Y. & Hsu, L. (2014) A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 499–505. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/s00127-013-0694-y>
- Turkdogan, T., Duru, E. & Balkis, M. (2019). Circumplex Model of Family Functioning in Turkish Culture: Western Family Systems Model in a Eurasian Country. *Journal of Comparative Family Studies*, 50(2), 183–199. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.3138/jcfs.50.2.005>
- Udo, T. & Grilo, C. (2019). Physical activity levels and correlates in nationally representative sample of U.S. adults with healthy weight, obesity, and binge-eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 85–95. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1002/eat.23199>
- Uranga, C. (2018). *Afrontamiento y locus de control en pacientes en tratamiento de hemodiálisis*. (Tesis de Licenciatura) PUCP, Lima.
- Valero, S., Granero, R. & Sanchez-Carracedo, D. (2019). Frequency of family meals and risk of eating disorders in adolescents in Spain and Peru. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(1), 48-57. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.14349/rlp.2019.v51.n1.6>
- Villarreal, D., Paz, A., Copez, A. & Costa, C. (2017). Validez y confiabilidad de la Escala Satisfacción Familiar en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana – Perú. *Actualidades en Psicología*, 31(123), 89-98. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i123.23573>
- White, J. & Shelton, K. (2014). Prospective associations between the family environment, family cohesion, and psychiatric symptoms among adolescent girls. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 544-554.
- You, J. & Lu, Q. (2014). Sources of Social Support and Adjustment among Chinese Cancer Survivors: Gender and Age Differences. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 697-704. doi: 10.1007/ s00520-013-2024-z
- Zaragoza, A., Sánchez, M. & Ferrer, R. (2016). ¿Se relaciona el trastorno por atracón con la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios? *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1385-1390. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.799>

- Zúñiga, O. & Robles, R. (2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15(5), 126-134.
- Zúñiga, S., Pizarro, R., Escudero, M. & Honores, G. (2018). Rendimiento Académico Universitario y Conductas Alimentarias. *Formación Universitaria*, 11(2), 57-64. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000200057>



## Apéndice

## Apéndice A: Características sociodemográficas

**Tabla 5**  
*Características sociodemográficas de los participantes*

		<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>	Mujeres	155	58.9
	Hombres	108	41.1
<b>Estado civil</b>	Soltero(a)	258	98.1
	En una relación	4	1.5
	Casado(a)	1	0.4
<b>Facultad</b>	Estudios Generales Letras	130	49.4
	Estudios Generales Ciencias	103	39.2
	Facultad de Educación	21	8.0
	Facultad de Arte y Diseño	6	2.3
	Facultad de Arquitectura y Urbanismo	2	0.8
	Facultad de Artes Escénicas	1	0.4
<b>Carrera</b>	Psicología	50	19
	Derecho	28	10.6
	Ingeniería Civil	27	10.3
	Ingeniería Industrial	23	8.7
	Otras carreras	111	51.3
<b>Ciclo</b>	1	13	4.9
	2	96	36.5
	3	35	13.3
	4	102	38.8
	5	17	6.5
<b>Vive con Familia</b>	Sí	224	85.2
	No	39	14.8
<b>Tipo de Familia</b>	Familiar Nuclear	171	65
	Familia Extensa	62	23.6
	Familia Monoparental	30	11.4
<b>Dieta</b>	Sí	101	38.4
	No	162	61.6
<b>Edad</b>	<i>Min – Max</i>	<i>Me</i>	<i>De</i>
	18 – 24	18.72	1.08
<b>Peso Real</b>	0 – 130	63.41	14.12
<b>Peso Ideal</b>	40 – 90	58.37	13.47
<b>Altura Real</b>	1.40 – 1.85	1.70	0.07



## Apéndice

### Apéndice C

#### PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES<sup>1</sup>

El propósito de esta ficha de consentimiento es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Leyla Calle, estudiante del curso Seminario de Tesis en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es indagar sobre la Satisfacción Familiar, las estrategias de afrontamiento y el *Binge Eating* en estudiantes universitarios.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder tres cuestionarios breves, lo que le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, Las respuestas brindadas por usted serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza de este estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Si usted tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, puede comunicarse con la investigadora al correo [lpalleg@pucp.pe](mailto:lpalleg@pucp.pe) o la asesora Mg. Haydeé Oblitas al correo [hoblitas@pucp.pe](mailto:hoblitas@pucp.pe).

Muchas gracias por su participación.

---

Firma del participante

Fecha

---

Firma del investigador

Fecha

---

<sup>1</sup> Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP.

## Apéndice

## Apéndice D: Confiabilidad por consistencia interna

**Tabla 6**  
*Confiabilidad del Cuestionario de Trastorno de Atracón*

	ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina un ítem
	Ítem 1	.56	.90
	Ítem 2	.42	.90
	Ítem 3	.66	.89
	Ítem 4	.42	.90
	Ítem 5	.53	.90
	Ítem 6	.58	.90
BES	Ítem 7	.68	.89
$\alpha = .90$	Ítem 8	.58	.90
	Ítem 9	.62	.89
	Ítem 10	.74	.89
	Ítem 11	.70	.89
	Ítem 12	.60	.89
	Ítem 13	.40	.90
	Ítem 14	.68	.89
	Ítem 15	.57	.90
	Ítem 16	.50	.90

**Apéndice E: Confiabilidad por consistencia interna**

**Tabla 7**

*Confiabilidad de la Escala de Satisfacción Familiar*

	ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina un ítem
	FSS 1	.82	.93
	FSS 2	.79	.94
	FSS 3	.74	.94
	FSS 4	.82	.93
FSS	FSS 5	.84	.93
$\alpha = .94$	FSS 6	.81	.93
	FSS 7	.63	.94
	FSS 8	.73	.94
	FSS 9	.73	.94
	FSS 10	.72	.94

**Apéndice F: Confiabilidad por consistencia interna**

**Tabla 8**  
*Confiabilidad del COPE*

ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina un ítem	ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina un ítem
<b>Afrontamiento Activo <math>\alpha = .59</math></b>			<b>Aceptación <math>\alpha = .68</math></b>		
COPE 1	.17	.69	COPE 8	.34	.70
COPE 14	.48	.45	COPE 21	.46	.61
COPE 27	.45	.46	COPE 34	.58	.54
COPE 40	.44	.47	COPE 47	.49	.60
<b>Planificación <math>\alpha = .79</math></b>			<b>Acudir a la religión <math>\alpha = .92</math></b>		
COPE 2	.63	.72	COPE 9	.84	.90
COPE 15	.64	.71	COPE 22	.86	.89
COPE 28	.58	.74	COPE 35	.80	.91
COPE 41	.54	.77	COPE 48	.80	.91
<b>Supresión de actividades competentes <math>\alpha = .69</math></b>			<b>Negación <math>\alpha = .78</math></b>		
COPE 3	.44	.65	COPE 11	.56	.75
COPE 16	.63	.52	COPE 24	.64	.71
COPE 29	.39	.68	COPE 37	.58	.74
COPE 42	.45	.64	COPE 50	.59	.74
<b>Postergación del afrontamiento <math>\alpha = .45</math></b>			<b>Enfocar y liberar emociones <math>\alpha = .76</math></b>		
COPE 4	.19	.44	COPE 10	.58	.68
COPE 17	.20	.44	COPE 23	.51	.72
COPE 30	.34	.29	COPE 36	.66	.64
COPE 43	.30	.34	COPE 49	.47	.74
<b>Búsqueda SS instrumental <math>\alpha = .85</math></b>			<b>Desentendimiento conductual <math>\alpha = .77</math></b>		
COPE 5	.60	.86	COPE 12	.52	.74
COPE 18	.76	.78	COPE 25	.67	.66
COPE 31	.80	.77	COPE 38	.58	.71
COPE 44	.63	.84	COPE 51	.51	.74
<b>Búsqueda SS emocional <math>\alpha = .90</math></b>			<b>Desentendimiento mental <math>\alpha = .58</math></b>		
COPE 6	.78	.87	COPE 13	.30	.55
COPE 19	.73	.88	COPE 26	.48	.40
COPE 32	.84	.84	COPE 39	.35	.52
COPE 45	.75	.88	COPE 52	.32	.54
<b>Reinterpretación positiva <math>\alpha = .75</math></b>					
COPE 7	.55	.69			
COPE 20	.58	.67			
COPE 33	.50	.71			
COPE 46	.56	.69			



### Apéndices G: Correlaciones entre las escalas

**Tabla 9**

*Correlaciones entre las escalas BES, FSS y COPE*

Escala	FSS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
BES	-.24**	-.24**	-.12**	-.15**	-.06	-.05	-.21**	-.08	.00	.08	.09	.09	.25**
FSS	-	.28**	.25**	.28**	.21**	.19**	.23**	.12	.12	.05	-.06	-.05	-.06

*Nota.* BES= Cuestionario de Trastorno por Atracón; FSS= Escala de Satisfacción Familiar; 1= Afrontamiento Activo; 2= Planificación; 3= Supresión de Actividades Competentes; 4= Búsqueda SS instrumental; 5= Búsqueda SS emocional; 6= Reinterpretación Positiva; 7= Aceptación; 8= Acudir a la Religión; 9= Negación; 10= Enfocar y liberar el estrés; 11= Desentendimiento conductual; 12= Desentendimiento mental

\* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

