

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Funcionamiento Familiar y Autoestima en pacientes con Trastornos Alimenticios en Lima
Metropolitana

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

Sandra Roig Martinez

Asesora:

Natalie Meza


Lima, 2024

INFORME DE SIMILITUD

Yo, SONIA NATALIE MEZA VILLAR, docente de la Facultad de PSICOLOGÍA de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado “Funcionamiento Familiar y Autoestima en pacientes con Trastornos Alimenticios en Lima Metropolitana” de la autora Sandra Roig Martinez, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **19%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 11/05/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 13 de mayo de 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
MEZA VILLAR, SONIA NATALIE	
DNI: 45209283	Firma
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9134-2211	

Agradecimientos

A mi familia, quien estuvo ahí para mí a lo largo de toda mi formación universitaria.

A mi asesora Natalie Meza, quien me brindó todo su apoyo para culminar de manera exitosa este trabajo de investigación.

A mis padres, quienes me dieron la posibilidad de poder estudiar lo que me apasiona.

A mis amigos y a todos los que me ayudaron en esta investigación.



Resumen

El objetivo de la presente investigación fue conocer la relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, quienes presentan uno o más diagnósticos de TCA y están en tratamiento en una clínica privada de Lima. La muestra estuvo compuesta por 29 mujeres entre los 15 y 25 años ($M=20.90$, $DE=2.986$). Los instrumentos utilizados fueron el APGAR Familiar de Smilkstein (1978), el cual mide el funcionamiento familiar, y la escala de autoestima de Rosenberg (1973), la cual mide el nivel de autoestima. En el estudio se encontró que el funcionamiento familiar y la autoestima presentan una relación estadísticamente significativa, positiva y grande ($r = 0.602$). No se encontraron diferencias significativas en los niveles de funcionamiento familiar según diagnóstico (AN o BN). También, se reportó que la edad y la autoestima presentan una relación estadísticamente significativa y directa en pacientes mujeres con TCA ($r = .286$)

Palabras clave: Funcionamiento Familiar, Autoestima, Trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia.



Abstract

The aim of the present study was to determine the relationship between family functioning and self-esteem in adolescent and young adult women with one or more diagnoses of eating disorders (ED). The sample consisted of 29 women between 15 and 30 years old ($M=20.90$, $SD=2.986$). The instruments used were Smilkstein's (1978) Family APGAR, which measures family functioning, and Rosenberg's (1973) self-esteem scale, which measures the level of self-esteem. Likewise, it was found that family functioning and self-esteem present a statistically significant, positive and large relationship ($r = .602$). No significant differences were found in the levels of family functioning according to diagnosis (AN or BN). Finally, it was reported that age and self-esteem present a statistically significant and direct relationship in female ED patients ($r = .286$).

Keywords: Family Functioning, Self-esteem, Eating Disorder (ED), adolescence.

Tabla de Contenidos

Introducción	7
Método	15
Participantes	15
Medición	16
Procedimiento	18
Análisis de datos	18
Resultados	19
Discusión	21
Referencias	27
Apéndices	35
Apéndice A: Consentimiento Informado	35
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos	36
Apéndice C: Datos de Normalidad	37
Apéndice D: Pruebas de Asimetría y Curtosis	38
Apéndice E: Análisis de Confiabilidad	39

Los estándares de belleza han existido durante décadas en nuestra sociedad, y si bien van dirigidos hacia ambos sexos, la mujer suele ser presionada con ideales cada vez más inflexibles, donde la búsqueda de delgadez se ha convertido en el deseo común de la población femenina. Hoy en día, un cuerpo atractivo suele presentarse como sinónimo de un cuerpo esbelto, pequeño y no necesariamente uno sano (Salazar, 2008). Es por eso que, en la actualidad, los TCA o Trastornos de la Conducta Alimentaria, son considerados una de las problemáticas más recurrentes en la población femenina. Los trastornos más estudiados y comunes de esta categoría son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) (APA, 2013).

Durante los últimos años, los TCA han sido investigados por múltiples disciplinas, pues la sintomatología que presentan suele ser considerada grave e impacta de manera negativa en la vida de quienes lo padecen. Es por esto que se considera importante estudiarlos desde un enfoque preventivo y de intervención (Moreno & Ortiz, 2009).

Estos trastornos son considerados de gran relevancia social debido a que tienen una prevalencia de 5% a nivel global, mientras que la tasa de mortalidad representa un 6% a 12% a nivel mundial. Los TCA son la tercera enfermedad crónica más frecuente en las adolescentes (Martín et al., 2017). Además, se reporta que el 0.5-1% de ellas padecen AN, mientras que entre el 1-3% de ellas padecen BN (DeSocio & Riley, 2021).

Asimismo, se reporta que durante el periodo entre el año 2013 y 2018, la prevalencia de los TCA incrementó a un 7.8% a nivel global. También, se reportó que aproximadamente 8.4% de mujeres y 2.2% de hombres sufren de algún TCA (Galmiche, 2019).

Además, los datos epidemiológicos demuestran que la población con mayor vulnerabilidad suele ser las mujeres, especialmente adolescentes y adultas emergentes (Del Carmen y Kirszman, 2012). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), actualmente, los adolescentes y jóvenes son el grupo que más presenta este tipo de trastorno (APA, 2014).

Arnett (2008) define la adolescencia como una etapa con múltiples cambios y obstáculos, que no todos experimentan de la misma manera. Asimismo, el autor la considera una etapa de vulnerabilidad y transición, debido a que se presentan ciertos desequilibrios a nivel emocional, social y, sobre todo, familiar (Laluzza y Crespo, 2003).

Durante esta etapa, los adolescentes suelen criticar y cuestionar la mayoría de ideas y decisiones de los padres o figuras adultas, generando cierta ambivalencia, ya que no suelen hacerlo con sus amigos o pares. Esto sucede debido al proceso de individuación que atraviesan durante estas edades. Asimismo, los adolescentes alcanzan una fascinación máxima por las

emociones fuertes, lo cual los lleva a correr más riesgos y buscar nuevas sensaciones de manera impulsiva (UNICEF, 2021).

Estevez y Musitu (2016) proponen tres aspectos claves relacionados con la etapa adolescente: más conflicto en la relación con los padres, tendencia a conductas de riesgo y alteraciones en el estado de ánimo. Estos tres son a su vez ejemplos de factores que podrían actuar como fuente de tensión para el medio familiar y generar desequilibrio.

Lamentablemente, los TCA también son una problemática recurrente en nuestro país, pues se han realizado investigaciones epidemiológicas al respecto, las cuales han arrojado datos preocupantes. En esta línea, el año 2017, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que la población femenina perteneciente a las zonas urbanas del Perú presenta mayor tendencia a experimentar problemas de tipo alimentario. Este grupo presentó una prevalencia de 7.1%, mientras que los hombres alcanzaron el 4.9%. (MINSA, 2017). Asimismo, Zila et al. (2022) llevaron a cabo un estudio con 1224 estudiantes peruanos entre 20 y 24 años en el año 2021 para analizar la prevalencia de los TCA en esta población. En esta, se encontró que 12.5% de esta población padecía un trastorno de este tipo.

Los TCA pueden ser definidos como perturbaciones persistentes o alteraciones graves en la conducta alimentaria, las cuales resultan en un consumo restringido, excesivo o alterado de comida y que impactan de manera negativa en la salud, no solo a nivel mental sino también fisiológico, así como en el funcionamiento familiar y social (Walsh, 1995, citado en Zusman, 2009). Estas podrían llegar a ser consideradas perturbaciones crónicas que, en casos extremos, acercan al individuo al riesgo de muerte. Los pacientes diagnosticados con TCA con frecuencia desconocen o incluso ignoran sus necesidades fisiológicas y emocionales, esto debido a que viven un conflicto interno, donde coexisten el hambre con la restricción, el control y otros factores que se oponen y se complementan al mismo tiempo.

Dicho esto, los TCA se encuentran entre las patologías de tipo psiquiátrico, que se presentan de manera frecuente en la vida de los adolescentes y adultos jóvenes, y que tienen un origen multifactorial. Suelen surgir de múltiples factores que coexisten: lo familiar, lo individual, lo social y sociocultural, que se viven durante la etapa primaria de un individuo (Vasquez y Reidl, 2013).

Según la Asociación Americana de Psicología (2021), la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son considerados los trastornos principales en torno a la alimentación. El Manual de Diagnóstico y Estadísticos de Trastornos Mentales 5 (DSM 5), define la AN como un trastorno caracterizado por una restricción constante del consumo alimentario habitual, relacionada con el gran temor a ganar peso, así como una distorsión parcial o total de

la imagen corporal (APA, 2014). Los pacientes diagnosticados con AN suelen presentar conductas que podrían ser consideradas riesgosas, dirigidas a perder peso o intentar quemar la ingesta calórica del día, la cual genera en ellos altos niveles de angustia y ansiedad. Algunas de estas conductas pueden ser el ejercicio exagerado, negarse a comer por más que sientan hambre, ingerir pocas cantidades de comida o rehusarse a comer frente al resto (APA, 2010). Como resultado de esto, las pacientes de TCA suelen perder una gran cantidad de peso e incluso acabar en un nivel de desnutrición que las acerca a la muerte.

Ahora bien, las pacientes con AN suelen presentar un perfil psicológico similar al de quienes son diagnosticadas con BN, con ciertas diferencias puntuales. Por un lado, las personas con AN suelen tener metas bastante marcadas en cuanto a la obtención de un cuerpo delgado y el reconocimiento de otros por la pérdida de peso, pues es aquí donde suelen encontrar la satisfacción que se busca (Portela de Santana et al., 2012). En cuanto a la BN, el DSM-5 la define como un trastorno que incluye episodios compulsivos de ingesta exagerada y descontrolada de comida, usualmente en poco tiempo. A estos se les llama atracones, los cuales suelen venir acompañados de un deseo de expulsar la comida a través del vómito, uso de laxantes o restricción extrema luego de la ingesta (APA, 2014). Sin embargo, ambos trastornos están caracterizados por conductas de control extremas, actitudes sumamente rígidas y autoexigentes y altos niveles de perfeccionismo.

Asimismo, es importante mencionar que, si bien un TCA afecta múltiples áreas de la vida, una de las más comprometidas es la familiar. La familia cumple un rol sumamente importante, no solo en el desarrollo psicosocial del individuo, sino en los comportamientos que definen los hábitos alimenticios. Es por esto que la familia se incluye en la lista de posibles factores predictores en el desarrollo de un TCA (Fernandez Ruiz et al., 2015). Si bien no se ha establecido un tipo de familia en particular relacionada con los trastornos de este tipo, se plantea que las familias de quienes padecen este trastorno suelen presentar mayor disfuncionalidad. En su mayoría, estas familias tienden a ser rígidas en el diálogo, evitar los conflictos y sobreproteger a los hijos. No obstante, según Ruiz (2015), uno de los factores fundamentales para afrontar un trastorno de esta magnitud, es el apoyo de la familia.

Friedemann (1995) propone una definición de familia entendida como un sistema donde los integrantes están relacionados por sangre, matrimonio o adopción, deciden convivir y/o se vinculan con el objetivo principal de apoyarse. Estos individuos suelen encontrarse unidos por características en común y conexiones emocionales fuertes (Harmon & Thalman, 1996). Asimismo, Fishman (1995) menciona que la familia podría ser considerada el primer contexto donde un individuo está expuesto a socializar y al aprendizaje básico. Esto, debido a que, en el

mejor de los casos, de este contexto nacen los vínculos más duraderos, y se aprenden las distintas formas de relacionarse, así como las diversas pautas que serán repetidas a medida que uno se desarrolla. Es por esto que el autor la considera la instancia con más influencia en los cambios de vida de un individuo.

La funcionalidad familiar puede ser definida como la forma en la que un individuo percibe el cuidado y el apoyo que su familia le brinda a lo largo de su vida (Smilkstein, 1978). De acuerdo con este autor, un buen nivel de funcionalidad se da cuando los individuos perciben que están siendo apoyados, comprendidos y protegidos por sus familiares. Esto permite al individuo poder sobrellevar y superar los retos de cada etapa vital.

Según Friedemann (1995), un sistema familiar logra ser considerado “funcional”, cuando cuatro procesos básicos coexisten y se llevan a cabo de forma efectiva: coherencia, individuación, mantenimiento y cambio. Estos cuatro procesos se suelen ver afectados por múltiples problemáticas, como podría ser la existencia de un TCA en uno o más miembros de la familia.

En primer lugar, el proceso de coherencia hace referencia a los vínculos sanos y armoniosos que se crean y que a su vez proveen una sensación de pertenencia y unidad mediante la internalización de valores importantes como el respeto, interés, amor, entre otros. En segundo lugar, el proceso de individuación implica la construcción de una identidad personal, lo cual se logra gracias a la comunicación, desempeño de roles y cumplimiento de responsabilidades. Esto favorece que los miembros de la familia tengan distintas iniciativas, desarrollen y potencien diversos talentos y tengan mayor apertura. Por otro lado, el proceso de mantenimiento del sistema incluye las distintas maneras que se utilizan en la vida tanto familiar como personal, que otorgan autonomía y un sentido de seguridad. Por último, el cuarto proceso hace referencia al cambio del sistema, el cual incluye los nuevos conocimientos que se adquieren conforme uno experimenta nuevas situaciones. Esto facilita el desarrollo de distintas conductas, usualmente más sanas, ante los estímulos externos (personales, sociales y familiares) (Friedemann 1995, como se citó en Castilla et al., 2014).

A su vez, Madariaga et al. (2016) presentan ciertos parámetros para poder considerar a una familia funcional: debe existir una comunicación abierta, accesible, coherente y precisa en la dinámica familiar. Asimismo, mencionan que es sumamente importante que exista el respeto a la autonomía de cada miembro, así como la flexibilidad para buscar soluciones ante distintos problemas o situaciones y la capacidad para poder adaptarse.

Al estudiar esta problemática, múltiples autores han brindado aportes en cuanto a la relación que guardan el funcionamiento familiar y los distintos procesos que un adolescente o

adulto emergente atraviesa. Según Pinos et al. (2020), la funcionalidad en una familia influye de manera significativa en el desarrollo del individuo, debido a que se considera el primer vínculo donde uno aprende a socializar, y donde se transmiten los afectos y valores más importantes.

Asimismo, la disfuncionalidad familiar suele implicar poca comunicación y falta de soporte emocional durante la transición de la etapa adolescente, lo cual podría tener un impacto importante en el desarrollo de un TCA (Berge et al., 2012). En esta línea, se considera que la actitud de los padres hacia las conductas restrictivas o la búsqueda de la delgadez podría ser un elemento predictor en el desarrollo de un TCA (Haworth-Hoepfner, 2000; Stice, 2002).

Es así como se identifica que el bajo nivel de funcionamiento familiar se encuentra relacionado con una serie de conductas desadaptativas, como el consumo de drogas, la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, y la probabilidad de desarrollo de un TCA (Gutiérrez et al., 2007; Hinostroza y Lima, 2023). Borda et al. (2015) mencionan que las situaciones estresantes que se viven en un ambiente familiar disfuncional influyen en el desarrollo de un TCA, sobre todo las opiniones acerca del aspecto físico del adolescente o niño y sus características de personalidad.

Según estudios más recientes, el funcionamiento familiar cumple un rol crucial en la construcción de la autoestima de un individuo, pues según Olson et al. (2019), la cohesión familiar es un factor que impacta de manera significativa en la autoestima. Esto debido a que se promueven las emociones y se crea un ambiente cálido y flexible para que el individuo se sienta seguro, estable y en un entorno equilibrado. Una familia funcional impulsa la comunicación emocional, la resolución de problemas y el establecimiento de límites sanos, lo cual se relaciona de manera significativa con la autoestima (Liu y Zhao, 2018).

En cuanto al vínculo entre el funcionamiento familiar y la autoestima, múltiples autores concuerdan en que un entorno familiar seguro y funcional es importante para el desarrollo óptimo del individuo. Por un lado, Harter (2015) menciona que una familia funcional se considera un factor crucial para lograr un nivel sano de autoestima. Por otro lado, Orth et al., (2018) sugieren que el impacto del ambiente familiar en los primeros años de vida se puede ver reflejado en la adultez, específicamente en la autoestima del individuo. Esto sugiere que la disfuncionalidad puede afectar de manera prolongada y que un hogar con un ambiente cálido y seguro provee herramientas para desarrollar un buen autoconcepto y autoestima.

De esta manera, se introduce la autoestima como la segunda variable relevante para el estudio de los TCA. Esta es definida por Rosenberg (1973) como la evaluación que tiene uno

mismo de las habilidades y limitaciones que posee, así como la percepción de la autovaloración, tanto positiva como negativa que se configura en torno a esta.

Orth y Robins(2022) mencionan que un nivel sano de autoestima contribuye de manera significativa a múltiples áreas de la vida de un individuo, como la social, familiar, escolar y laboral. Además, un bajo nivel de autoestima podría interferir con un funcionamiento óptimo. En este sentido, Krauss et al. (2023) realizaron un estudio en el que se encontró que el bajo nivel de autoestima predice de manera negativa una patología de tipo alimentaria, así como esta a su vez predice de manera negativa la autoestima a lo largo del tiempo. Autores como Koushiou et al (2020) mencionan que una baja autoestima podría predisponer a un individuo a desarrollar un TCA de cualquier tipo, mientras que un nivel sano de autoestima podría actuar como factor protector ante ello.

Según Hewitt (2009), es sumamente importante poder medir la autoestima de los adolescentes debido a que, un nivel sano de autoestima es un factor predictor del bienestar, estabilidad emocional y buenas habilidades para las interacciones sociales. Asimismo, Chung et al. (2017) realizaron una investigación en la que se pretendió determinar y describir el desarrollo y fluctuación en los niveles de autoestima según cómo se percibían los participantes a lo largo de 20 años. En base a lo encontrado, los autores concluyeron que la autoestima se consolida y se alcanzan niveles más sanos a medida que se ingresa a la etapa de la adultez, mientras que durante la adolescencia se puede estancar.

Por otra parte, Rodríguez y Caño (2012) encontraron que, durante la etapa infantil, la autoestima se suele mantener estable, mientras que durante la adolescencia se comienza a desestabilizar. Asimismo, se menciona que la autoestima de las mujeres suele depender de la percepción de los demás, mientras que los hombres suelen presentar una autoestima alta cuando consiguen logros.

Habiendo definido ambas variables, es importante reconocer la relación que existe entre ellas, la manera en la que repercuten en la aparición de un TCA, así como en su mantenimiento. Por un lado, a menor nivel de funcionamiento familiar, menor suele ser la valoración de sí mismo y por ende, menor el nivel de autoestima que se desarrolla. Incluso, podría haber una mayor tendencia al desarrollo de creencias irracionales sobre sí mismo y conductas disfuncionales (Dalle Grave, 2013; Fairburn et al., 2008).

Es así como el funcionamiento familiar juega un rol de gran importancia para lograr una autoestima sana, pues según lo expuesto, un bajo nivel de autoestima estaría asociado con un mayor riesgo a otorgar extrema importancia al peso y figura corporal, desencadenando una

relación compleja con la comida, conductas autodestructivas y peligrosas, y como consecuencia, el desarrollo de un TCA (Pearl et al., 2014).

En cuanto a investigaciones previas, existen múltiples estudios sobre la relación entre las variables de funcionamiento familiar, autoestima y TCA.

Por un lado, Kroplewski, Szcześniak y Furmańska (2019) llevaron a cabo una investigación para contrastar los niveles de funcionamiento familiar y autoestima en personas con alto y bajo riesgo de desarrollar un TCA. También, se verificaron las relaciones entre el funcionamiento familiar, la autoestima y los TCA, buscando comprobar el rol de la autoestima en las otras dos variables. En la investigación participaron 160 personas entre 18 y 47 años. Con respecto a los resultados, estos indican que quienes presentan un menor riesgo de desarrollar un TCA se caracterizan por una evaluación más positiva del funcionamiento familiar y un mayor nivel de autoestima.

Siguiendo esta línea, Flores (2017) estudió la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de desarrollar un TCA en estudiantes de Arequipa. En este estudio se establecen tres tipos de familia con tres niveles distintos de funcionalidad: las familias funcionales, las moderadamente funcionales y las disfuncionales. Asimismo, se demostró que los adolescentes que pertenecían a familias moderadamente funcionales presentaban mayores riesgos de desarrollar AN, mientras que quienes pertenecían a familias disfuncionales presentaban mayor riesgo de desarrollar BN.

En segundo lugar, Ruiz et al. (2015) analizaron en un estudio el contraste entre el funcionamiento de una familia que incluía a un miembro con diagnóstico de TCA en tratamiento, y una sin un diagnóstico de este tipo. Se demostró que las primeras eran familias que funcionaban de manera más “caótica, desligada y rígida”, mientras que las segundas tenían un funcionamiento más sano y ordenado. Asimismo, se concluyó que las familias que enfrentan un TCA presentan bajos niveles de flexibilidad y cohesión, altos niveles de rigidez en las formas de relacionarse y una disconformidad a nivel familiar.

Finalmente, un estudio representativo acerca de la problemática, liderado por Button et al. (1996) estudió la autoestima como factor predictor en el desarrollo de un TCA en un grupo de 594 niñas entre 11-12 años y luego de 15-16 años. Dicha investigación reportó que las niñas con bajos niveles de autoestima a los 11-12 años presentaban más riesgo de desarrollar uno o más TCA, así como otros temas de salud mental, entre los 15 y 16 años.

Esta investigación se plantea a raíz de la necesidad de abordar este tipo de trastornos en el contexto peruano. En nuestro país, existe escasa disponibilidad de centros de internamiento especializados en esta problemática. Esto podría traducirse en un déficit en la comprensión y

atención integral. A su vez, esto dificulta también la recolección de datos sobre esta población y las variables que la rodean.

A nivel del sector privado, son limitados los centros de internamiento que tratan problemáticas de este tipo y permiten la recolección de datos sobre estos pacientes. Esto debido a la protección de datos, lo cual explica la dificultad para acceder a esta población desde el marco investigativo. A nivel público, los centros de salud comunitarios del MINSA brindan servicios psicológicos, sin embargo, la ausencia de una unidad específica dedicada a los TCA dificulta la obtención de información detallada sobre esta población (MINSA, 2023). Este vacío en el ámbito de la salud mental en nuestro país refleja una falta de comprensión integral de los elementos subyacentes, como el funcionamiento familiar y la autoestima, los cuales desempeñan un rol sumamente importante en el manejo y origen de estos trastornos. Asimismo, evidencia las barreras que impiden consolidar el modelo comunitario en la atención de la salud mental (Defensoría del Pueblo, 2018). La relevancia de este estudio radica en aportar conocimiento sobre esta población para proporcionar perspectivas valiosas y contribuir a la atención clínica y prevención efectiva de los TCA.

A partir de lo planteado, este estudio pretende conocer cómo las variables de funcionamiento familiar y autoestima se relacionan, en mujeres con uno o más diagnósticos de TCA. Asimismo, se plantean dos objetivos específicos. Primero, se pretende estudiar si existen diferencias significativas en la dimensión de funcionamiento familiar, según diagnóstico de la participante (AN o BN). En segundo lugar, se pretende conocer la relación entre la edad y la autoestima.

Dichas variables se tomaron en cuenta dado que distintos estudios recientes, como los de Flores (2017), Olave y Romo (2019), Orth et al., (2018) y Gomez et al., (2020), entre otros, han planteado ciertas diferencias en pacientes con TCA relacionadas a éstas.

De esta manera, para alcanzar los objetivos planteados, se evaluó el funcionamiento familiar y la autoestima en un grupo de mujeres de 15 a 25 años, en un único momento en el tiempo, de manera individual, y se accedió a las participantes a través de una clínica privada de Lima.

Método

Participantes

En la presente investigación participaron 29 mujeres entre los 15 y 25 años ($M = 21.42$; $DE = 3.519$), quienes presentan uno o más diagnósticos de TCA y se encuentran en un proceso de tratamiento en una clínica privada de Lima. Cabe recalcar que, inicialmente, la muestra constaba de 33 participantes, sin embargo, debido a que excede el rango de edad, cuatro participantes fueron excluidas del estudio. Asimismo, es importante mencionar que más de la mitad (58.6%) tienen padres separados. En cuanto a los diagnósticos de las participantes, el más prevalente en la muestra fue la AN (41.4%), seguido por la BN (34.5%). Asimismo, el 17.2% presentó una combinación de ambos diagnósticos, mientras que el 6.2% fue diagnosticada con otros TCA.

Para fines de este estudio, se trabajó sólo con pacientes mujeres jóvenes, debido a la frecuencia de los TCA en esta población. Asimismo, se eligió estas etapas del desarrollo puesto que se trata de un periodo de transición que expone a los individuos a múltiples cambios, y donde se presentan estresores tanto internos como externos, que podrían alterar la salud mental (Schulenberg, 2004). Por otro lado, esta es una etapa donde la familia aún influye y juega un rol importante, lo que permite evaluar y analizar el funcionamiento familiar (Arnett, 2000, 2004; Roisman et al., 2004).

Asimismo, se tomó en cuenta ciertos criterios de inclusión para escoger a las participantes. En primer lugar, las participantes debían tener como mínimo un diagnóstico de TCA y como máximo dos. En segundo lugar, debían estar entre las edades especificadas (15 a 25 años). En tercer lugar, fue mandatorio que llevaran como mínimo un mes de tratamiento en el centro clínico. Por otro lado, se especificaron ciertos criterios de exclusión, pues no formaron parte de la muestra pacientes que tenían un diagnóstico de TCA pero que no se encuentran en tratamiento clínico o que lleven menos de un mes en este, ni participantes que tuvieran alteraciones graves del pensamiento (diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, etc.)

Para fines del consentimiento informado, se explicó a las participantes cuáles serían los objetivos del estudio y se especificó que la participación sería completamente voluntaria. Además, luego de firmar el consentimiento, se les entregó una ficha donde debían llenar sus datos sociodemográficos. En cuanto a quienes eran menores de edad, el consentimiento informado fue entregado a los padres, pidiendo así la autorización para que sus hijas

participaran del estudio. En este caso, se agregó un asentimiento informado para las participantes en la prueba.

Medición

El funcionamiento familiar (FF) fue evaluado a través de la Escala APGAR - Familiar, la cual fue creada por Smilkstein en 1978 y revisada nuevamente en 1982 por el mismo autor. Según lo revisado, este es un instrumento de evaluación que ayuda a analizar la manera en la que un individuo ve el funcionamiento de su familia, guiándose por el grado de satisfacción que tiene con los vínculos dentro de ella (Smilkstein, 1978 en Castilla et al., 2014). Esta herramienta se utiliza en personas desde los 11 años en adelante, y puede ser tomada de manera grupal o individual. Asimismo, la aplicación debería tomar alrededor de diez minutos.

La versión original de esta escala cuenta con 5 afirmaciones que pretenden evaluar el grado de satisfacción de los individuos con respecto a sus relaciones familiares. Esto según los 5 aspectos de la funcionalidad familiar propuestos por Smilkstein (1978): Adaptabilidad (ítem 1), Asociación (ítem 2), Crecimiento (ítem 3), Afectividad (ítem 4) y Resolución (ítem 5). Las respuestas son calificadas mediante una escala de tipo Likert, que va del 0 al 5, donde (0) significa “nunca”, (1) “casi nunca”, (2), “algunas veces”, (3) “casi siempre” y (4) “siempre”. La puntuación total de la prueba se obtiene sumando los puntajes de cada ítem, lo que resulta en un número entre 0 y 20.

Bellón, Delgado, Luna y Lardelli tradujeron al español esta prueba en 1996 y Castilla (2014) la adaptó al contexto peruano aplicando este instrumento a un grupo de 256 alumnos de secundaria, jóvenes de 11 a 18 años. Para medir la validez, se realizó un análisis factorial de tipo exploratorio, donde se revisaron los componentes principales y la rotación ortogonal a través del método Varimax. Esta escala tiene un único factor que corresponde al 54.1% de la varianza. Luego, Castilla et al. (2015) estudiaron la confiabilidad de la prueba llevándola a cabo en Lima Metropolitana con un grupo del mismo tamaño, conformado por estudiantes mujeres entre los 12 y 18 años. Con el análisis de confiabilidad, se comprobó un nivel moderado de consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .78. También, se presentó un coeficiente de mitades de Spearman – Brown ($r = .75$) para respaldar los resultados. Es por esto que se considera que el APGAR Familiar posee propiedades psicométricas adecuadas, pues esta se considera una medida válida y confiable para reportar la funcionalidad familiar, y se especificó que podría ser utilizada en futuros estudios que relacionen el funcionamiento familiar con algunas variables de tipo sociodemográficas o personales (Castilla

et al., 2014). Respecto a este estudio, la confiabilidad de la escala se obtuvo a través del método de consistencia interna y se encontró un coeficiente de alfa de Cronbach de .77. Asimismo, las correlaciones ítem-test corregidas fluctuaron entre .44 y .72.

Además, la autoestima (AE) se evaluó utilizando la adaptación al castellano de la Escala de Autoestima creada por Rosenberg (1973), traducida y validada internacionalmente por Martín-Albo et al. (2007). Esta escala mide la autoestima de manera integral, otorgando importancia al nivel de autovalía en la vida de cada individuo. La prueba presenta 10 ítems, enunciados que explican los sentimientos de apoyo y satisfacción que tiene una persona hacia sí misma. La escala presenta 5 enunciados que se describen de forma positiva y los 5 restantes, de manera negativa. En cuanto a las respuestas, cada ítem es evaluado mediante una escala Likert que cuenta con 4 opciones de respuesta, desde 1= Muy en desacuerdo, hasta 4= Muy de acuerdo. Según lo planteado por Rosenberg (1973), la interpretación del puntaje total se da sumando los ítems y obteniendo un rango entre 10 y 40.

Con respecto a la confiabilidad de la prueba en su versión original, esta tiene un coeficiente de Cronbach de .92, lo cual se interpreta como que la escala es un instrumento confiable para medir el nivel de autoestima de un individuo (Rosenberg, 1973). Góngora et al. (2010) llevaron a cabo una investigación para validar la Escala de Rosenberg, aplicándola en un grupo de jóvenes en etapa adolescente en Argentina. Aquí se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .79, mientras que en el análisis factorial exploratorio, se encontró que la escala se compone de dos factores que explican el 36.44% de la varianza. Por otro lado, Atienza, Moreno y Balaguer (2000) realizaron un análisis de confiabilidad para este instrumento con un grupo de 488 jóvenes en etapa adolescente, en el cual se obtuvo consistencia interna con alfa de Cronbach de .64 para las mujeres y .86 para los hombres. Estos resultados sugieren que las respuestas obtenidas son consideradas consistentes para los dos grupos. Por otra parte, Castañeda (2013) llevó a cabo una investigación con 355 adolescentes de Lima Metropolitana, entre los 14 y 17 años, 204 hombres y 151 mujeres. En esta investigación, la prueba presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.80 y correlaciones ítem-total entre 0.33 y 0.59, lo cual permite utilizar este instrumento debido a su confiabilidad.

Respecto a la confiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg, utilizada en el presente estudio, esta se determinó a través del método de consistencia interna y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .87, mientras que las correlaciones ítem-test fluctuaron entre .19 y .84.

Procedimiento

En primer lugar, se pidió a los terapeutas de la institución el permiso para llevar a cabo el estudio, incluyendo a las pacientes dentro del grupo de participantes. Luego, se escogió un espacio cómodo y libre de distracción para que cada participante pueda responder los cuestionarios de manera individual. Para comenzar, se les pidió a las participantes leer el consentimiento informado y completarlo. De igual manera, se les solicitó completar una ficha de datos sociodemográficos. Luego, tuvieron aproximadamente 5 minutos para leer las indicaciones del instrumento APGAR Familiar de Smilkstein, el cual podía ser completado por las participantes en un tiempo aproximado de 10 minutos. Una vez terminada la prueba, se les dió 5 minutos para leer las indicaciones del siguiente instrumento, la Escala de Autoestima de Rosenberg, y se les pidió completarla en un tiempo aproximado de 10 minutos. Una vez que todas las participantes completaron las pruebas, se realizó el análisis estadístico de la información recopilada.

Análisis de datos

La presente investigación se considera de tipo cuantitativo con un diseño correlacional, y se utilizó el Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS v 25.0) para el análisis estadístico.

En la fase inicial, se realizaron los análisis descriptivos de los datos recolectados, junto con las pruebas de normalidad Shapiro-Wilk (apéndice C). Debido a que la muestra no presentó una distribución normal, se decidió emplear los análisis de asimetría ($<|3|$) y curtosis ($<|10|$), con el fin de comprobar que no existan casos de no normalidad severa (Kline, 2010). Debido a que no hubo casos de este tipo, se continuó con los análisis estadísticos para responder a los objetivos de esta investigación.

En primer lugar, se realizó un análisis de correlación entre las variables de Funcionamiento Familiar y Autoestima, mediante el estadístico r de Pearson. Seguidamente, se aplicó una prueba T para muestras independientes para verificar la existencia de diferencias significativas en el funcionamiento familiar según el diagnóstico de las pacientes (AN o BN). Finalmente, se efectuó un análisis de correlación entre la autoestima y la edad de las participantes, con el fin de comprobar la relación entre ambas, con el estadístico r de Pearson.

Resultados

En esta sección se expondrán los resultados obtenidos según los objetivos planteados en esta investigación. Primero, se reportará la correlación entre el funcionamiento familiar y autoestima, que corresponde al objetivo general. Seguido a esto, se presentará la comparación entre los niveles de funcionamiento familiar según diagnóstico (AN o BN). Finalmente, se presentarán las correlaciones obtenidas entre las variables de autoestima y edad.

En primer lugar, se encuentra una relación estadísticamente significativa, positiva y grande, según el criterio de Cohen (1988), entre el funcionamiento familiar y la autoestima (ver Tabla 1).

Tabla 1

Correlación entre Funcionamiento Familiar y Autoestima

	1	2
Funcionamiento Familiar	-	
2. Autoestima	.602***	-

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Por otro lado, en cuanto al primer objetivo específico, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de funcionamiento familiar según el diagnóstico de las pacientes (AN o BN) (ver Tabla 2).

Tabla 2*Diferencias en el Funcionamiento Familiar según Diagnóstico*

Variable	AN		BN		t(27)	p
	M	DS	M	DS		
Funcionamiento familiar	10.33	3.65	12.00	3.20	-.952	.27

Con respecto al segundo objetivo específico, se consideró pertinente conocer la relación entre autoestima y edad de las participantes. Estas presentan una relación estadísticamente significativa, positiva y pequeña, según el criterio de Cohen (1988) (ver Tabla 3).

Tabla 3*Correlación entre Autoestima y Edad*

	1	2
1. Autoestima	-	
2. Edad	.286**	-

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Discusión

En esta sección se propone la discusión de los hallazgos de la investigación, resumiendo la información en tres lineamientos principales: la relación entre funcionamiento familiar y autoestima, las diferencias en el nivel de funcionamiento familiar según diagnóstico y la relación entre la autoestima y la edad. Las participantes, como previamente se ha mencionado, son 29 mujeres entre 15 y 25 años, con diagnósticos de BN, AN, ambos o con un TCANE, quienes viven en Lima, Perú y llevan al menos un mes de tratamiento.

Los estudios que abordan esta problemática incluyen una serie de factores que se vinculan con las causas y/o consecuencias de estas patologías. En este caso, tanto el funcionamiento familiar como la autoestima cumplen un rol esencial en la aparición de un trastorno de esta clase (Gomez et al., 2020). Gran parte de los estudios realizados sobre los TCA se llevan a cabo con grupos de mujeres adolescentes y adultas jóvenes, esto debido a que los TCA se incluyen en el grupo de enfermedades crónicas más frecuentes en esta población, presentando una alta tasa de mortalidad (Martin et al., 2017).

Para conocer cómo se vincula el funcionamiento familiar con la autoestima en este grupo, se revisó literatura científica que estudió las correlaciones entre ambas variables. El primer hallazgo hizo notar que, en la muestra, estas variables se relacionaban de manera directa en pacientes con TCA. Es decir, a menos funcionalidad familiar, menor autoestima, y viceversa.

Según lo encontrado en la revisión bibliográfica, gran parte de las investigaciones colocan al ambiente familiar dentro de los elementos fundamentales que influyen en la autoestima. Esto podría deberse a que la familia es considerada un sistema basado en vínculos y el nivel de funcionamiento que tenga impacta directamente en el desarrollo emocional y psicosocial de un individuo (Agudelo y Estrada, 2016).

Diversos estudios respaldan la correlación hallada entre ambas variables y a su vez han proporcionado información sumamente valiosa para entender de qué manera influye el funcionamiento familiar en los distintos procesos que los adolescentes o adultos jóvenes atraviesan. Con respecto a esto, Macedo y Rimachi (2016) llevaron a cabo un estudio donde encontraron una relación directa entre funcionamiento familiar y autoestima, resultado que respalda los hallazgos de esta investigación. Otro estudio que respalda este resultado es el de Kraus et al. (2020), quienes encontraron que las familias funcionales brindaban un entorno familiar seguro para los individuos, lo cual estaba directamente relacionado con una mayor autoestima. Asimismo, Ruiz et al. (2015) también relacionan la baja autoestima con que, por

lo general, en las familias disfuncionales se evita expresar sentimientos y se dejan de lado algunas necesidades, como la expresión de afecto y la aceptación.

A esto se le suma la investigación de Orth et al., (2018), la cual estudió el ambiente y la calidad de vínculos familiares, el cual podría actuar como factor predictor del desarrollo de la autoestima a largo plazo. En el año 2020, Esteves et al. investigaron la relación entre las habilidades sociales y el funcionamiento familiar, incluyendo a la autoestima como componente importante de las habilidades sociales, junto a la capacidad para tomar decisiones, la asertividad y la comunicación eficaz. Este estudio analizó la relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima, y se encontró una correlación estadísticamente significativa y positiva entre ambas variables. Asimismo, Goróstegui (2008) menciona señala que los individuos pertenecientes a familias disfuncionales suelen percibir un ambiente con menor cohesión y poca unidad entre los miembros, lo cual no permite un desarrollo adecuado de la autoestima. Estas familias son percibidas como espacios que generan baja satisfacción personal y familiar.

Se hipotetiza que, como suele suceder en familias con un integrante con TCA, las participantes podrían estar percibiendo a su familia como un ambiente hostil, con reglas inflexibles y donde se dificulta la expresión de opiniones y afectos (Maglio y Molina., 2012). Asimismo, es posible que las participantes estén teniendo dificultades para expresarse y dialogar con sus familias acerca de distintas problemáticas. A su vez, esto podría estar impidiendo el desarrollo de la autoestima y promoviendo el mantenimiento del TCA. Asimismo, es posible que en las familias de las participantes, los pilares de la funcionalidad (cohesión, individuación, mantenimiento y cambio) se hayan visto interrumpidos, o incluso no se hayan dado de una manera sana, pues según lo encontrado, en el grupo se evidencia una disfuncionalidad moderada del funcionamiento familiar (Castilla, 2014).

Con respecto a todo esto, se podría pensar que los vínculos en estas familias podrían estar pasando por momentos de poca comunicación, rigidez y ambivalencia, generando que las participantes busquen el control de sus emociones mediante el control de la ingesta o que focalicen la mayor parte de su atención en su apariencia (Behar y Arancibia, 2013). Esto estaría vinculado con posibles conflictos a nivel personal, lo cual podría haber generado un bajo nivel de autoestima en las participantes (Nowakowski, et al., 2013).

Sobre el segundo hallazgo de la investigación, este demostró que no existían diferencias significativas en los niveles de funcionamiento familiar según diagnóstico. Es decir, el funcionamiento familiar era similar en pacientes con AN y pacientes con BN. Esto podría deberse a las similitudes que existen entre ambos trastornos, pues la misma Asociación Americana de Psicología (2021), al hablar de los TCA, señala que, los trastornos más comunes

son la AN y la BN, y que presentan una sintomatología similar. Feibuscheurez (2009) llevó a cabo un estudio comparativo donde midieron el nivel de funcionamiento familiar en dos familias, una con un familiar diagnosticado con BN y otra con un familiar diagnosticado con AN. En este estudio se intentó demostrar si existían diferencias entre la percepción del funcionamiento en la familia, desde el punto de vista de los pacientes y desde el punto de vista de los familiares. Aquí, se encontró que ambas familias reportaron un nivel de funcionamiento más positivo y adecuado de lo que las pacientes reportaron. No se hallaron diferencias significativas en el funcionamiento familiar según diagnóstico.

De este modo, Gomez et al. (2020) explican que la familia puede ser considerada un elemento que aumenta el riesgo de que se desarrolle un TCA de cualquier tipo. Por otro lado, Salgueiro y Kirszman (2012) mencionan que, tanto la AN como la BN están ligadas a una disfuncionalidad familiar, puesto que posiblemente los individuos experimentan conductas inadecuadas y problemáticas en sus vínculos familiares. Algunos de estos problemas podrían ser la agresividad proveniente de la inestabilidad psíquica o emocional de cada miembro, la falta de habilidades emocionales para comunicar deseos de manera efectiva o el propio temperamento de cada individuo. Todas estas conductas nacen de problemas individuales, que recaen tarde o temprano en la familia, sobre todo en los hijos. Finalmente, Borda et al. (2015) mencionan que las probabilidades que tiene un individuo, especialmente una mujer, de desarrollar un TCA, tanto BN como AN, aumentan cuando se está expuesta a situaciones familiares que podrían ser percibidas como estresantes, agresivas, con poca comunicación y consideradas disfuncionales.

El tercer hallazgo de este estudio presenta una relación estadísticamente significativa, directa y pequeña entre la edad y la autoestima de las participantes, es decir, mientras más edad tengan, mejor será el nivel de autoestima. Este hallazgo se ve respaldado por investigaciones como las de Chung et al. (2017), quienes proponen que durante la etapa adolescente, la persona atraviesa cambios y pasa por situaciones que generan una disminución en el nivel de autoestima, pero luego, al entrar a la adultez, suele nivelarse e incrementar.

Otra investigación que respalda este resultado es la de Orth et al. (2018), quienes realizaron un estudio de tipo longitudinal con participantes entre 4 y 94 años, para intentar medir la autoestima según edad. En este estudio, se halló que durante la infancia, los niveles de autoestima incrementan, aproximadamente hasta los 11 años, mientras que en la adolescencia suelen permanecer estables. Luego, se menciona que a partir de los 30 años la autoestima comienza a incrementar fuertemente, y que a los 60, alcanza su punto máximo. Esto

demuestra que, a mayor edad, usualmente existe un mayor nivel de autoestima, tal como se halló en la presente investigación.

En síntesis, se reporta que el funcionamiento familiar presenta una relación estadísticamente significativa, positiva y grande con la autoestima en pacientes de TCA. Asimismo, se observa que la muestra presenta disfuncionalidad moderada en el ámbito familiar, según lo propuesto por Smilkstein (1978). Esto se correlaciona de forma directa con los niveles de autoestima en las participantes. Por otro lado, se encuentra también una relación directa entre la edad y la autoestima, lo cual se ve respaldado con estudios como los de Chung et al., (2017) y Orth et al., (2018). Por último, el nivel de funcionamiento familiar no presenta diferencias significativas según diagnóstico (AN o BN). Esto podría deberse a las diversas similitudes que existen entre ambos trastornos, pues la misma Asociación Americana de Psicología (2021), menciona que son trastornos con múltiples similitudes, aún cuando la sintomatología no es del todo igual. A esto se le suma que, según Gomez et al., (2020) el entorno familiar se considera un factor que incrementa la probabilidad de padecer cualquier trastorno de tipo alimentario.

Luego de revisar cada una de las investigaciones previas que respaldan las hipótesis planteadas, se recomienda para futuras investigaciones profundizar en el contexto familiar de la paciente, puesto que la prueba utilizada mide el funcionamiento familiar en el momento actual. Esto es importante debido a que, probablemente las pacientes, al tomar las pruebas, se encontraban en un momento de conflicto con sus familias. El hecho de que no todas estaban internadas por voluntad propia y a su vez estaban pasando por un proceso de terapia que podría ser percibido como intenso, podría haber causado cierto nivel de conflicto a nivel familiar, especialmente con sus padres, quienes suelen ser los que toman la decisión de internar a sus hijas para buscar un mejor cuidado, y es importante profundizar en ello. Asimismo, se propone realizar estudios de carácter cualitativo con respecto a esta problemática, donde se incluyan entrevistas semi estructuradas con las participantes, pues podría ser de gran utilidad y se podría recabar información con mayor profundidad. Aquí se podría indagar en las vivencias que implica un internamiento, tanto voluntario como involuntario. Esto siempre cuidando los aspectos éticos y el bienestar integral de cada participante.

Cabe recalcar que, para futuras investigaciones, sería interesante incluir a otros integrantes de la familia de las participantes, con el fin de obtener una representación más precisa en cuanto a la dinámica familiar y así poder analizar el funcionamiento familiar que dicha familia presenta. Esto debido a que, por lo general, las pacientes en etapa adolescente suelen presentar una percepción más grave del funcionamiento familiar que lo que sus

familiares perciben (Feibuscheurez, 2009). Por otro lado, también se propone trabajar con otras variables involucradas en el proceso de internamiento por TCA, como podrían ser la adherencia al tratamiento y el tiempo de internamiento. Finalmente, se recomienda trabajar con una muestra más grande, pues así se podrían obtener otro tipo de conclusiones más precisas.

A partir de estas recomendaciones, se identificaron ciertas limitaciones para este estudio. En primer lugar, el desafío de trabajar con esta muestra clínica debido al tamaño de esta. Este estudio se realizó con adolescentes quienes estaban internadas en una clínica de día, institución privada en la cual se percibió una dificultad para poder recopilar información sobre las participantes. Esto debido a que los centros e instituciones de este tipo suelen ser bastante cuidadosos con la confidencialidad, anonimato y privacidad de sus pacientes. También sucedió que muchos de los padres de participantes menores de edad no estuvieron de acuerdo con que sus hijas participaran, es por ello que la muestra se considera pequeña. Finalmente, se identifica que, al igual que en varios estudios sobre esta problemática, la investigación está un tanto restringida en cuanto a la muestra, debido a que se trabajó solo con una institución salud determinada. Esto podría considerarse no representativo de la mayoría de la población adolescente diagnosticada con TCA.

De manera general, se observa dentro de la investigación que las pacientes están encaminadas a una mejoría puesto que están ya en un tratamiento que seguirá aportando a su desarrollo integral. Ahora bien, se ha confirmado la relación entre el nivel de funcionamiento familiar y la autoestima, por lo cual resulta necesario generar mayor conciencia sobre los patrones familiares y trabajar el tratamiento desde un enfoque no solo individual.

Finalmente, este estudio ha logrado su objetivo de aportar al conocimiento existente y profundizar en dos factores sumamente importantes asociados al diagnóstico de TCA, el funcionamiento familiar y la autoestima.



Referencias

- Agudelo Bedoya, M. E., & Estrada Arango, P. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas y las formas de organización y dinámica familiar. *Trabajo social*, (18), 145-156.
- Andrango, I. (2015). La separación de los padres y su influencia en la autoestima de sus hijos de 8 a 11 años que asisten al Colegio Particular Cristiano Jezreel. Facultad de Ciencias Psicológicas. Universidad Central del Ecuador.
- APA, Asociación Americana de Psicología (2021). Trastornos en la alimentación. Centro de apoyo. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos.aspx>
- APA, Asociación Americana de Psicología. (2010, May 21). Trastornos en la alimentación. <http://www.apa.org/topics/eating-disorders/alimentacion>
- APA, Asociación Psiquiátrica Americana. (20143) "Diagnostic and statistical manual of mental disorders."
- Arias, W. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Avances en Psicología*, 22 (1), 23-34. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n1.303>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural* Pearson Education
- Atienza, F., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Escala de autoestima de Rosenberg. *Apunt Psicol*, 22(2), 247-55.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2013), 53–61. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2013.2.257>
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*, 18(6), 289-296.
- Borda Pérez, M., Celemín-nieto, A., Celemín-Nieto, A., Palacio, L., & Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). <http://dx.doi.org/10.14482/>

- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *The British journal of clinical psychology*, 35(2), 193–203. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01176.x>
- Castañeda D, A. (2013) Autoestima, Claridad De Autoconcepto Y Salud Mental En Adolescentes De Lima Metropolitana (Tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Castilla, H. A., Caycho, T. P., Shimabukuro, M., y Valdivia, A. A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos Y Representaciones*, 2(1), 49–78. <https://doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
- Castilla Cabello, H., Caycho Rodríguez, T., Ventura León, J. L., Palomino Barboza, M., & De la Cruz Valles, M. (2016). Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad*, 6(2), 140-153. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2015.0002.00003>
- Chung, J., Hutteman, R., Van Aken, M. A. G., & Denissen, J. J. A. (2017). High, low, and in between: Self-esteem development from middle childhood to young adulthood. *Journal of Research in Personality*, 70, 122–133. doi.org/10.1016/j.jrp.2017.07.001
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders: Theory, Practise, and Clinical Cases*. Lanham: Rowman & Littlefield
- DeSocio, J. E., & Riley, J. B. (2021). Feeding and eating disorders in children and adolescents. In E. L. Yearwood, G. S. Pearson, & J. A. Newland (Eds.), *Child and adolescent behavioral health: A resource for advanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing* (2nd ed., pp. 242–266). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119487593.ch15>
- Del Carmen Salgueiro, M., & Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161-171.
- Dörr, A., Gorostegui, M. E., & Bascuñán, M. L. (2007). *Psicología general y evolutiva*. Mediterráneo.
- Esteves Villanueva, Angela Rosario, Paredes Mamani, Rene Paz, Calcina Condori, Carmen Rosa, & Yapuchura Saico, Cristóbal Rufino. (2020). *Habilidades Sociales en*

- adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comunicación*, 11(1), 16-27. <https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Estevez, E., y Musitu, G. (2016). *Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario*. Madrid, Paraninfo. Colección: Didáctica y Desarrollo. Ediciones Paraninfo, SA.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Feibuscheurez, A. (2009). Características del funcionamiento familiar en el que un miembro padece un trastorno de la conducta alimentaria. Aproximación desde el Modelo Circunflejo.
- Fernández Ruiz, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria: una investigación desde el modelo circunplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9(SPE), 153-162. <https://doi.org/10.22235/cp.v9iEspec.439>
- Fishman, H. C. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar (1a. Reimpr.)*. España: Paidós.
- Flores Forero, L. E. (2017). Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa. <http://dx.doi.org/10.5546/app.2015.519>.
- Friedemann, M. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342> .
- Gomez Sanchez, P. ., Gutierrez, K. ., & L Gutierrez, E. . (2020). Frecuencia de factores de riesgo para el desarrollo de anorexia y bulimia en un colegio de Lima, 2017. *Apuntes Universitarios*, 10(3), 197–206. <https://doi.org/10.17162/au.v10i3.480>
- Góngora, V. C., Liporace, M. F., & Solano, A. C. (2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la ciudad de Buenos Aires
- Gualsaqui Romero, M. J. (2015). *Ansiedad y Autoestima en Adolescentes de 13 a 15 años que provienen de padres separados del Colegio Carmen Mora de Encalada de la Ciudad de Pasaje en el Año 2014 (Master 's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas)*.

- Gutiérrez-Saldaña, P., Camacho-Calderón, N. & Martínez-Martínez, M. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. <https://doi.org/10.1157/13112196>
- Harmon, S. & Thalman, S. (1996). Foundations of family health care nursing theory, practice and research. Philadelphia, FA: Davis Company
- Harter, S. (2015). The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations. Guilford Publications.
- Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and Family*, 62, 212-227.
- Hewitt, P. (2009). Self-Esteem. Em S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology* (Vol.2) (pp. 880-886). Malden, MA: Wiley Blackwell.
- Hinostroza, Pamela, & Lima, Dayamy. (2023). Relacion entre Funcionalidad Familiar y Ansiedad Estado-Rasgo en Adolescentes. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (20), 112-124. <https://doi.org/10.37135/chk.002.20.06>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental: Prevalencia de sentimientos anímicos en la población adolescente de Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*, 18, (1 y 2), 117-120.
- Kline, R. (2010). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (3 era ed.) New York; Guilford Press.
- Krauss, S., Dapp, L. C., & Orth, U. (2023). The link between low self-esteem and eating disorders: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychological Science*, 11(6), 1141–1158. <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>
- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2020). Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of personality and social psychology*, 119(2), 457–478. <https://doi.org/10.1037/pspp0000263>
- Laluzza, J.L., y Crespo, I. (2003). Adolescencia y relaciones familiares. In A. Perinat (Ed.), *Adolescentes del siglo XXI. Aproximación psicológica y social* (pp. 115-140). Barcelona, España: EDIUOC.
- Liu, L., & Zhao, L. (2018). The effect of family functioning on anger: The mediating role of self-esteem. *J. Shanxi Univ. Philos. Soc. Sci. Chin*, 41, 139-144.
- Madariaga, J. M., Novella, I., & Arribillaga, A. (2016). Resiliencia y funcionalidad familiar. *Por qué la resiliencia*, 74-81.

- Maglio, A. L., & Molina, M. F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios; ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 1-10.
- Marfil, R., Sánchez, M. I., Herrero-Martín, G., & Jáuregui-Lobera, I. (2019). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(9), 925-948.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458–467. <http://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Martín, M., Llamazares, C., Alonso, Y., Gómez, B., & Val, E. (2017). Los trastornos alimentarios, un problema de una época donde la imagen pesa demasiado. UBU investiga. <https://ubuinvestiga.ubu.es/los-trastornosalimentarios-un-problema-de-una-epoca-donde-la-imagen-pesa-demasiado/>
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R., & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima metropolitana. <https://doi.org/10.18800/psico.200302.001>
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017. Obtenido del recurso electrónico: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2023). Conocer los Centros de Salud Comunitarios del Perú. Plataforma Digital Única de Estado Peruano. Obtenido del recurso electrónico: <https://www.gob.pe/10942-conocer-los-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>
- Nowakowski, M., McFarlane, T., y Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Olave Medina, S. M., & Romo Palomino, B. Y. (2019). Resiliencia y autoestima en estudiantes con padres separados de dos Instituciones Educativas de Lima sur.
- 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/10.1111/jftr.12331>

- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). The benefits of self-esteem: Reply to Krueger et al.(2022) and Brummelman (2022). <https://doi.org/10.1037/amp0000969>
- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Pearl, R. L., White, M. A., & Grilo, C. M. (2014). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*, 22(5), E142-E148. <https://doi.org/10.1002/oby.20617>
- Pérez A., Pérez, R., Martínez, M., Leal, F., Mesa, I. & Jiménez, I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: Relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39 (2), 61-65.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M.^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Rodríguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *Psychology and Psychological Therapy*, 12, 389-403.
- Roisman, G.I., Masten, A.S., Coatsworth, J.D., & Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, 75, 123-133. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00658.x>
- Rosas, S. (1999). Funcionamiento familiar y rendimiento escolar del adolescente. *Enfermería S. XXI Ciencia y Arte*, 3, 4-17.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Ruiz-MARTÍNEZ, A. O., Vázquez-Arévalo, R., MANCILLA-DÍAZ, J. U. A. N., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G. L., & Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-455.
- Ruiz, M. F., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunplejo. *Ciencias Psicológicas*, (9), 153-162.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, 87(2), 67—80.
- Schulenberg, J. E., Bryant, A. L., & O'Malley, P. M. (2004). Taking hold of some kind of life: How developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16, 1119–1140.

- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239. https://mddedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/jfparchived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-aproposal-for-a-family.pdf
- Smilkstein, G. (1982). Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311. https://researchgate.net/publication/16102221_VValidity_and_Reliability_of_the_Family_APGAR_as_a_Test_of_Family_Function
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- UNICEF. (julio de 2021). Características de la Adolescencia. <https://www.unicef.org/uruguay/documents/adolescentescaracteristicas>
- Vallejos Saldarriaga, J. F., & Vega Gonzales, E. (2020). Funcionalidad familiar, satisfacción con la vida y trastornos alimentarios en estudiantes universitarios.
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M., & Mancilla, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-15232015000200108&lng=es&nrm=iso
- Vázquez, V., & Reidl, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y salud*, 23(1), 15-24. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i1.511>.
- Villalobos Cruz, J. M. (2019). Nivel de Autoestima De Los Hijos/As De Padres Separados En La Institución Educativa “Virgen De La Merced”, Ventanilla, Callao, 2018. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/511>
- Walsh, B. T. (1995). Pharmacotherapy of eating disorders. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, edited by Brownell KD, Fairburn CG. New York, Guilford, 313-317.
- Zila-Velasque, J. P., Grados-Espinoza, P., Regalado-Rodríguez, K. M., Luna-Córdova, C. J., Calderón, G. S. S., Díaz-Vargas, M., ... & Diaz-Vélez, C. (2022). Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Zusman, L. (2009). Los desórdenes de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.



Apéndices

Apéndice A: Consentimiento Informado

El presente trabajo de investigación es conducido por Sandra Roig, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Este trabajo se encuentra bajo la supervisión de la docente Natalie Meza. Esta investigación tiene como objetivo general conocer la relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima en pacientes mujeres con uno o más diagnósticos de TCA. Además, como objetivos específicos, se intentará analizar las diferencias en el funcionamiento familiar según el tipo de diagnóstico, así como las diferencias en el nivel de autoestima según la relación de los padres, es decir, si están casados o separados. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder de forma anónima dos encuestas de 5 minutos cada una, aproximadamente. Una vez finalizado el estudio, las encuestas serán eliminadas.

Asimismo, cabe recalcar que su participación es 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. Por último, mencionar que es libre de finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder, el correo de contacto es a20170314@pucc.edu.pe.

Muchas gracias por su participación.

Acepto participar

No acepto participar

Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos

Nombre: _____

Edad: ____

Grado de instrucción: _____

Diagnóstico:

Anorexia Nerviosa (AN)

Bulimia Nerviosa (BN)

AN y BN

Otros

¿Tus padres biológicos están juntos en la actualidad?

Si

No

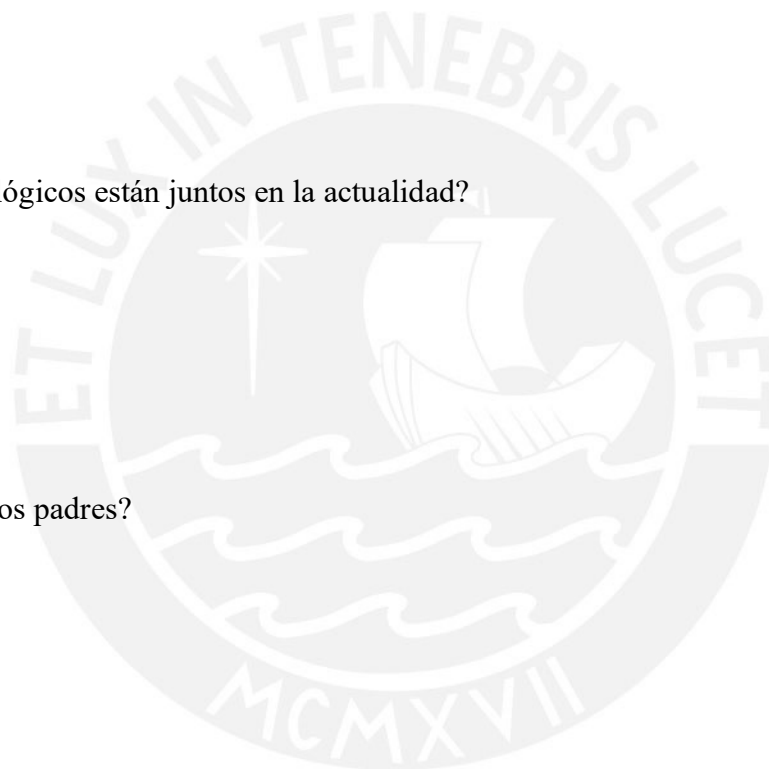
¿Vives con ambos padres?

Ambos

Con mi madre

Con mi padre

Con ninguno



Apéndice C: Pruebas de normalidad

Tabla 4*Pruebas de Normalidad*

Variable	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig
Funcionamiento Familiar	.971	29	.590
Autoestima	.915	29	.023



Apéndice D: Pruebas de Asimetría y Curtosis

Tabla 5*Pruebas de Asimetría y Curtosis*

	Asimetría	DE	Curtosis	DE
Funcionamiento Familiar	-.143	.434	-.760	.845
Autoestima	.745	.434	-.288	.845



Apéndice E: Análisis de Confiabilidad

Tabla 6*Confiabilidad de Escala Apgar Familiar de Smilkstein*

Ítem	Correlación Total de Elementos Corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
FAM1	.71	.67
FAM2	.56	.73
FAM3	.45	.76
FAM4	.51	.74
FAM5	.50	.74

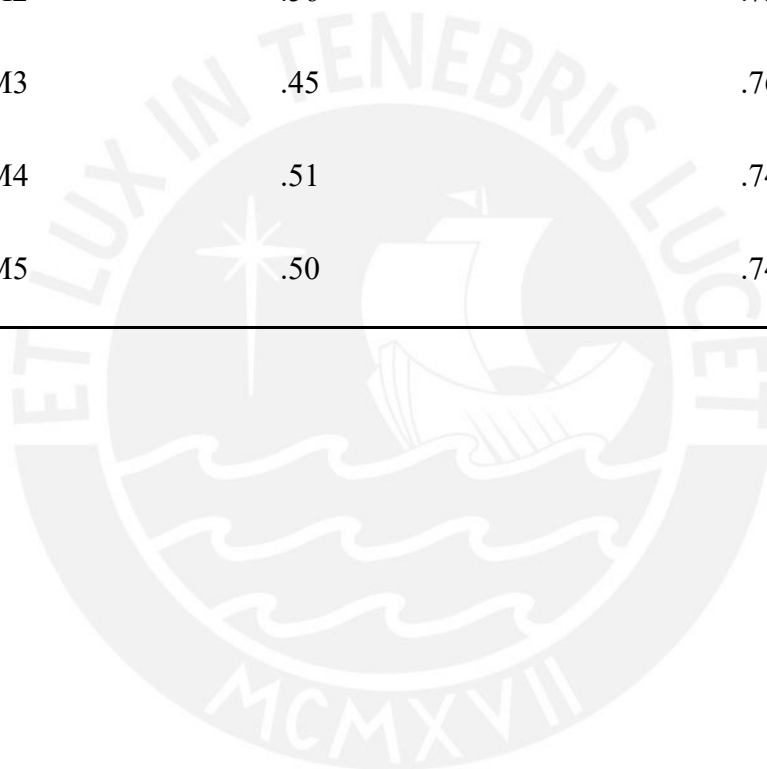
 $\alpha = .78$ 

Tabla 7*Confiabilidad de Escala de Autoestima de Rosenberg*

Ítem	Correlación Total de Elementos Corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
AUT1	.68	.84
AUT2	.69	.84
$\alpha = .87$ AUT3	.68	.84
AUT4	.82	.82
AUT5	.80	.83
AUT6	.10	.88
AUT7	.38	.87
AUT8	.70	.84
AUT9	.72	.84
AUT10	.26	.87