

Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes

Family dysfunction as an associated factor to eating disorders in teenage students

Carlos Eduardo Venegas Tresierra¹
Dady Gardenia Vásquez Becerra²

Recibido: 28 de febrero de 2018
Aceptado: 09 de marzo de 2018

RESUMEN

Objetivo: Establecer que la disfunción familiar es factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes adolescentes.

Material y método: El estudio fue analítico, observacional, de casos y controles durante febrero de 2018 en 154 estudiantes adolescentes del Centro de Preparación Pre-Universitario (CPRE) de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo. La muestra, según criterios de selección, se dividió en 77 casos con trastornos de la conducta alimentaria y 77 controles, en quienes se estableció la presencia de disfunción familiar, además de la edad y género.

Resultados: La edad promedio en el grupo de casos fue de 17.68 ± 1.02 y de 17.61 ± 1.14 en el grupo control, con rango idéntico en ambos (15-19 años), sin diferencia estadística significativa. El género femenino fue más frecuente tanto en casos como controles (53.2% y 59.7% respectivamente), sin diferencia significativa. La frecuencia global de disfunción familiar fue de 61% (94 estudiantes) y mostró diferencia altamente significativa ($p=0.006$), con OR de 2.46 (IC95%: 1.28-4.69), siendo de 62.3% en los casos y de 40.3% en los controles.

Conclusiones: La frecuencia de disfunción familiar es preocupante y constituyó un factor asociado a un riesgo de 2.46 veces para trastornos de la conducta alimentaria. Se sugiere facilitar estrategias de cohesión familiar y estudios multicéntricos.

Palabras Clave: Familia, trastorno de la conducta, alimentación, estudiantes.

1 Doctor en educación. Maestro en administración de servicios de salud. Diplomado en investigación clínica. Diplomado en salud ocupacional y medicina del trabajo. Médico cirujano. Docente ordinario de los cursos de Proyecto de Investigación, Tesis 1 y Tesis 2 en la Facultad de Medicina Humana y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego. Realizó la metodología, análisis de datos y elaboración del artículo científico.

2 Médico cirujano. Llevó a cabo la búsqueda bibliográfica y ejecución del plan de investigación.

ABSTRACT

Objective: To establish the family dysfunction as a factor associated to eating disorders among teenage students.

Material and Methods: An analytical, observational study of case-control design was carried out on February 2018 in 154 teenage students from Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo's Centro de Preparación Pre-Universitario (CPRE). The sample consisted of 154 teenage students according to selection criteria, divided into two groups: 77 students with eating disorders and 77 controls in whom the presence of family dysfunction was established, in addition to age and gender.

Results: The mean age was 17.68 ± 1.02 in cases and 17.61 ± 1.14 in controls, with the same numeric range in both groups (15-19 years) and without significantly difference. Female gender was more frequent in cases and controls (53.2% y 59.7% respectively). The overall frequency of family dysfunction was 61% (94 students) with highly significantly difference ($p=0.006$, $OR=2.46$ (IC95%: 1.28-4.69), the rate was 62.3% in cases and 40.3% in controls.

Conclusions: The frequency of family dysfunction is worrying and was a factor associated with a risk of 2.46 times for eating disorders. It is suggested to facilitate strategies for family cohesion and multicenter studies.

Keywords: Family health, family relations, eating behavior, students.

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria puede definirse como un conjunto de acciones que lleva a cabo una persona para responder a requerimientos de diversa índole relacionados con los alimentos¹.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías caracterizadas por la alteración de la conducta referida a la ingesta de alimentos y al comportamiento con el fin de controlar el peso corporal. Se han reconocido categorías como la anorexia nerviosa, la bulimia y los TCA no identificados².

Según una revisión, el término TCA tiene dicha denominación en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), la misma que ha sido modificada en su quinta versión (DSM-5) en comparación al DSM-4, considerándose ahora como trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos³. Adicionalmente, los cambios introducidos afectan las frecuencias estimadas de las categorías anteriormente reconocidas dentro de los TCA debido a una disminución del umbral para la identificación de anorexia y bulimia, además

de incorporar al trastorno por atracón como una entidad específica⁴.

La anorexia nerviosa, definida como falta de apetito, tiene como característica rechazar el peso corporal mínimo esperado debido al gran temor de que se incremente; la percepción corporal de la persona está alterada. Por otra parte, la bulimia, entendida como sensación de hambre desmesurado, presenta episodios cíclicos y recurrentes de atracones seguidos del vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, ayuno drástico y/o ejercicio excesivo⁵.

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia se consideran enfermedades de la civilización actual, con cifras de prevalencia en aumento en mujeres adolescentes y jóvenes⁶. En general, se considera que los TCA afectan a gran parte de la población adolescente y, aunque los datos epidemiológicos reales no son fáciles de estimar, se ha llegado a considerar que pueden presentar una prevalencia de alrededor del 3%^{7,8}.

Se considera que los TCA ponen en riesgo la vida de quienes los padecen y la anorexia, en particular, presenta la tasa más alta de mortalidad⁹.

Si bien es cierto que el diagnóstico definitivo de un TCA lo realiza un especialista, existen cuestionarios para su tamizaje como el Test SCOFF, que es un acrónimo de cinco preguntas, el Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q), el Eating Attitudes Test (EAT); también el inventario de trastornos alimentarios (EDI), que cuenta hasta con 3 versiones, entre otros¹⁰⁻¹².

Se ha planteado que la etiología de los TCA es multifactorial. Se han considerado de riesgo a la historia familiar del trastorno, la obesidad, alguna enfermedad afectiva y la baja autoestima, incluyendo alcoholismo en padres, entre otros. Un enfoque más general considera que son patologías influidas por factores genéticos, ambientales y psicológicos. La conducta familiar puede ejercer efecto sobre la salud física y psicológica de sus propios miembros¹³.

Factores de riesgo como la obesidad en las madres, sus dietas restrictivas, la presión a las hijas sobre su peso, la apariencia y las conductas alimentarias compulsivas son relevantes. Las familias inestables y sin autoridad ante los hijos facilitan dicha situación. Tampoco se observan en ellas las comidas en familia¹⁴. Behar y cols. también identifican evidencia sobre la influencia que tienen las madres en los TCA de hijas e hijos¹⁵.

Sumado a lo anterior, se ha sopesado que las madres cumplen un papel clave en la transmisión de hábitos alimentarios saludables, aunque la incorporación al mundo laboral de la mujer y el trabajar fuera del hogar disminuye el tiempo de atención al niño y el tiempo para cocinar, con la posterior pérdida de autoridad de los padres^{16,17}.

Se debe tomar en cuenta que el sistema de la familia no necesariamente es de padre-madre-hijos, ya que hoy existen otras variantes familiares. Se menciona también que tanto la crisis de la economía como de los valores afectan principalmente a familias con hijos adolescentes¹⁸. A propósito de la adolescencia debemos considerar que, según la Organización Mundial de la Salud, es una etapa que sigue a la niñez y antes de la edad adulta, entre 10 a 19 años¹⁹.

Retomando el tema de la familia, su estudio constituye una necesidad para el profesional de la salud al ser el grupo más relevante e influyente en la formación de una personalidad estable. El

papel que pueda cumplir la familia para contribuir a la personalidad del ser humano depende del funcionamiento de sus miembros. Se ha contemplado que, en la etapa de adolescencia, la disfunción familiar predispone a trastornos emocionales, expresados en conductas dañinas para el adolescente²⁰. No está demás considerar que esta etapa de la vida ofrece a la persona la posibilidad de formarse profesionalmente, por lo que está vinculada con la etapa de ser estudiante. Así, planteamos que los TCA pueden conformar parte de esta situación.

Algunas evidencias permiten considerar la relación entre la percepción de la crianza y los TCA, identificándose un mayor rechazo de los padres, además de menor afecto e incluso sobreprotección²¹.

Respecto al funcionamiento de la familia, precisamente el APGAR familiar, creado por Smilkstein, se utiliza para referir la forma en que la persona lo percibe, evaluando cinco dimensiones que son adaptación, participación, gradiente, afecto y recursos, cuyas letras iniciales funcionan como un acrónimo para denominarlo. Este instrumento está validado en diversas realidades²². Consta de 5 ítems con respuesta estilo Likert de cinco alternativas y puntajes entre cero y cuatro; está dirigido a adolescentes¹⁸.

En cuanto a investigaciones previas sobre disfunción familiar y TCA encontramos algunas aproximadas, como es el caso de Mateos-Agut y cols. quienes publican en 2014 una investigación española comparativa a base de un cuestionario aplicado a 108 familias con TCA y 108 sin éste, identificando diferencias en la estructura familiar en cuanto a la aparición y mantenimiento de los TCA, aunque, por ejemplo, el antecedente de problemas psiquiátricos también fue detectado. La gran mayoría fueron mujeres, el alcoholismo se presentó con más frecuencia en casos de TCA. La relación de los miembros de la familia fue egoísta en el 10% y 1.9% respectivamente; la percepción de un vínculo bajo y la muy baja comunicación también fueron más frecuentes en el grupo con TCA. La falta de liderazgo se identificó en 19.4% y 4.6% y la organización de las comidas fue nula en el 28.7% y 6.5% para cada grupo²³.

Holtom-Viesel y col. en una revisión sistemática publicada en 2014 sobre funcionamiento familiar y TCA encontraron que fue importante la percepción positiva sobre el funcionamiento familiar, aunque las conclusiones fueron limitadas, señalando que se necesita más investigación al respecto²⁴.

Rosas, en una investigación no experimental descriptivo-correlacional en Lima, Perú, publicada en 2017, estudió a 16 pacientes con TCA en base al inventario EDI II y una escala de clima familiar. Ambos trastornos se asociaron significativamente con la relación familiar, valor $p < 0.05$, aunque el instrumento utilizado para la relación familiar fue distinto al APGAR familiar. Aun así, el 87.5% de pacientes con TCA describió su relación familiar como deficiente²⁵.

Tomando en cuenta la literatura revisada, en esta investigación consideramos conveniente promover el estudio de la disfunción familiar como factor asociado al riesgo de TCA, habiéndose abordado estos temas de diversos modos, aunque no de manera específica en cuanto a funcionalidad de la familia y, al mismo tiempo, con un instrumento breve y práctico. Así mismo, la investigación tiene relevancia social ya que los resultados se pensaron en beneficio de la población estudiante adolescente con riesgo de este tipo de trastornos desde un enfoque de la familia, con la posibilidad de generar medidas de apoyo para la preservación de su salud. Se aporta también un valor teórico, ya que fomenta conocer con más precisión los TCA y el funcionamiento familiar; contribuye, además, a llenar un vacío de conocimiento generado por la duda en cuanto a la relevancia de la disfunción. En base a lo planteado, nos preguntamos si la disfunción familiar fue un factor asociado a TCA en estudiantes adolescentes, por lo que nuestro objetivo general fue precisamente establecer dicha variable como factor asociado, además de constituirse en nuestra hipótesis de trabajo, siendo también nuestros objetivos específicos el identificar las características generales de los estudiantes en cuanto a edad y género, así como la frecuencia de disfunción familiar y asociar la presencia de ésta en cuanto al riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

En cuanto al diseño, se trató de un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, aplicado en el Centro de Preparación Pre-universitario (CPRE) de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo durante el año 2018. La muestra totalizó 154 estudiantes seleccionados aleatoriamente, a los que se les pretendió asociar la exposición a disfunción familiar y de los cuales se conformó previamente un grupo de casos con 77 que presentaron TCA y otro de 77 controles sin TCA.

De los estudiantes disponibles, en el grupo de casos se incluyó a aquellos que pertenecieron al ciclo académico 2018-0 independientemente de su género, menores de 20 años de edad, que aceptaron participar en la investigación y que fueron encuestados únicamente en el mes de febrero de 2018. Para el grupo control, los criterios de inclusión fueron los mismos. Para casos y controles se excluyeron aquellos estudiantes que abandonaron la encuesta, que la respondieron de forma incompleta, que refirieron toxicomanías en sus padres, historia familiar de anorexia o bulimia, antecedente de obesidad en padres y estudiantes con discapacidad.

La fuente de información para la recolección de datos fue primaria, ya que se trató del propio estudiante. Para llevar a cabo dicha recolección se tramitó previamente la autorización de la dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la institución en estudio. Obtenido el permiso, se ubicó a los estudiantes en los pasillos y áreas de reunión y recreación, entablándose una comunicación cordial previa, además de proporcionar información general y el propósito de la investigación. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, que a su vez constituyó el instrumento de recolección. Se necesitó el asentimiento verbal del estudiante, caso contrario se procedió a encuestar al inmediato siguiente. La encuesta tuvo una duración promedio de 10 minutos y se aplicó en 3 días consecutivos hasta alcanzar el tamaño de muestra necesario.

El instrumento de recolección de datos se basó en encuestas sobre la identificación de la disfunción familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que fue dividido en 3 partes; la primera identificó características generales de los estudiantes, la segunda el funcionamiento familiar y, finalmente, el riesgo de TCA. Estas últimas partes consideraron instrumentos ya validados.

La primera sección del instrumento contó con 6 ítems dirigidos a las características generales de los estudiantes; con dos respuestas abiertas y las últimas cuatro con respuestas cerradas dicotómicas.

La segunda sección se enfocó en la disfunción familiar y contó a su vez con 5 ítems, todos de preguntas cerradas con respuesta tipo Likert para lo cual se utilizó la Escala APGAR Familiar¹⁸. Cada ítem tuvo 5 alternativas de respuesta, siendo 0 = nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3=casi siempre y 4=siempre; la puntuación mínima y máxima abarcó entre 0 a 20. Se consideró sin disfunción cuando el puntaje registró entre 17 a 20 puntos y de 0 a 16 disfunción²².

La tercera sección del instrumento se refirió al riesgo de TCA y se basó en el test de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT)²⁶, instrumento recomendado para validar casos incipientes de anorexia y bulimia de alta confiabilidad y validez mundial y, específicamente, el EAT-26, versión abreviada del EAT-40, el cual conserva todas las propiedades de validez y confiabilidad del original, probado en hombres y mujeres y en diferentes grupos de edad²⁷. Contiene los primeros 26 ítems de la versión más amplia e incluye tres subescalas de dieta, con 13 ítems, bulimia y preocupación por la comida con 6 ítems y control oral con 7 ítems. Los 26 ítems tuvieron 6 alternativas de respuesta tipo Likert que van desde cero puntos para nunca, casi nunca y a veces, un punto para bastantes veces, dos puntos para casi siempre y tres puntos en el caso de siempre. La puntuación total resultó de sumar los valores de los ítems, con la precaución de que el ítem 25 se puntuó a la inversa. Se consideró como la posibilidad de no presentar TCA un puntaje ≤ 19 . La posibilidad de presentar TCA significó un puntaje de 20 a más.

Al finalizar la encuesta se realizó un control de calidad para verificar los criterios de selección propuestos y con ello se conformó el grupo de casos y controles. Se procesaron los datos obtenidos y, en base al análisis de los resultados, se elaboraron la discusión y conclusiones.

Operacionalmente se trabajó con variables cualitativas nominales, las cuales fueron disfunción familiar, TCA y género y una cuantitativa en base a la edad. La disfunción familiar fue definida como percepción de insatisfacción del estudiante por la forma cómo se relacionó con su familia, determinada por la Escala de Apgar Familiar. El TCA se definió operacionalmente como la posibilidad de patología de alteración de la conducta de la alimentación determinada por el estudiante por medio del test de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT). Se midió también las características generales, las cuales abarcaron los datos del estudiante de la Universidad Privada Antenor Orrego referidos a la edad, así como el género, definido como el grupo fenotípico al que perteneció el estudiante.

Dado que la población de estudio fue conformada únicamente por estudiantes pre-universitarios se asumió que la edad fue similar al hacer la comparación entre casos y controles.

Para disminuir la posibilidad de sesgo se tomó en cuenta factores propuestos en la literatura que pudieron favorecer la posibilidad de TCA como toxicomanías en los padres, historia familiar

de anorexia o bulimia, así como antecedente de obesidad en los padres. Estos aspectos fueron planteados como criterios de exclusión, mencionados previamente. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

El tamaño de la muestra fue establecido por la fórmula para casos y controles.²⁸

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Se obtuvo un $n=77$, por lo que se consideró este valor para casos y uno similar para controles.

En cuanto al procesamiento estadístico de los datos, se realizó en un equipo de cómputo con Windows 10, el cual tuvo instalado el paquete estadístico Epidat 3.1 para los cálculos respectivos. En cuanto a la estadística descriptiva se utilizó el cálculo de frecuencias para variables cualitativas y para la variable cuantitativa medidas de tendencia central en base a la media aritmética y medidas de dispersión como la desviación estándar. Se utilizaron representaciones tabulares y gráficas para la presentación de resultados. En cuanto a la estadística inferencial, para establecer diferencias significativas al analizar la asociación de las variables cualitativas, se utilizó pruebas no paramétricas en base a Chi cuadrado (χ^2), estableciendo asociación significativa cuando el valor p fue menor a 0.5. Por tratarse de un diseño de casos y controles se calculó como estadígrafo el Odds Ratio (OR).

No se identificaron datos ausentes debido a los criterios de exclusión propuestos, por lo que no hubo necesidad de tratamiento estadístico especial.

Se tomó en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki²⁹, revisados en Taipei en 2016. Por ello se mantuvo la protección de la dignidad así como la privacidad y confidencialidad de los datos que fueron recolectados en el proceso investigativo. La encuesta fue anónima.

No se realizaron maniobras de experimentación por lo que no se utilizó un consentimiento informado, ya que la investigación únicamente se basó en recolectar datos a través de la encuesta, sin embargo fue necesario contar con el asentimiento verbal del encuestado. Tomando en cuenta el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú³⁰, la información proveniente de la presente investigación evitó incurrir en falsificación ni plagio y no se presentó conflicto de interés.

RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de estudiantes encuestados en el centro de preparación pre-universitario (CEPREU) de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú, durante el mes de febrero del 2018. La encuesta se aplicó a un total de 176 alumnos con edades entre 15 a 19 años de 196 potenciales. De las 176 encuestas, 9 no se consideraron válidas, ya que 2 de ellas tuvieron un llenado incompleto y 7 involucraron a los criterios de exclusión, una por historia de alcoholismo familiar y 6 por obesidad en padres, quedando 167 de las cuales 77 presentaron TCA y conformaron el grupo de casos; 81 no presentaron TCA, de las que se escogieron aleatoriamente 77 para constituir el grupo control. Ambos grupos fueron analizados.

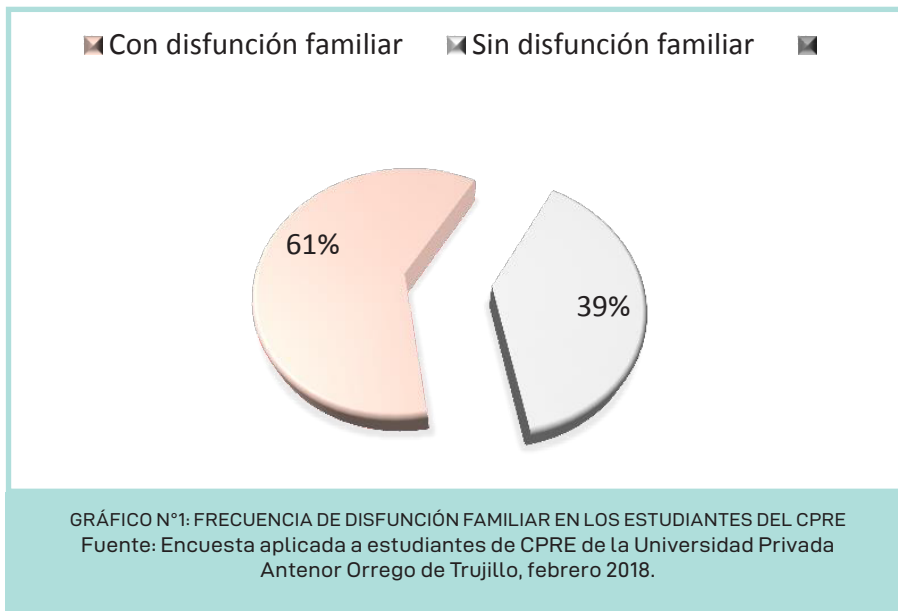
Se describieron las características generales de ambos grupos, según el cuadro N°1.

CARACTERÍSTICAS GENERALES	CON TCA (grupo de casos)			SIN TCA (grupo control)		
	Media	Desviación estándar	Rango	Media	Desviación estándar	Rango
Edad*	17.68	±1.02	15-19	17.61	±1.14	15-19
Género†	N° de casos		Porcentaje	N° de casos		Porcentaje
Femenino	41		53.2%	46		59.7%
Masculino	36		46.8%	31		40.3%
Total	77		100.0%	77		100.0%
* en años; $p=0.69$						
† $p = 0.42$						

Cuadro N°1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIANTES DEL CPRE
Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la CPRE de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, febrero 2018.

Se observa que tanto en la edad como en el género, en el cual el femenino fue más frecuente, no se determinó diferencia estadísticamente significativa.

En el siguiente gráfico se identificó la frecuencia de la disfunción familiar en todos los estudiantes del CPRE encuestados.



El gráfico 1 nos indica que, del total de estudiantes encuestados, la frecuencia de disfunción familiar fue de 61%. En el cuadro N°2 se presenta la asociación entre la disfunción familiar en relación a la presencia de TCA.

En el grupo con TCA, la frecuencia de disfunción familiar fue de 62.3% frente al 40.3% de los controles; adicionalmente el OR de 2.46 tuvo IC95% y valor p significativos.

DISFUNCIÓN FAMILIAR	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA				OR	IC95%	VALOR p*
	SÍ		NO				
	N° de casos	Porcentaje	N° de casos	Porcentaje			
Sí	48	62.3%	31	40.3%	2.46	1.28-4.69	0.006
No	29	37.7%	46	59.7%			
Total	77	100.0%	77	100.0%			

* con $\chi^2=7.51$

CUADRO N°2: ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN PRESENCIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
 Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de CPRE de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, febrero 2018.

DISCUSIÓN

Pese a que siete encuestas fueron excluidas, dentro de ellas una por historia de alcoholismo familiar y seis por obesidad en padres, sumadas a 2 por no contestarse completamente, la obtención de la información necesitó un periodo de sólo tres días debido a la participación favorable de los estudiantes. La conformación de casos y controles fue exitosa, no fue necesario ampliar el periodo de estudio por tratarse de una institución con una considerable y accesible población estudiantil.

Basándonos en que la literatura científica menciona que los TCA se pueden presentar en jóvenes y adolescentes⁶, se presentó la oportunidad de escoger una institución que permitió encontrar casos de estudio. A ello se sumó la elección de disfunción familiar como variable independiente, tomando en cuenta que Calderón y cols.²⁰ reconocieron que predispone a trastornos que se reflejan en actitudes no deseadas.

Los resultados, en cuanto a edad y género del primer cuadro, permitieron establecer que no hubo diferencia estadística significativa tanto en casos como controles. Este resultado refleja que la oportunidad de comparación con el grupo control fue adecuada, sugiriendo ser una población similar en dichas características. Este aspecto incluso se recomienda para un pareamiento, aunque en nuestro caso no se pretendió tomarlo en cuenta. También sugiere que el establecimiento de la asociación entre disfunción familiar y TCA evitó sesgo.

Por otro lado, descriptivamente observamos que el promedio de edad rondó alrededor de los 17 años y medio, lo cual permite afirmar que los estudiantes investigados pertenecieron a la edad de la adolescencia, de acuerdo con lo establecido por la OMS¹⁹, la cual abarca hasta los 19 años. Adicionalmente se corroboró que el género femenino fue más frecuente en ambos grupos, dato que en parte se vincula a lo documentado por Krizbai y cols.⁶ en cuanto al riesgo de afectación del TCA en dicho género. También quedó establecido que, cuando consideramos al estudiante, identificamos específicamente a adolescentes.

Otro aspecto relevante se presentó en el gráfico 1, referido a la frecuencia preocupante de disfunción familiar, la cual alcanzó 61%. Cabe mencionar que este dato fue general, es decir, calculado en base a la suma de casos y controles. La relevancia de

esta eventualidad se ha comentado previamente, al proponerse como una variable que predispone al adolescente a trastornos emocionales psicológicos²⁰. Por ello, esta situación debe ser motivo de reflexión, donde la responsabilidad que demanda la conformación de una familia y la necesidad de preservarla se hace sugerente, siendo necesarias estrategias de cohesión familiar.

El dato primordial de esta investigación se reflejó en el segundo cuadro, donde la disfunción familiar resaltó como un factor que ocasiona un riesgo de 2.46 veces de condicionar un TCA, lo cual permitió cumplir nuestro objetivo de establecer a aquella como un factor asociado de TCA en los estudiantes. Nuestro resultado se comparó con lo hallado por Rosas²⁵ en un estudio limeño, el cual reportó una mayor frecuencia de pacientes con TCA y con una relación familiar deficiente, lo cual se aproximó a lo que encontramos en nuestra investigación, aunque utilizando instrumentos distintos. Se observó, incluso, una frecuencia más elevada que la nuestra, lo cual pudo relacionarse con que la población perteneció a un centro especializado de atención y con un rango de edad que no solo abarcó al adolescente. Aun así, el resultado refuerza la importancia que representa una familia funcional.

Nuestra investigación no incluyó estudiantes con variables adicionales como toxicomanías en los padres, específicamente alcoholismo, así como historia familiar de anorexia o bulimia y antecedente de obesidad en los padres, ya que fueron omitidos en nuestros criterios de exclusión, para evitar que pudieran afectar la relación con el TCA y generar sesgo.

El resultado obtenido es un reflejo apropiado de dicha institución, sobre todo si tomamos en cuenta que la potencial población era de 196 y, al estudiar 154 se abarcó a poco más del 78% de la misma. Nuestro trabajo cumplió con los objetivos propuestos y consideramos que los datos son relevantes y generalizables para el centro de estudios elegido, permitiendo además sugerir la ejecución de investigaciones más amplias y multicéntricas.

Entre las limitaciones de este trabajo debemos mencionar a la recolección de datos, la cual fue retrospectiva a base de encuestas, que, como bien sabemos, requiere de la memoria del encuestado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Este aspecto se identifica como una posibilidad de sesgo, aun así es igualmente conocido que la técnica de la encuesta es una de las más utilizadas en la investigación científica.

En el aspecto clínico, si bien es cierto se utilizó instrumentos recomendados para la identificación de variables, reconocemos que la necesidad de un especialista, específicamente para la confirmación del TCA, es necesaria y no se contó con este debido a los recursos limitados de esta investigación, por lo que el grupo de casos no discriminó entre riesgo y diagnóstico definitivo. Aun así, metodológicamente se cumplió con su ejecución correcta, además de una interpretación adecuada de los instrumentos de recolección y con respaldo de la literatura científica, en cuanto a su elección oportuna.

Nuestros resultados establecieron la asociación específicamente para adolescentes y no se tomó en cuenta al grupo de jóvenes debido a que el área elegida al momento en que se ejecutó la investigación, no permitió identificar a estudiantes mayores de 19 años, ya que se trató de un área preuniversitaria, que corresponde precisamente a un rango menor de dicha edad.

Por otro lado, sugerimos estudios posteriores que incluyan también la situación de pérdida de alguno de los padres, debido a que no se puede asegurar si condicionó de cierta manera la respuesta negativa de alguno de los ítems de la Escala de Apgar Familiar utilizada en esta investigación; la procedencia foránea también puede sugerirse dentro de los próximos estudios, que podrían ser adicionalmente multicéntricos.

Para culminar, consideramos que la disfunción familiar confirma ser un factor relevante en el riesgo de TCA, específicamente para estudiantes adolescentes de nuestro lugar de estudio. Los resultados de estudios similares conformaron un referente aproximado de comparación, que sirvió principalmente como punto de partida para este trabajo, aunque ninguno se enfocó en forma específica en la población que escogimos, lo que es apreciable para la institución elegida. Los recursos que se utilizaron en este trabajo fueron autofinanciados.

1. Reyna R, Martínez-Rojano H, Sánchez-Jiménez B, Ramírez C, Ovando G. Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2012; 62(2): 145-54.
2. Peña M, López S, Liévano M. Conductas alimentarias asociadas a TCA en estudiantes universitarios que asisten a un centro de formación deportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* 2014; 7(2): 29-38.
3. Vázquez R, López X, Ocampo M, Mancilla-Díaz J. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2015; 6(2): 108-120.
4. Castejón M, Berengüi R, Garcés E. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2016; 36(1): 54-63.
5. Marmo J. Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av. Psicol.* 2014; 22(2): 165-78.
6. Krizbai T, Csenki L, Pászthy B, Szabó P. Emotional and Autobiographical Memory Deficits in Anorexia Nervosa. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 2016; 2: 191-204.
7. Fernández M, Masjuan N, Costa-Ball D, Cracco C. Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta. *Ciencias Psicológicas* 2015; 9(2): 153-62.
8. Sánchez V, Aguilar A, Vaqué C, Milá R, González F. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. *Aten Primaria* [Internet]. Ago-Set 2016 [citado 25 Jun 2018]; 48(7):468-68. Disponible en URL: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-resumen-diseno-validacion-un-cuestionario-evaluar-S0212656715003376.
9. AED. Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders. Illinois: Academy for Eating Disorders; 2011. 17 p.

10. Leyva B, Henarejos S, Martínez A. Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2014; 20(3):109-117.
11. Rutzstein G, Leonardelli E, Scappatura M, Murawski B, Elizathe L, Maglio A. Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios – 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2013; 4: 1-14.
12. Ponce C, Turpo K, Salazar C, Viteri-Condori L, Carhuancho J, Taype A. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública* 2017; 43(3): 552-63.
13. Vázquez V, Reidl L. El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud* 2013; 23(1): 15-24.
14. Rodríguez M, Hernández J, Bolaños P, Ruiz-Prieto I, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria* 2015; 32: 1786-95.
15. Behar R, Arancibia M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Rev Chil Pediatr* 2014; 85(6): 731-39.
16. González-Pastrana Y, Díaz-Montes C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Rev. salud pública* 2015; 17(6): 836-47.
17. Macías A, Gordillo L, Camacho E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr* 2012; 39(3): 40-43.
18. Castilla H, Caycho T, Shimahukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones* 2014; 2(1): 49-78.
19. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo en la adolescencia*. [Internet]. OMS; [actualizado a 2018; citado 25 Jun 2018]. Disponible en URL: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
20. Calderón I, del Río C, Rodríguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MEDISAN* 2014; 18(11):1523-28.
21. Herraiz-Serrano C, Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Latorre-Postigo J, Rojo-Moreno L, Vaz-Leal F. Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2015; 43(3): 91-8.
22. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz* 2014; 20(1):53-57.
23. Mateos-Agut M, García-Alonso I, De la Gándara-Martin J, Vegas-Miguel M, Sebastián-Vega Carlota, Sanz-Cid B, et al. La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42(6): 267-80.
24. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review* 2014; 34(1): 29-43.
25. Rosas K. Relación familiar e indicadores clínicos asociados en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria de Lima Metropolitana, 2016. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos* 2017; 2(1): 63-77.
26. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871-78.
27. Radwan H, Hasan H, Najm L, Zaurub S, Jami F, Javadi F, et al. Amani Iskandarani Eating disorders and body image concerns as influenced by family and media among university students in Sharjah, UAE. *Asia Pac J Clin Nutr* 2018; 27(3):695-700.
28. Pértegas S, Pita S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *CAD ATEN PRIMARIA* 2002; 9: 148-150.
29. WMA. Declaración de la AMM sobre las Consideraciones Éticas de las Bases de Datos de Salud y los Biobancos. Taipei: 2017: 1-3. [Internet] [citado: 28 Jun 2018]. Disponible en URL: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-salud-y-los-biobancos/>
30. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007. 34 p.