



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES
DEL CASERÍO DE YAURILLA, DISTRITO DE
PARCONA, PROVINCIA
DE ICA, MARZO
2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**BACHILLER:
GILARY CALDERON GARCIA**

**ASESOR:
Mg. NORMA PASTOR RAMIREZ**

ICA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, porque todo lo que soy se lo debo a ellos y por inculcar en mi la importancia de estudiar.

A mi hijo y esposo por el estímulo y apoyo incondicional en todo momento, y por ser ellos la inspiración para culminar la investigación.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por bendecirme y haberme guiado hasta donde he llegado, por haber cumplido mi sueño anhelado.

Agradezco a la Universidad Alas Peruanas por darme la oportunidad y forjarme como profesional.

A mi asesora de tesis Lic. Norma Pastor por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación me ha guiado a culminar la siguiente tesis.

También me gustaría agradecer a mis profesores que durante toda mi formación profesional han aportado a mi superación.

Al caserío de Yaurilla, por el apoyo recibido en la presente tesis y ser parte de mi experiencia profesional, y con esta carrera servir a mi país, la cual es mi vocación.

RESUMEN

Los trastornos alimentarios son patologías altamente frecuentes en adolescentes, con relativo mal pronóstico y dificultades en su abordaje. La literatura señala que las familias tienden a ser más disfuncionales que los controles y la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en su curso. Por distintas razones, los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.

La investigación titulada “Trastornos de conducta alimentaria y funcionalidad familiar en los adolescentes del Caserío de Yaurilla, distrito de Parcona provincia de Ica, marzo 2017,” es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, la población estuvo constituida por 131 adolescentes entre 14 y 19 años según estimación de la población según edad por micro redes y establecimientos de salud del año 2016 y la muestra estuvo constituida por 68 adolescentes que fueron tomados a través del muestreo probabilístico y al azar simple.

Los resultados de la variable trastornos de la conducta alimentaria muestra un consolidado global en los adolescentes que están presentes en 54%(37) y ausentes en 46%(31). Respecto a la variable funcionalidad familiar se obtiene un resultado global de disfuncional familiar en 54%(37) y funcional en 46%(31) según los resultados obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Palabras clave: trastornos de conducta alimentaria, funcionalidad familiar, adolescentes.

ABSTRACT

Eating disorders are highly frequent pathologies in adolescents, with a relative poor prognosis and difficulties in their approach. The literature indicates that families tend to be more dysfunctional than controls and the quality of family functioning plays an important role in their course. For various reasons, eating disorders are emerging diseases that have awakened in recent years a huge interest in social and health care. These are psychosomatic diseases that are among the most frequent chronic health problems in adolescents, and whose lethality is the highest of those detected by psychiatric disorders.

The research entitled "Eating Disorders and Family Functionality in Adolescents in the Yaurilla Village, Parcona district of Ica, March 2017," is a quantitative approach, descriptive, observational and cross-sectional design, the population was constituted by 131 Adolescents between 14 and 19 years according to the population estimate according to age by Micro networks and health establishments of the year 2016 and the sample was constituted by 68 adolescents that were taken through probabilistic sampling and simple random.

The results of the variable Eating Disorders show a global consolidated in adolescents that are present in 54% (37) and absent in 46% (31). Regarding the Family Functionality variable, a global dysfunctional family result was obtained in 54% (37) and functional in 46% (31) according to the results obtained after the application of the research instruments.

Key words: eating disorders, family function, adolescents.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Definición de términos	36
2.4. Hipótesis	37
2.5. Variables	37

2.5.1. Definición conceptual de la variable	38
2.5.2 Definición operacional de la variable	38
2.5.3 Operacionalización de la variable	38
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	40
3.1. Tipo y nivel de investigación	40
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	40
3.3. Población y muestra	40
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65
Matriz	66
Instrumento	68

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	Tabla y gráfico	Pág.
1	Datos generales según edad y sexo de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	45
2	Datos generales según con quien vive los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	46
3	Trastornos de conducta alimentaria según dimensión evitación del alimento de los adolescentes del Caserío de Yaurilla, distrito de Parcona provincia de Ica, marzo 2017.	47
4	Trastornos de conducta alimentaria según dimensión conductas bulímicas y preocupación por la alimentación de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	48
5	Trastornos de conducta alimentaria según dimensión control oral de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	49
6	Trastornos de conducta alimentaria global de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	50
7	Funcionalidad familiar según dimensión cohesión familiar de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	51
8	Funcionalidad familiar según dimensión adaptabilidad familiar de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.	52
9	Funcionalidad familiar global familiar de los adolescentes del caserío de Yaurilla, distrito de Parcona provincia de Ica, marzo 2017.	53

INTRODUCCIÓN

La familia representa un específico e importante contexto social dentro del cual las conductas y actitudes relacionadas al peso, apariencia física y alimentación suelen gestarse; de ahí, la relevancia de investigaciones que expliquen el papel de la familia en los trastornos alimentarios.

Es importante estudiar a la familia pues desempeña un importante papel en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos alimentarios y su estudio debe abarcar de manera conjunta todos los aspectos de la vida familiar que tengan vinculación con hábitos alimentarios y la dinámica familiar. En muchas ocasiones el pobre desempeño de los padres en el entorno familiar podría predisponer a que los hijos desarrollen algún trastorno de la conducta alimentaria.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su capítulo I contiene el planteamiento del problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el capítulo II se detalla los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos.¹

Según la OPS, el principal cambio observado entre los años 1990 a 2010 fue una caída del porcentaje de hogares nucleares de 68,0% a 63,6% y un incremento en el porcentaje de hogares extensos que se mantiene actualmente alrededor del 20% y hogares no familiares.²

En Europa, 2007 se estudió una muestra representativa de 1545 alumnos de ambos sexos con edades entre 12 a 21 años con el objetivo de calcular el de riesgo de TCA, encontrando una frecuencia de 3.43%²¹; ese año otro estudio reportó el doble porcentaje (8.8%).³

En Estados Unidos el 0.5-1% de adolescentes presentaron anorexia nerviosa; 1-2%, bulimia nerviosa y 14%, trastornos de conducta alimentaria no especifica (TCANE)⁴

En México, 2002 se evaluó a universitarios de primer año de Medicina con rango de edad entre 16-25 años mediante el instrumento EAT-26 (Eating Attitudes Test-26) detectándose una prevalencia de 5.8% de trastornos en la conducta alimentaria.⁵

En el 2015, un estudio en estudiantes de secundaria y bachillerato con rango de edad entre 11-20 años denotó mayor cifra (9.84%, AN-0.44%, BN-2.8% y TCANE-6.6%)⁶

Diversos estudios señalan que los problemas alimentarios inician en la niñez y los TCA en la adolescencia-adulto joven, justo en la etapa de colegio y vida preuniversitaria por problemas en el hogar, y hogares disfuncionales. En Perú, estudios realizados en pacientes con anorexia nerviosa del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, entre 1982 y 1998, indicaron que la edad promedio en el que se daba este trastorno era 18.43 ± 6.64 años. El “Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi” realizó los siguientes estudios: en el 2002 (Lima-Callao) reportó 8.3% de prevalencia de TCA (0.1%-AN, 0.8%-BN, 7.4%-TCANE).⁷

En el año 2012, los trastornos de conducta alimentaria fluctuaron entre 3.1-4.5%; afectan principalmente a la población femenina (2.6% de varones, 4.8% de mujeres). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas del sexo masculino que lo padecen.⁸

El Ministerio de Salud realizó investigaciones sobre los desórdenes alimentarios en la sierra y selva peruana encontrando similitud de resultados respecto a los tipos de TCA: anorexia (0.1%) y bulimia (0.4%).⁹

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) un 15% de niños viven solo con la madre; así como hay una considerable frecuencia de familias monoparentales (19,5%). En relación al porcentaje de diferentes composiciones familiares de hogares peruanos, el departamento de Lima concentra el 28,7% de los hogares nucleares, el 34,1% de los hogares extendidos y el 26,9% de los hogares unipersonales. El resto de departamentos concentra en proporciones menores al 10% los diferentes tipos de estructura familiar, esta profunda transformación en nuestro sistema social, confirma la importancia de una dinámica de relación familiar saludable, que influencia, sobre todo, el desarrollo del adolescente, manifestándose con trastornos en la conducta alimentaria.¹⁰

Uretra M, encontró en San Juan de Lurigancho que hasta un 48,7% de adolescentes proviene de una familia disfuncional, lo que los pone en una situación de riesgo y vulnerabilidad.¹¹

En Ica no se han realizado investigaciones al respecto, motivo por el cual motiva a realizar el estudio.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los trastornos de conducta alimentaria y funcionalidad familiar de los adolescentes del Caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

PE1: ¿Los trastornos de conducta alimentaria según evitación del alimento se encuentran presentes en las adolescentes del Caserío de Yaurilla?

PE2: ¿Los trastornos de conducta alimentaria según conductas bulímicas y preocupación por la alimentación se encuentran presentes en las adolescentes del Caserío de Yaurilla?

PE3: ¿Los trastornos de conducta alimentaria según Control oral se encuentran presentes en las adolescentes del Caserío de Yaurilla?

PE4: ¿Cómo es la funcionalidad familiar respecto a cohesión en las adolescentes del Caserío de Yaurilla?

PE5: ¿Cómo es la funcionalidad familiar respecto a adaptabilidad en las adolescentes del Caserío de Yaurilla?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los trastornos de conducta alimentaria y funcionalidad familiar de los adolescentes del Caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, marzo 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1: Identificar los trastornos de conducta alimentaria según evitación del alimento en las adolescentes del Caserío de Yaurilla.

OE2: Verificar los trastornos de conducta alimentaria según conductas bulímicas y preocupación por la alimentación en las adolescentes del Caserío de Yaurilla.

OE3: Examinar los trastornos de conducta alimentaria según control oral en las adolescentes del Caserío de Yaurilla.

OE4: Conocer la funcionalidad familiar respecto a cohesión en las adolescentes del Caserío de Yaurilla.

OE5: Describir la funcionalidad familiar respecto a adaptabilidad en las adolescentes del Caserío de Yaurilla.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud actual que implica deterioro físico, discapacidad psicosocial y aumento de costos personales y sociales. Los TCA son temas de reciente investigación y en Perú hay pocos estudios en adolescentes. La creciente prevalencia de estos trastornos requiere mayor atención pues predispone a los futuros profesionales del país a la desnutrición, obesidad, baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de morbilidad por lo que es eje fundamental la labor preventivo promocional de la profesión de Enfermería.

La presente investigación es original debido a que no existen estudios relacionados con el problema anteriormente mencionado en

el lugar de la investigación. La importancia por investigar está centrada en describir las variables permitiendo así determinar los grados de funcionalidad familiar y los trastornos de conducta alimentaria y nos ayudará a tener una mejor perspectiva del tema a investigar.

La investigación es pertinente ya que cada uno de las variables han tenido aumento en la actualidad teniendo en cuenta la existencia de familias disfuncionales y el incremento de los adolescentes por hacer dieta o en otros casos comen y vomitan para no “engordar.”

De ello la importancia de realizar un estudio que pretende conocer datos actuales respecto al tema y pueda servir de referente para el diagnóstico y tratamiento precoz; sugerir el desarrollo de programas preventivos - promocionales orientados a reducir este problema y contribuir con el bienestar biopsicosocial de la población en general.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados solo serán válidos para poblaciones similares al estudio y con las características propias de los adolescentes del Caserío de Yaurilla teniendo en cuenta que no es la misma realidad que en el Cercado de Ica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

- López, W, Morán, J. (2016). “Funcionalidad familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la unidad educativa Santo Domingo De Guzmán. Ambato Ecuador”. La funcionalidad familiar depende de varios factores que ayudan al desarrollo del ser humano, para que tenga un buen desenvolvimiento en la sociedad, un factor importante es la comunicación porque es el medio por el cual se puede expresar de forma abierta las ideas y sentimientos, como también conocer cuáles son los problemas y necesidades que tienen cada uno de los miembros. En la actualidad este factor se ha visto devaluado por la falta de tiempo para compartir en familia, y el uso excesivo del internet y las redes sociales lo cual ha llevado a que las personas de toda edad pasen varias horas interactuando virtualmente que de manera directa, afectando así a los roles y funciones que deben cumplir las familias y provocando el rompimiento de las relaciones de convivencia que deben mantener entre los miembros. ¹²

Ramón F. En el año 2013 realizó un estudio transversal con el fin de describir la Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra

de adolescentes de distintas culturas de Ceuta Granada. La muestra estuvo constituida por 556 estudiantes de 12 a 20 años de edad, de tres colegios públicos que incluyen niveles de secundaria y bachillerato, randomizada de 4872 estudiantes de los 11 colegios en la ciudad de Ceuta. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario estructurado que fue autoadministrado. Resultados: El 55% fueron mujeres y el 45% varones, su media de edad fue de 14,8 (DE=1,7), la mitad de los estudiantes pertenecían a un nivel socioeconómico medio, y solo el 7% eran de nivel socioeconómico elevado. Solo un 6% reconocía tener frecuentes peleas con los padres; un 27% reconocía tenerlas con los hermanos, el 75% de la muestra cursaba enseñanza secundaria. El fracaso académico (repetir curso) había ocurrido en el 18% del estudiante. El 50% de los adolescentes practicaban poco deporte y el 37% dedicaban más de tres horas por semana a ver la TV. En cuanto al IMC, el 70% de los participantes tenía un peso saludable, el 5% un peso inferior al saludable; el 16%, sobrepeso; y el 10%, obesidad. La presencia de insatisfacción corporal se detectó en el 15%. Presentaron perturbaciones de la conducta alimentaria en el 24% de los adolescentes.¹³

- Ruiz M, Cometa I, Calvo M, Zapata M, Cebollada L, Trébol A. (2013) Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos universidad de Zaragoza. España. En una muestra representativa de estudiantes españoles de 12 a 13 años en colegios de Zaragoza. Evaluación estándar: diseño de corte en dos estadios con cribado con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26 con punto de corte de 20) y entrevista individual semiestructurada (SCAN) de sujetos con criba positiva y negativa. Se calculan las características sociodemográficas, prevalencia de trastornos de conducta alimentaria con sus intervalos de confianza 95% (CI) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk versión 2.0.0 Resultados. La prevalencia puntual de trastornos de conducta alimentaria es el

0,7% de Trastornos Conducta Alimentaria no especificados (TCANE) F 50.9 (CI 95%: 0,3%-1,7%). Conclusiones. Las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 en la población zaragozana de estudiantes adolescentes tempranos es similar a la publicada en otros países desarrollados. La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos es sustancialmente mayor que los síndromes completos.¹⁴

NACIONALES

- Chávez. M. (2016) “Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Lima Perú.” Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Estudio observacional y descriptivo. Se contó con una muestra de 128 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. El análisis se realizó en el software SPSS 22. Resultados: La edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, siendo principalmente menores de edad (58,8%), de sexo femenino (98,3%) y de grado de instrucción de secundaria (96,6%). La disfuncionalidad familiar estuvo presente el 81,4% de adolescentes. Se encontró que “el número parejas sexuales igual o mayor a dos”, las “relaciones sexuales con consumo simultaneo de drogas o alcohol” y tener una “experiencia sexual mayor” no se asociaron a la disfuncionalidad familiar ($p>0,05$); mientras que “el uso de métodos anticonceptivos de barrera” ($p=0,007$), “haber presentado alguna ITS” ($p=0,015$) y una menor edad de inicio de relaciones ($p=0,015$) sexuales si se asociaron con la disfuncionalidad familiar. Conclusión: El uso de

métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar.¹⁵

- Miranda L. (2016) “Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016. Lima”. Objetivo: Describir la prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo; señalar posibles factores asociados y evaluar la consistencia interna del instrumento en la población de estudio. Diseño: Estudio descriptivo correlacional de corte transversal. Los participantes fueron estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en el mes de Enero del 2016. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo 462 muestras. Se aplicó el EAT-26 y se recolectó datos sobre edad, sexo, estado civil, ocupación, área a la que postula, peso y talla. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y U de Mann Whitney; y para medir la consistencia interna del instrumento se calculó el índice alfa de Cronbach. Resultados: El 17.53% de los estudiantes presentaron riesgo de TCA (18.70% de mujeres y 16.38% de varones). El grupo etario más frecuente en el grupo de riesgo fue de 14 a 21 años (98.77%). No se evidenció asociación significativa al relacionar las variables sociodemográficas y riesgo de TCA. La consistencia interna del EAT-26 resultó óptima ($\alpha = 0.827$). CONCLUSIONES: La prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo se mantiene dentro del rango de frecuencias reportadas. El género femenino registró mayor frecuencia de riesgo de TCA que el género masculino y la edad promedio de los casos riesgo de TCA fue 17 años. El EAT-26 tuvo alta confiabilidad en la población de estudio.¹⁶

- Yupanqui D. (2012) "Nivel de autoestima y dinámica familiar asociados a la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna". La muestra fue no probabilística la cual estuvo compuesta por 217 adolescentes de 12 a 19 años. Se recabó la investigación en base a cuestionarios. Resultados: Los adolescentes más afectados son el grupo de las mujeres que presentan un mayor porcentaje en la presencia de riesgo de conductas alimentarias (53,16 %) que en los hombres (46,84 %). Evidenciándose de manera inversa sin riesgo, en mujeres (48,55 %) que en hombres (51,45 %). Además, se evidencia haber mayor problemática en la baja autoestima, donde los hombres jóvenes adolescentes muestran un mayor número (52,94 %) que las mujeres. Se observó también que los hombres adolescentes muestran un mayor número (57,14 %) que las mujeres (42,86). Demuestran que no existe relación significativa con un $p > 0,05$ por lo que se sostiene que no hay relación entre dichas variables. Conclusiones: No hay relación entre el nivel de autoestima y dinámica familiar con las conductas de riesgo de trastornos alimentarios.¹⁷

Antecedentes Locales

No se han encontrado estudios actuales que guardan relevancia para la investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los problemas alimenticios que usualmente experimenta el adolescente son resultado de depresiones, malos hábitos de nutrición y por el hecho de querer las comidas de moda. Pero, aparte de esto, existen dos desórdenes psiquiátricos de la alimentación: la

bulimia y la anorexia nervosa, que actualmente están más presentes especialmente en las jóvenes.

El término “trastornos de la conducta alimentaria” se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica.

Se trata de trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres y en preferencia en la etapa adolescente o pre-adulta e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio.

La mayoría de las personas con trastornos alimentarios inician su problema sin prever en absoluto las consecuencias. Muchas de estas personas persiguen un objetivo válido, que el sentirse mejor con ellas mismas, pero no tienen en cuenta que a menudo los medios no sólo no son adecuados, sino que además resultan nocivos.

En los trastornos de alimentación podemos observar varios aspectos que nos resultan muy familiares sin que los consideremos patológicos: la dieta, la preocupación por la figura, el deseo de agradar, etc. Al lado de éstos aparecen otros comportamientos que si son francamente enfermizos: verse gorda sin estarlo, miedo irracional al aumento de peso, el peligro de muerte en el que se incurre, la desaparición de la regla, la falta de control con la comida, atracones, vómitos, etc.¹⁸

La persona que padece algún trastorno en su alimentación basa en la comida - un particular significativo al que la persona enferma otorga un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos- todos los pensamientos y actos que forman parte de su cotidianeidad, sintiéndose hiperdependiente de

esa idea, con lo cual el alimento se convierte, entonces, en el eje a partir del cual gira la vida y el mundo de relación de la persona que padece el trastorno.

Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar o amigo, etc.

Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados por un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobre todo hacia personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, registrándose un trastorno en la identidad a partir de la nominación de la enfermedad.¹⁹

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes, uno de los factores asociados a la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado.²⁰

Para realizar el diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria se requiere un alto índice de sospecha por parte del clínico, lo que en conjunto con una anamnesis acuciosa, ayuda a evitar el retraso del diagnóstico. Es sabido que el comienzo de este tipo de patología suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido a la familia o al sistema escolar. De aquí la importancia de una detección temprana, antes que el trastorno se instale con sus consecuentes complicaciones médicas, ya que el inicio de tratamiento temprano mejora la respuesta y el pronóstico.²¹

Los trastornos alimenticios se inician o presentan principalmente en adolescentes y púberes; muy probablemente, las personas de mayor edad que los padecen iniciaron conductas sintomáticas en esta etapa de su vida. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17.²²

La expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas.

Los trastornos alimenticios presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante.

De igual modo, ha aumentado la atención que los medios de comunicación y los profesionales prestan a este hecho, lo que remite al tiempo cuando los trastornos padecidos por mujeres empezaron a llamar la atención.

A. ANOREXIA NERVIOSA: Es un trastorno de la alimentación caracterizado por una intensa pérdida de peso autoinducida y un profundo miedo a engordar.

El término anorexia proviene del griego: an (falta) y orexis (hambre). La anorexia denota, por tanto, la falta de apetito, lo que conduce a error ya que en la anorexia nerviosa no existe inapetencia, sino que es la conducta alimentaria la que está alterada. El adjetivo nerviosa hace referencia al origen psicológico de este trastorno. El objetivo principal de los pacientes de anorexia es lograr una reducción intensa del peso corporal y mantenerse en un peso muy por debajo del peso ideal o saludable. La mayor incidencia de la enfermedad se aprecia entre mujeres adolescentes de 14 años, mientras que en los varones es mucho menos habitual. La anorexia nerviosa está relacionada con la bulimia nerviosa, en tanto que ambos son

trastornos de la conducta alimentaria, aunque presentan muchas diferencias de comportamiento y en su perfil psicológico los pacientes

Incidencia: Entre el 0,4 y el 1,5 % de las mujeres de entre 14 y 35 años padecen anorexia nerviosa. Esta suele desarrollarse durante el inicio de la pubertad. El mayor número de casos se registra entre las jóvenes de 14 años. La incidencia en el sexo femenino es 10 veces superior que en el masculino.

Esta enfermedad aparece con mayor frecuencia en determinados grupos profesionales, como las bailarinas de ballet o las modelos, por ejemplo. Si bien es cierto que la anorexia nerviosa es mucho más habitual en las mujeres, este trastorno alimentario afecta cada vez más a chicos jóvenes y hombre adulto

B.BULIMIA NERVIOSA: Es un trastorno de la conducta alimentaria, que se caracteriza por una necesidad imperiosa e irrefrenable de consumir gran cantidad de comida (generalmente con gran contenido calórico) y en un corto espacio de tiempo. Como consecuencia, surge un gran sentimiento de culpa y de autorrepulsa que lleva a la persona a emplear una serie de métodos para evitar la ganancia de peso (provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas y ejercicio físico desproporcionado). También pueden estar varios días sin comer, para compensar el “atracción”.

A diferencia de la anorexia nerviosa, el peso no tiene por qué llamar la atención, por lo que es un trastorno difícil de detectar, ya que los pacientes intentan siempre ocultar sus comportamientos. También se diferencia de la anorexia, en que la persona bulímica no tiene una percepción distorsionada de su imagen (no se ve gorda), aunque sí siente pánico por aumentar de peso.

Síntomas

Las conductas más típicas en la bulimia nerviosa son:

Evidentes episodios de atracones de comida. Suelen comer en un espacio corto de tiempo y los alimentos elegidos suelen ser aquellos considerados como “prohibidos”: chocolate, bollos, pizzas...

Idas frecuentes al baño, después de la ingesta de alimentos

Negación de la evidencia, tanto si son sorprendidos en pleno atracón, como sí lo son autoinduciéndose el vómito

Esconder comida, para comerla más tarde

Ejercicio físico desmesurado

Obsesión por pesarse y medirse continuamente

Terror a engordar

Hostilidad e irritabilidad

Cambios bruscos de humor

Entre los **síntomas físicos** más frecuentes, nos encontramos con:

- Ojos enrojecidos e hinchados
- Aumento y bajadas de peso bruscas
- Callosidades en el dorso de la mano (por el roce continuo con los dientes, al provocarse el vómito)

- Caries y esmalte dental dañado (debido a los vómitos recurrentes)
- Calambres
- Dolores musculares
- Ardor de estómago
- Irritación crónica con afonía
- Problemas menstruales.

Complicaciones: Aparte de las alteraciones físicas que se dan en la bulimia nerviosa, hay una serie de complicaciones asociadas:

Depresión (suelen tener la autoestima muy baja y muchos sentimientos de culpa)

Ansiedad

Abuso de sustancias y alcohol

Aislamiento social.

Causas de los trastornos alimentarios:

No se ha establecido una etiología específica para los trastornos alimenticios, se afirma que su causalidad es multifactorial y abarca una multiplicidad de elementos que se combinan y acumulan de manera específica en ambientes diversos y en un momento evolutivo particular la adolescencia- de las personas que los padecen.²³

Se sugieren ámbitos de riesgo que incluyen el contexto cultural y el familiar, la vulnerabilidad constitucional y experiencias adversas de la vida personal que se relacionan en cada caso de manera específica y determinan configuraciones propias en éstos.

Para quienes sufren trastornos alimenticios, la valoración que hacen de sí mismos está sobre determinada por la imagen corporal, en la que se deposita la autoestima y la sensación de control sobre su vida.

Problemas emocionales de todo tipo, conflictos personales en relación con la identidad sexual y de género, con las relaciones interpersonales y la falta de ubicación subjetiva también son determinantes de los trastornos alimenticios.

La negativa a comer o la compulsión bulímica se ofrecen como escenarios en lo que se despliegan deseos inconscientes que están, fuertemente ligados a las vicisitudes de la feminidad. ²⁴

La bulimia se caracteriza por afectar a adolescentes, en su mayoría mujeres, cuyo objetivo es perder peso, aun poniendo en riesgo su propia vida.

Si bien la bulimia también llamada bulimia purgativa (30%) se presenta en un porcentaje un poco menor que la anorexia (60%), no por eso es menos grave o con menos consecuencias, tanto para la salud física como emocional y psíquica.

La bulimia se presenta mayoritariamente en mujeres de entre 14 y 20 años.

Un alto porcentaje posee antecedentes de sobrepeso.

En la bulimia, la purga interrumpe un circuito a través del cual el acto de comer produce una reducción del apetito. Vomitar se considera una solución a corto plazo, pero momentánea. De esta forma, se establece un círculo vicioso que justifica el atracón.

Con el tiempo, la adolescente que sufre de bulimia pierde el control y siente la necesidad imperiosa de vomitar después de comer.

Esta práctica es secreta, por lo tanto se infiere que la adolescente siente vergüenza de su práctica, la cual mitiga con la toma de más purgantes o la provocación de más vómitos.

Determinadas causas como: herencia, presiones culturales, experiencias personales y familiares no favorables, contribuyen al inicio de dietas altamente restrictivas que pueden derivar en una situación de bulimia.

Cuando una adolescente padece de bulimia no es ella en forma directa quien se dirige a la consulta médica, sino sus padres ante la sospecha de que algo no está "bien".

Para determinar exactamente si padece o no de bulimia es necesario poner en práctica un interrogatorio completo sobre los hábitos alimentarios, trastornos digestivos, imagen corporal y síntomas cardiovasculares, etc.

La bulimia en la adolescencia es una patología que debe ser tenida muy en cuenta, ya que puede traer complicaciones importantes a la salud de la persona bulímica, incluso puede llevarla a la muerte.²⁶

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: TEST DE GARNER Y GARFINKEL

Para responder a este instrumento el participante debe leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada uno de los comportamientos expresados en los mismos. Para ello, debe utilizar una escala de seis puntos, tipo Likert, con los siguientes extremos: 1 = Nunca y 6 = Siempre. Los ítems se distribuyen en tres factores, según la siguiente descripción:

El primer factor, denominado evitación de los alimentos, está relacionado con la evitación de alimentos que engordan y con la preocupación por estar más delgado (por ejemplo, me he propuesto hacer régimen; me da mucho miedo pesar demasiado).

El segundo factor, Conductas bulímicas y preocupación por la alimentación, agrupa ítems que reflejan pensamientos sobre la comida e ítems que indican comportamientos bulímicos (por ejemplo, me preocupo por la comida; a veces me he atiborrado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer).

El tercer factor Control oral hace referencia al autocontrol impuesto en la conducta de comer y a la percepción de que los otros ejercen una presión para que la persona gane peso (por ejemplo, en

las comidas tardo más tiempo que los demás; tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiese más).²⁵

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta (conductas de evitación de alimentos), compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13; preocupación por los alimentos (atracones y vómitos), que contiene los reactivos 14, 15, 16, 17, 18 y Control Oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso) compuesto por los ítems 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

Intervención de enfermería en la prevención de los trastornos alimentarios

En los casos de todos los trastornos alimenticios, el personal de enfermería debe realizar una serie de intervenciones, para poder mejorar la calidad de vida de esas personas, y a la vez intentar curarlos, siempre con la ayuda y prescripción del personal médico. Las funciones de la enfermería son muchas, tanto pueden ser asistenciales, como de investigación, como de docencia, etc. En este caso, la función que se corresponde con la ayuda a pacientes con trastornos alimenticios, es la asistencial.

La enfermera deberá realizar los siguientes pasos para llevar a cabo esa intervención:

Toma de constantes y medida de peso diario, control de diuresis; para controlar a nivel interno y a nivel externo.

Administración de refuerzos del programa modificación de conducta. De esta manera la enfermera le explicará a los pacientes la importancia de este programa para su salud, y para los que están a su alrededor.

Técnicas de observación de conducta y expresión emocional.

Ayudar a desahogarse, y compartir con ellos todas sus experiencias, y dudas que puedan tener a cerca de su enfermedad.

Terapia de apoyo.

Grupos de nutrición. Estos grupos servirán para informar a todas aquellas personas que padezcan este tipo de trastornos, de las dietas o hábitos de alimentación más adecuados para su situación.

Trabajo en el comedor: enseñanza de un patrón de comida adecuado. En este trabajo les podrán enseñar a las personas: a comerse toda la comida, a comer en un espacio de tiempo determinado, seguir un orden de pasos, participar en una conversación durante la comida (para hacer de ese gesto algo positivo), etc.

Lo que se quiere conseguir, en definitiva, es una buena educación para la salud, para que muchas personas puedan seguir con su vida, teniendo una buena calidad de la misma, y alejándose de todos esos problemas que los llevaron a caer en la desnutrición a causa de los desórdenes alimentarios.

Objetivos de tratamiento en la consulta de enfermería de atención primaria:

- Realizar un control del paciente con una periodicidad de al menos una visita por semana.
- Instaurar plan de cuidados.
- Primera valoración focalizada completa y posteriormente en cada visita re-evaluar la situación.
- Realizar las intervenciones y evaluaciones oportunas consecuentes al plan de cuidados.
- Enviar información sobre las variaciones en nuestro plan de cuidados al equipo de salud mental.
- Control y seguimiento del plan farmacológico.
- Prevención de recaídas.
- Proporcionar asesoramiento y visitas individualizadas al cuidador o familia.²⁷

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Es la capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa. ²⁸

La funcionalidad familiar es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección, de socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos. ²⁹

La mayoría de autores coinciden en aceptar que, el funcionamiento familiar se concreta a partir de dos procesos esenciales, que operan a partir de la dinámica relacional sistémica en el seno de la familia, uno de los autores que coinciden con esta aseveración del Dr. Gabriel Smilkstein, quien define a la funcionalidad familiar como aquella familia que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.³⁰

Por otro lado, respecto al concepto de disfuncionalidad familiar es un término de uso común y es necesario explicar que la palabra disfuncional no se refiere a que la familia no funciona o no cumple las labores que le atribuye la sociedad. No obstante, una familia que no satisface las necesidades emocionales de sus integrantes, no cumple con sus funciones, o sea es una familia disfuncional. Un aspecto de la disfuncionalidad, es la falta de comunicación, pues los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos, por ende, la unión no es productiva. ³¹

Familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad

aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos. ³²

Otra de las características que aparece asociada a las familias funcionales es el bajo grado de discrepancia mostrado entre sus miembros al percibir la vida familiar; altos grados de discrepancia que puede existir entre los propios padres, o bien entre éstos y sus hijos, por el contrario, aparecen asociados a problemas en el desarrollo personal y social de los miembros de la familia.

En una **familia disfuncional** existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los hijos, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una forma natural y espontánea. Ambos padres o uno de ellos se siente íntimamente presionado a cumplir con su tarea, y tal presión interna se convierte en ansiedad, en desasosiego y exigencias hacia el propio hijo para que cumpla su desarrollo de acuerdo a lo que los padres esperan y no de acuerdo al ritmo natural evolutivo propio. Cuando esta presión interna es muy intensa y persistente, los participantes caen en la desesperación que suele convertirse en castigos físicos y/o malos tratos psicológicos que dañan profundamente la psiquis del niño o joven. Que lo confunden, lo angustian y lo atemorizan. Los miembros de una familia disfuncional, generalmente son personas psicológicamente rígidas, exigentes, críticas y desalentadoras; que no pueden, no quieren, o no saben reforzar y recompensar cálidamente los logros paulatinos de sus hijos y premiar sus esfuerzos, si este se comporta bien. ³³

Cohesión familiar

La cohesión familiar evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se

define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Se usan los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión.

La "cohesión familiar" es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el "yo", esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la cohesión separada si bien prima el "yo" existe presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la cohesión conectada o unida, prima el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, prima el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común. ³⁴

La "comunicación familiar" es el tercer concepto, considerándosela una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación positiva descritas son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad.

Las habilidades negativas son: doble vínculo, doble mensaje y críticas. Reducen la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones. Los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad. Se establece que si se introducen cambios en estas estrategias, también es posible modificar el tipo de cohesión y de adaptabilidad. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.

Las tres dimensiones antes mencionadas de cohesión, adaptabilidad y comunicación pueden organizarse en un Modelo Circumplejo, que facilita la identificación de 16 tipos de familias que más tarde fueron descritas y que dieron origen a la escala de "Cohesión y Adaptabilidad Familiar" (CAF), objeto de este estudio. Puede decirse que el fin perseguido por este modelo es tratar de ensamblar la teoría, la investigación y la terapia familiar.

Adaptabilidad familiar

Se la conoce también como la flexibilidad, se define como "la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales". Ya que un sistema adaptativo requiere el equilibrio de la morfogénesis (cambio) y la morfostásis (estabilidad). La adaptabilidad depende de dos mecanismos regulatorios: los circuitos de retroalimentación positivos y negativos.

La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante (que se traduce en sistemas caóticos) y una situación excesivamente estable (que se traduce en sistemas rígidos).

La "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La

descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La cohesión familiar es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de la familia para cambiar y adaptarse en la presencia de cambios importantes. Existen varios conceptos vinculados con la cohesión familiar como son el cariño entre familiares, la implicación familiar, la unión de padres e hijos y el respeto. De la misma manera, la adaptabilidad de la familia va de la mano de un buen manejo de la disciplina, un buen liderazgo, la capacidad de entendimiento entre los miembros de la familia, así como tener claros los roles y las reglas familiares.

Es importante mencionar que se deben evitar los extremos, ya que demasiada cohesión y/o adaptabilidad familiar pueden llegar a ser disfuncionales, por lo que se debe aspirar a un nivel adecuado de cohesión y adaptabilidad familiar. Del mismo modo, para que la cohesión y adaptabilidad puedan desarrollarse en una familia, la buena comunicación es indispensable. Una buena comunicación nace de la empatía entre los miembros de la familia, la escucha activa, la libertad de expresión, así como la consideración y el respeto entre los miembros de la familia. ³⁵

Actividades que refuerzan las relaciones familiares.

Como se sabe, la familia es el referente de vida de toda persona, donde todo ser humano establece los primeros vínculos afectivos y donde se forma la personalidad, los valores y los patrones de conducta del ser humano, la dinámica familiar será la guía que se tendrá para establecer las relaciones sociales con los demás y brindará las pautas que seguiremos luego con nuestras propias familias.

Considerando el importante rol que cumple la familia es que debemos procurar que exista un ambiente adecuado que proporcione los elementos necesarios para lograr el bienestar y el desarrollo óptimo de cada uno de sus miembros, para ello es necesario que existan relaciones familiares armoniosas caracterizadas por la comunicación, la confianza, apoyo y unión entre todos. Para muchas personas, esto puede resultar importante y necesario pero difícil de ponerlo en práctica; los cambios en nuestra sociedad, la modernidad, la rutina de trabajo y estudio que tienen los miembros de la familia hace que se consideren algunas cosas más importantes que otras, los padres se ven obligados a trabajar durante muchas horas para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos y en consecuencia se pasa menos tiempo con los hijos. En la búsqueda de estrategias que permitan favorecer y mejorar las relaciones familiares, los especialistas recomiendan realizar una actividad aparentemente sencilla pero útil y beneficiosa, el juego es el medio que permite la interacción familiar, una herramienta importante que reúne a la familia y refuerza los vínculos afectivos. Compartir y jugar con los hijos, por lo menos en un momento del día, es útil para favorecer la comunicación y la cohesión familiar, no es la cantidad de tiempo que se les brinde, sino la calidad de estos momentos. El juego estimula la creatividad, la socialización y es un medio importante de comunicación para los niños. Si observamos el juego de nuestros niños podremos conocer sus habilidades, sus gustos, preferencias, capacidades y sentimientos, el juego es la manera por la

cual el niño se comunica y canaliza sus emociones; estas características que han sido delegadas profundamente al juego infantil son aplicables también a personas adultas, quién puede negar que cuando jugamos nos sentimos relajados, nos divertimos y hasta nos olvidamos de nuestras preocupaciones, más aun jugando en familia, desarrollamos aspectos de vital importancia, nos acercamos y comunicamos más, mostramos nuestras emociones y afectos, todo en un ambiente de diversión y espontaneidad y es que para jugar sólo se necesita un momento de nuestro tiempo y las ganas de hacerlo. Si es que existe en la familia falta de comunicación, de interacción, apoyo y unión, el juego puede ser el pretexto perfecto que necesitamos para establecer y fortalecer relaciones familiares armoniosas.³⁶

Escala de funcionamiento familiar: Faces III

El FACES III, consta de dos partes con 20 ítems cada una, las cuales deberán ser puntuadas a través de una escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos desde una visión cuantitativa y de una forma cualitativa contempla los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca. Su primera parte se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento de una forma real.

Se trata de una escala muy sencilla y de rápida aplicación, la pueden completar personas de 12 años en adelante con un grado mínimo de escolarización, pues sus ítems están redactados de forma clara, intentando disminuir la mayor cantidad de dobles negaciones. El sujeto tiene que leer y responder cada una de las frases decidiendo para cada una de ellas, una puntuación que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre).

El FACES III o Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptación Familiar en español validada en Argentina, consta del mismo número de ítems que

la escala original en Inglés, 20 ítems, los cuales deben ser puntuados en un rango de uno a cinco puntos dentro de una escala de Likert..³⁷

Teoría de enfermería Dorothea Orem:

a. Teoría del auto cuidado: En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

- Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b. Teoría del déficit de auto cuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c. Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) Y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo en cuanto a la higiene que debe realizar.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficits de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El rol de la enfermera, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo auto cuidados que son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados asociados a los procesos de

crecimiento y de desarrollo humano y los auto cuidados unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto- cuidados o sobre su capacidad para ejercerlos. ³⁸

Modelo estructural - funcional de la familia

Marilyn Friedman basa su modelo en la interacción de suprasistemas en la comunidad y con los miembros de la familia en forma individual como un subsistema. El modelo está formado por dos enfoques: funcional y estructural. Los componentes del enfoque estructural son: composición de la familia, sistema de valores, patrones de comunicación, roles y jerarquías. Por su parte el enfoque funcional integra como elementos objetivos; las necesidades físicas y cuidados económico y reproductivo, las relaciones sociales y lugar de la familia en la sociedad. Este modelo proporciona una organización para examinar la interacción entre los miembros de la familia y dentro de la comunidad. El modelo incorpora los aspectos físicos, psicosociales y culturales de la familia, junto con la interacción entre ellos; además, es de total aplicación a través del proceso de atención de enfermería, a cualquier tipo de familia y ante variados problemas de salud.

Modelo familiar Calgary

Este modelo reúne diferentes teorías y es el resultado de la adaptación realizada por profesoras de enfermería de la Universidad de Calgary, Canadá. Está basado en tres categorías fundamentales: estructura, desarrollo y funciones de la familia. El estudio de la estructura familiar incluye los aspectos internos y externos. En el aspecto interno se contempla la composición familiar, el rango de orden de sus miembros (jerarquía), diferentes subsistemas según las

generaciones, sexo, intereses, funciones y por último fronteras o normas de la familia. En cuanto al aspecto externo de la estructura familiar se contempla: la cultura, la religión, el status de clase social, medios y familiares lejanos. En el desarrollo familiar se refiere a las etapas, tareas y atribuciones de cada miembro. La tercera categoría referida a las funciones de la familia, la clasifica en instrumental y expresivas. Las funciones instrumentales se refieren a las actividades diarias de la vida y la repartición de las tareas, por su parte las expresivas incluyen: comunicación, solución de problemas, roles, control, creencias, actitudes, expectativas, valores, prioridades, dirección, balance e intensidad de las relaciones entre los miembros.

Este modelo es complejo, con muchos subconceptos para la exploración de enfermería en cada familia. Cuando se utiliza este modelo, la enfermera debe determinar qué situaciones son más importantes y cuál será el foco de atención, además, debe adquirir información general sobre otras áreas. El modelo familiar de Calgary puede ser aplicado en cualquier tipo de familia con diversos problemas de salud.

Modelo de McGill (promoción de la salud en la familia) Moyra Allen

Este modelo orientado hacia la promoción de salud de la familia fue elaborado por una teórica canadiense, su modelo conocido como el Modelo McGill es considerado indistintamente como modelo conceptual o de intervención. Inspirada en el enfoque sistémico, Allen postula que la salud de una nación es el recurso más preciado y que los individuos, familias y comunidades aspiran a una mejor salud y están motivados para lograrla. También sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia.

Según Allen, el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de

sus procesos de aprendizaje. Las características de la relación enfermera - familia son la negociación, colaboración y coordinación.

Los principales conceptos del modelo son: familia, salud, aprendizaje y colaboración. Estos conceptos forman una estructura organizadora para los cuidados aplicados a la situación de salud. Según Allen, la persona es, conceptualizada como la familia. Esta posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad. La familia es activa y tiende a resolver sus problemas, aprende de sus propias experiencias.

La salud es el componente central del modelo. La salud es un proceso social que comprende los atributos personales y los procesos de aprendizaje. Define Allen, que el entorno es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden. La persona (familia) y el entorno están en interacción constante. Según este modelo, la recogida de información es un proceso explorador en el que la familia y la enfermera colaboran y la atención se centra en el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente y que está en relación con otras situaciones vividas en la familia. Para que se produzca un cambio, la familia debe ser un participante activo en los cuidados. ³⁹

Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la

condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos. ⁴⁰

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Trastornos de conducta alimentaria:** Se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Afectan a las mujeres mucho más que a los hombres y en preferencia en la etapa adolescente o pre-adulta e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio.¹³
- **Funcionalidad familiar:** Es la capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa.¹³
- **Familia funcional:** Son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves.¹³
- **Familia disfuncional:** Existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los hijos, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una forma natural y espontánea.¹³
- **Anorexia:** Es un trastorno de la alimentación caracterizado por una intensa pérdida de peso autoinducida y un profundo miedo a engordar.¹³
- **Bulimia:** Es una patología que debe ser tomada muy en cuenta, ya que puede traer complicaciones importantes a la salud de la persona bulímica, incluso puede llevarla a la muerte.¹⁴

- **Adolescentes:** Etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.⁴⁰
- **Cohesión familiar:** Evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. ¹²
- **Adaptabilidad:** Se la conoce también como la flexibilidad, se define como "la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales".³⁴
- **Evitación de alimentos:** Reflejan pensamientos sobre la comida e ítems que indican comportamientos bulímicos.¹⁸
- **Control oral:** Hace referencia al autocontrol impuesto en la conducta de comer y a la percepción de que los otros ejercen una presión para que la persona gane peso.¹⁸

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No aplica por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, no se buscará la relación causa efecto.

2.5 VARIABLE INDEPENDIENTES

- Trastornos de conducta alimentaria
- Funcionalidad familiar

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Trastornos de conducta alimentaria</p>	<p>Se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de ingesta, es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica.</p>	<p>Son aquellos desórdenes alimentarios de los adolescentes del Caserío de Yaurilla, el cual será valorado con la aplicación del Test de Garner y Garfinkel el cual evalúa los trastornos de conducta alimentaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evitación de alimentos. ❖ Conductas bulímicas y preocupación por la alimentación. ❖ Control oral 	<p>Presentes Ausentes</p> <p>Presentes Ausentes</p> <p>Presentes Ausentes</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Funcionalidad familiar	Es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección, de socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos.	Es la capacidad de los miembros de la familia de los adolescentes del Caserío de Yaurilla para transmitir sus experiencias de forma clara y directa, el cual será medido con la aplicación de la Escala de funcionamiento familiar: Faces III	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cohesión familiar ❖ Adaptabilidad familiar 	<p>Funcional</p> <p>Disfuncional</p> <p>Funcional</p> <p>Disfuncional</p>

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativa porque los resultados de las variables fueron procesados numéricamente, observacional porque no se manipularon variables, de corte transversal porque los datos se recolectaron en un momento único haciendo un corte en el tiempo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se ha llevado a cabo en el caserío de Yaurilla perteneciente al distrito de Parcona, provincia de Ica.

Mapa de ubicación del caserío de Yaurilla.



Fuente: Google Maps.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por todos los adolescentes del Caserío de Yaurilla que son un total de 131 adolescentes entre 14 y 19 años según estimación de la población según edad por Micro redes y establecimientos de salud del año 2016.

$$n = \frac{N * Z^2 P * Q}{(N-1) d^2 + Z^2 P * q}$$

Dónde:

N :131
 p :0.1
 q :1-0.1=0.9
 Z :1.96
 d :5%=0.05

$$n = \frac{131(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(131-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.1)(0.9)}$$

$$n = \frac{131(3.8416)(0.09)}{(130)(0.0025) + (3.8416)(0.09)}$$

$$n = \frac{45.29}{0.325 + 0.345}$$

$$n = \frac{45.29}{0.67} = 67.59 = \mathbf{68 \text{ adolescentes}}$$

Como criterios de inclusión:

Adolescentes que residen en el Caserío de Yaurilla
 Adolescentes que aceptaron participar de la investigación.

Como criterios de exclusión:

Adolescentes que residen en otros caseríos que no sea Yaurilla
 Adolescentes que no aceptaron participar de la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para poder desarrollar la investigación es la encuesta con la finalidad de obtener las respuestas de las variables de estudio. El instrumento es el cuestionario.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida se recolectó en el Caserío de Yaurilla realizando la visita domiciliaria casa por casa, se le explicaba al jefe del hogar y sus hijos adolescentes sobre los objetivos de la investigación, se les explicaba que los resultados solo eran para fines de la investigación y que las encuestas eran anónimas, este proceso duraba aproximadamente entre 20 a 25 minutos. Luego de tener todas las encuestas se procesaron con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificó en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon gráficos, tablas y cuadros estadísticos que ayudaron en la interpretación y análisis de los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados. Para la variable trastornos de conducta alimentaria consta de 26 preguntas donde se consideró las siguientes alternativas:

Nunca 1

Raramente 2

Alguna vez 3

A menudo 4

Muy a menudo 5

Siempre 6

Para determinar los valores finales se tomó en cuenta la sumatoria por dimensiones y de manera global para establecer los valores que se indican a continuación:

Dimensión evitación del alimento:

Presentes (46-78 pts.)

Ausentes (13-45 pts.)

Dimensión conductas bulímicas y preocupación por la alimentación:

Presentes (22-36 pts.)

Ausentes (6-21 pts.)

Dimensión control oral:

Presentes (25-42 pts.)

Ausentes (7-24 pts.)

Global:

Presentes (92-156 pts.)

Ausentes (26-91 pts.)

Para la variable funcionalidad familiar consta de 20 preguntas donde se consideró las siguientes alternativas

Nunca 1

Casi nunca 2

A veces 3

Casi siempre 4

Siempre 5

Para determinar los valores finales se tomó en cuenta la sumatoria por dimensiones y de manera global para establecer los valores que se indican a continuación:

Dimensión cohesión familiar:

Funcional (31-50 pts.)

Disfuncional (10-30 pts.)

Dimensión adaptabilidad familiar:

Funcional (31-50 pts.)

Disfuncional (10-30 pts.)

Global:

Funcional (61-100 pts.)

Disfuncional (20-60 pts.)

CAPÍTULO IV

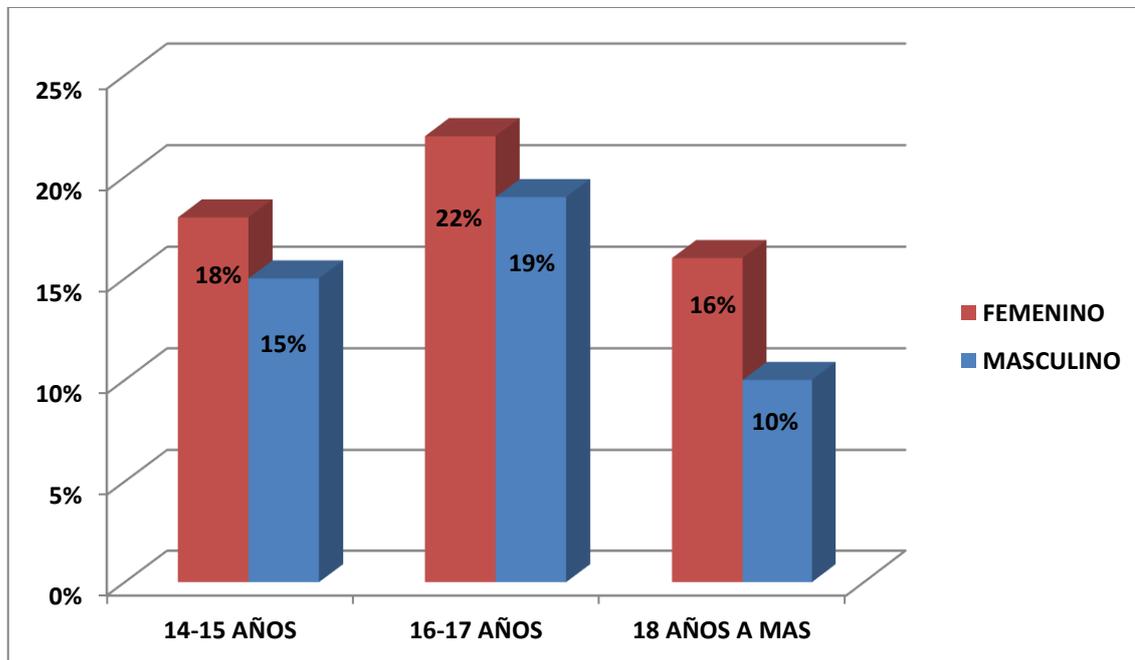
RESULTADOS

TABLA 1
DATOS GENERALES SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS ADOLESCENTES
DEL CASERÍO DE YAURILLA, DISTRITO DE
PARCONA, PROVINCIA
DE ICA, MARZO
2017

EDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia absoluta	%	Frecuencia absoluta	%
14-15 AÑOS	12	18	10	15
16-17 AÑOS	15	22	13	19
18 AÑOS A MAS	11	16	7	10
TOTAL	38	56	30	44

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA.

GRÁFICO 1



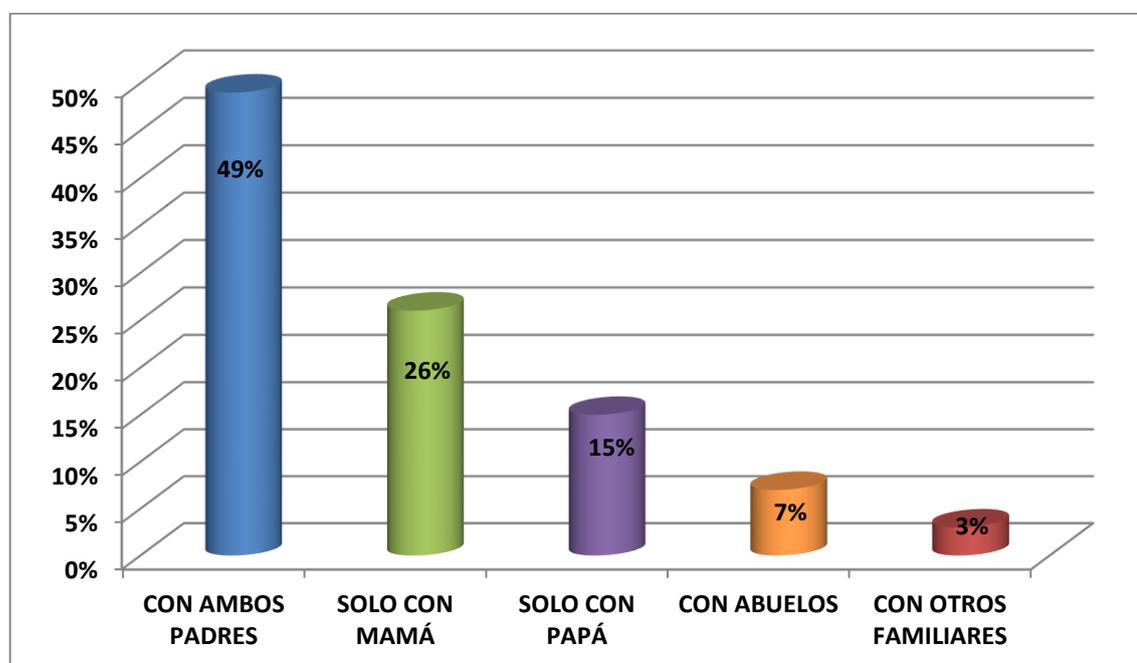
Se puede observar que en las edades de 16 a 17 años, el 22%(15) son de sexo femenino y el 19 % (13) son de sexo masculino, en las edades de 14 a 15 años, el 18 % (12) son de sexo femenino y el 15% (10) es masculino, finalmente de 18 años a más el 16%(11) es femenino y el 10%(7) masculino

TABLA 2
DATOS GENERALES SEGÚN CON QUIÉN VIVE DE LOS ADOLESCENTES
DEL CASERÍO DE YAURILLA, DISTRITO DE PARCONA, PROVINCIA
DE ICA, MARZO 2017

CON QUIÉN VIVE	Frecuencia absoluta	Porcentaje
CON AMBOS PADRES	33	49
SOLO CON MAMÁ	18	26
SOLO CON PAPÁ	10	15
CON ABUELOS	5	7
CON OTROS FAMILIARES	2	3
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 2



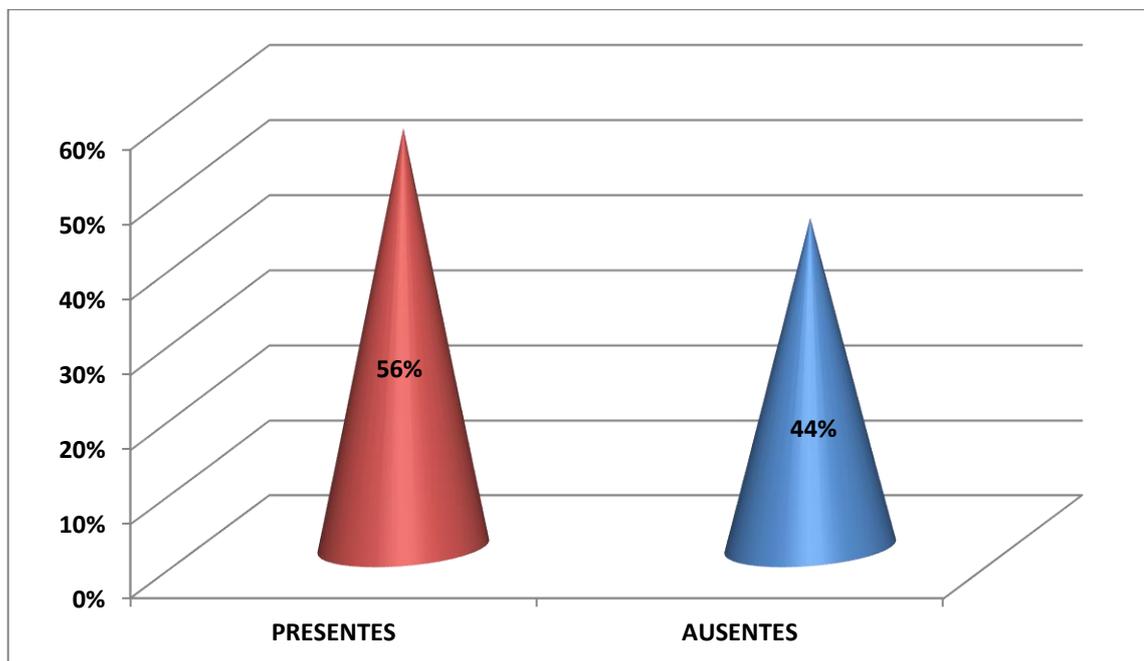
Del 100%(68) de los adolescentes encuestados el 49%(33)viven con ambos padres,el 26%(18) solo con mamá,el 15%(10) vive con su papá seguido del 7%(5) con abuelos y finalmente el 3%(2) viven con otros familiares.

TABLA 3
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSION
EVITACION DEL ALIMENTO DE LOS ADOLESCENTES DEL
CASERÍO DE YAURILLA, DISTRITO DE PARCONA,
PROVINCIA DE ICA, MARZO
2017

EVITACION DEL ALIMENTO	Frecuencia absoluta	Porcentaje
PRESENTES (46-78 pts.)	38	56
AUSENTES (13-45 pts.)	30	44
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 3



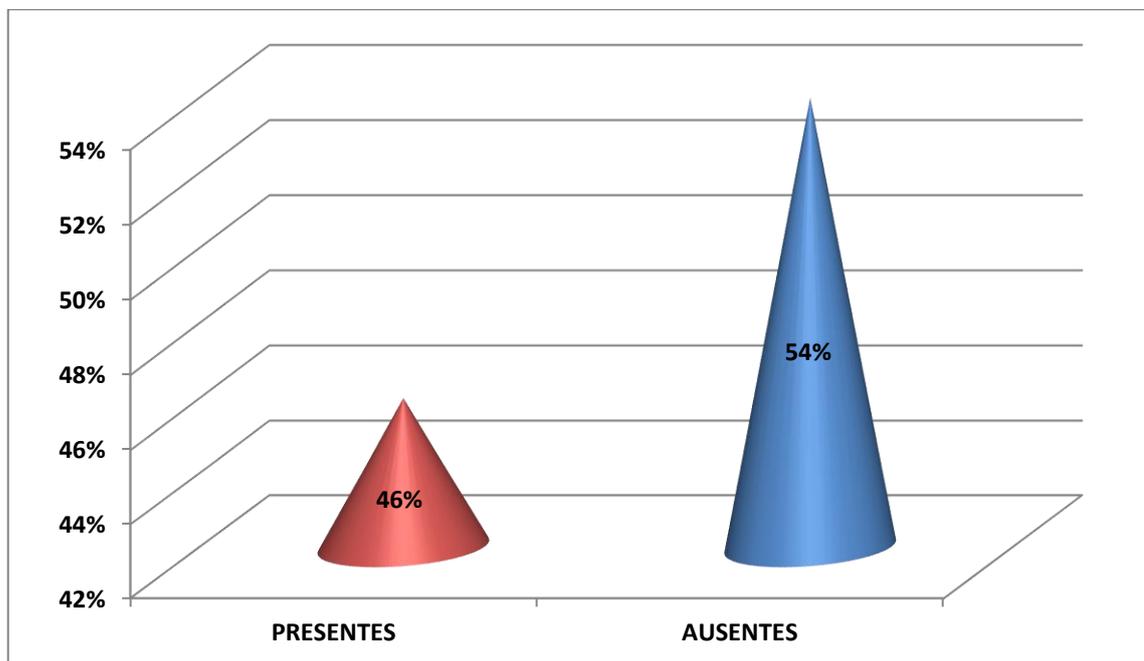
Los trastornos de conducta alimentaria según dimensión evitación del alimento de los adolescentes están presentes en 56%(38) y ausentes en 44%(30) según resultados obtenidos.

TABLA 4
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN
CONDUCTAS BULIMICAS Y PREOCUPACION POR LA ALIMENTACIÓN
DE LOS ADOLESCENTES DEL CASERÍO DE YAURILLA,
DISTRITO DE PARCONA, PROVINCIA DE
ICA, MARZO
2017

CONDUCTAS BULIMICAS	Frecuencia absoluta	Porcentaje
PRESENTES (22-36 pts.)	31	46
AUSENTES (6-21 pts.)	37	54
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 4



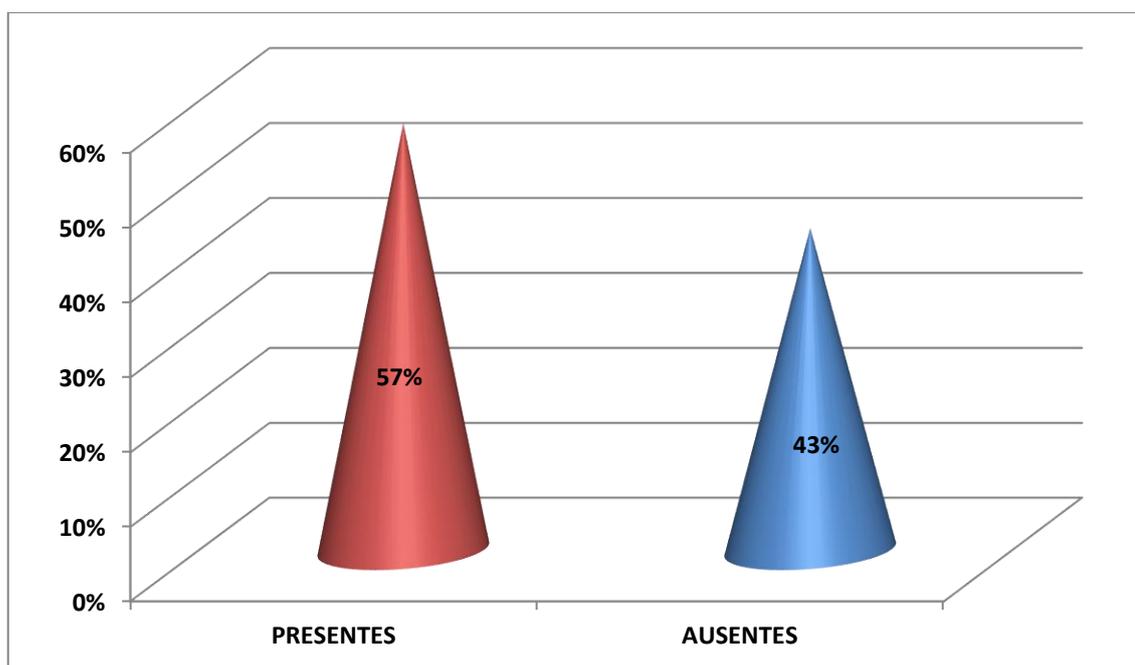
Las conductas bulímicas y preocupación por la alimentación de los adolescentes están ausentes en 54%(37) y presentes en 46%(31).

TABLA 5
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN DIMENSIÓN
CONTROL ORAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CASERÍO DE
YAURILLA, DISTRITO DE PARCONA, PROVINCIA DE
ICA, MARZO
2017

CONTROL ORAL	Frecuencia absoluta	Porcentaje
PRESENTES (25-42 pts.)	39	57
AUSENTES (7-24 pts.)	29	43
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 5



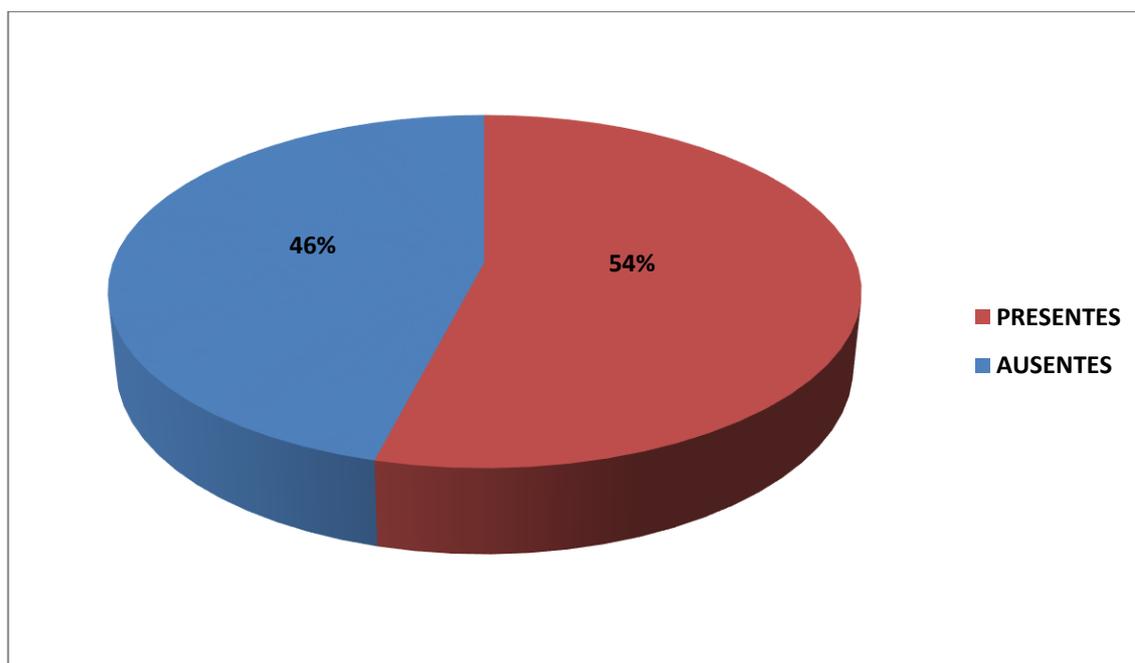
Del 100%(68) de los adolescentes según dimensión control oral están presentes en 57%(39) y ausentes en 43%(29) según resultados.

TABLA 6
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA GLOBAL DE LOS
ADOLESCENTES DEL CASERÍO DE YAURILLA, DISTRITO DE
PARCONA, PROVINCIA DE
ICA, MARZO
2017

GLOBAL	Frecuencia absoluta	Porcentaje
PRESENTES (92-156 pts.)	37	54
AUSENTES (26-91 pts.)	31	46
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 6



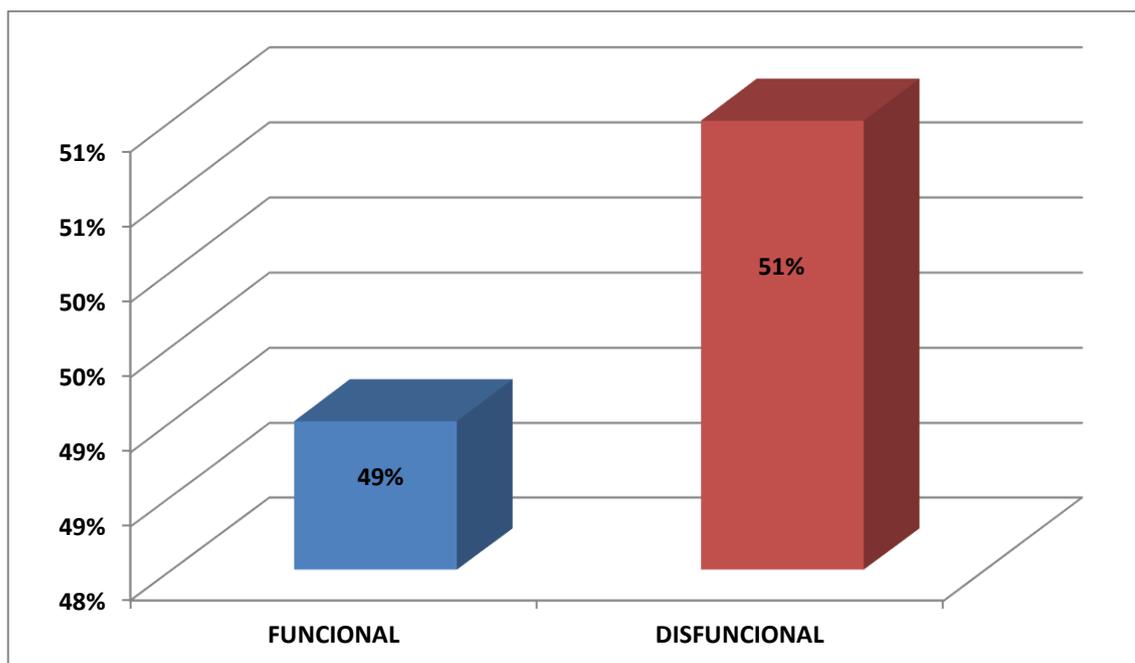
Los trastornos de conducta alimentaria global de los adolescentes están presentes en 54%(37) y ausentes en 46%(31).

TABLA 7
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN DIMENSION COHESIÓN FAMILIAR
DE LOS ADOLESCENTES DEL CASERÍO DE YAURILLA, DISTRITO
DE PARCONA, PROVINCIA DE ICA,
MARZO 2017

COHESIÓN FAMILIAR	Frecuencia absoluta	Porcentaje
FUNCIONAL (31-50 pts.)	33	49
DISFUNCIONAL (10-30 pts.)	35	51
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 7



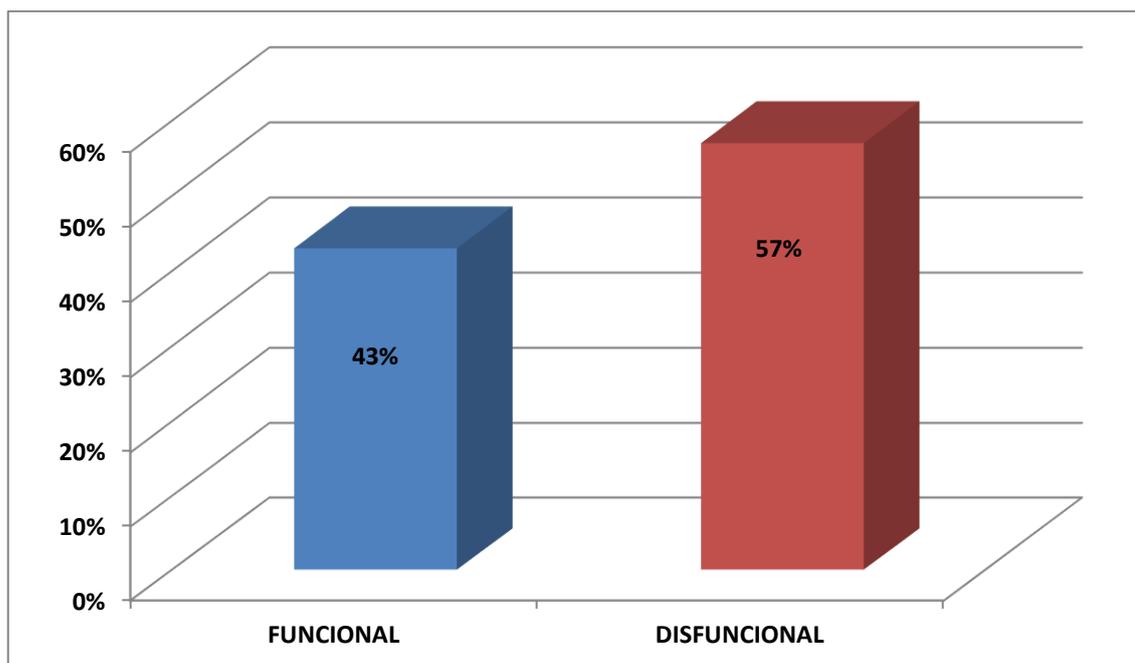
La funcionalidad familiar de los adolescentes según dimensión cohesión fue disfuncional en 51%(35) y funcional en 49%(33) según resultados obtenidos.

TABLA 8
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN DIMENSION ADAPTABILIDAD
FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DEL CASERÍO DE YAURILLA,
DISTRITO DE PARCONA, PROVINCIA DE ICA,
MARZO 2017

ADAPTABILIDAD FAMILIAR	Frecuencia absoluta	Porcentaje
FUNCIONAL (31-50 pts.)	29	43
DISFUNCIONAL (10-30 pts.)	39	57
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 8



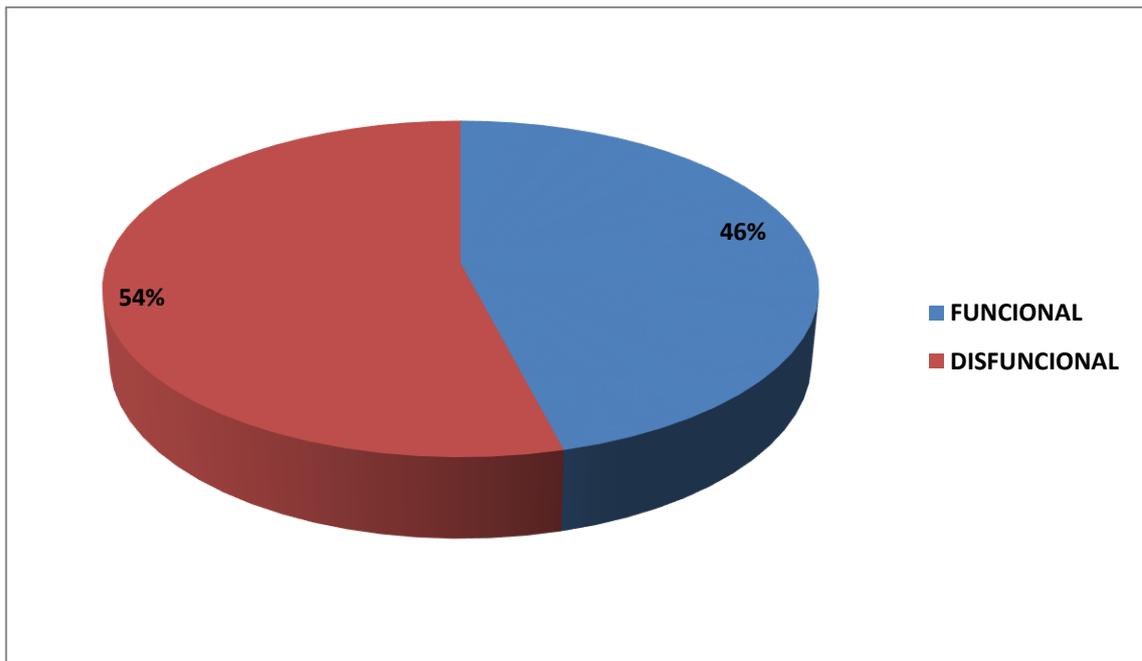
La funcionalidad familiar de los adolescentes según dimensión adaptabilidad fue disfuncional en 57%(39) y funcional en 43%(29) según resultados.

TABLA 9
FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL FAMILIAR DE LOS
ADOLESCENTES DEL CASERÍO DE YAURILLA,
DISTRITO DE PARCONA, PROVINCIA DE ICA,
MARZO 2017

GLOBAL	Frecuencia absoluta	Porcentaje
FUNCIONAL (61-100 pts.)	31	46
DISFUNCIONAL (20-60 pts.)	37	54
TOTAL	68	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del caserío de YAURILLA, PARCONA

GRÁFICO 9



La funcionalidad familiar global de los adolescentes fue disfuncional en 54%(37) y funcional en 46%(31) según resultados.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Gráfico 1: En las edades de 16 a 17 años, el 22% es de sexo femenino y el 19 % de sexo masculino, de 14 a 15 años, un 18 % es de sexo femenino y el 15% es masculino, finalmente de 18 años a más el 16% es femenino y el 10% masculino y **en el gráfico 2:** El 49% viven con ambos padres, el 26% solo con mamá, el 15% vive solo con su papá seguido del 7% con abuelos y finalmente el 3% viven solo con otros familiares, resultados similares con Ramón F.¹³ (2013) en donde el 55% fueron mujeres y el 45% varones; Chávez. M.¹⁵ (2016); la edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, de sexo femenino (98,3%) y de grado de instrucción de secundaria (96,6%).

Como se observa la población en estudio son adolescentes y por ser un periodo de intensos cambios, tantos físicos como mentales, el adolescente muchas veces puede involucrarse en situaciones de riesgo, como en este caso los trastornos de conducta alimentaria en el afán de sentirse delgadas y a la “moda” sobre todo a las adolescentes de género femenino, poniendo en grave riesgo su salud por lo que es importante involucrar no solo al adolescente sino a su familia, la escuela y la sociedad para mejorar la atención integral del adolescente.

Gráfico 3: Los trastornos de conducta alimentaria según dimensión evitación del alimento de los adolescentes están presentes en 56% y ausentes en 44%; estos resultados pueden ser comparados con Ruiz M, Cometa I, Calvo M, Zapata M, Cebollada L, Trébol A. ¹⁴ (2013). En el cual la prevalencia puntual de trastornos de conducta alimentaria estuvo presente en el 0,7% de los trastornos de conducta alimentaria; asimismo Yupanqui D.¹⁷ concluye que los adolescentes más afectados son el grupo de las mujeres que presentan un mayor porcentaje en la presencia de riesgo de conductas alimentarias con 53,16 % en relación a los varones que presentan un 46,84 %.

Según los resultados evidenciados por las respuestas de los adolescentes, se refleja que eluden todo tipo de alimentos que les puede engordar y con la

preocupación por estar más delgada comen muy poca cantidad, conllevando a la larga a problemas de desnutrición en adolescentes, aquí entra a tallar mucho el profesional de enfermería en su labor educativa, sabido es que según las normas sanitarias actuales debería de haber una enfermera en cada institución educativa para que sensibilice a la población y que no presente este tipo de conductas.

Gráfico 4: Las conductas bulímicas y preocupación por la alimentación de los adolescentes están ausentes en 54% y presentes en 46%. Estos resultados son parecidos con Ramón F.¹³ (2013) en el cual concluye que los adolescentes presentaron perturbaciones de la conducta alimentaria en el 24% de los adolescentes.

Esta dimensión agrupa indicadores sobre pensamientos de la comida y de comportamientos bulímicos (por ejemplo, se preocupa por la comida; a veces ha tenido atracones de comida que luego la vomita por el sentimiento de culpabilidad y el miedo a engordar, evidenciándose esta actitud mayormente en las familias disfuncionales

Gráfico 5: Según dimensión control oral están presentes en 57% y ausentes en 43% según los resultados obtenidos, así tenemos a Miranda L.¹⁶ (2016): porque presente resultados en el cual el género femenino registró mayor frecuencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria que el género masculino.

Esta dimensión hace referencia al autocontrol impuesto en la conducta de comer y a la percepción que los familiares y amigos ejercen una presión para que la o él adolescente gane peso, perciben que sus hermanos o sus padres le sirven mayor cantidad de alimentos para que ganen peso por lo que se debe adoptar reglas, para aprender a tomar decisiones maduras, en diferentes momentos respecto a su alimentación.

Gráfico 6: Los trastornos de conducta alimentaria global de los adolescentes están presentes en 54% y ausentes en 46%.

Se observa que los trastornos de conducta alimentaria están presentes en el 54% de los adolescentes lo cual pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente. Para evitar la cronicidad del trastorno, se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos a un equipo multidisciplinario en el cual intervengan para recuperar al adolescente. Estos resultados podrían ser debido a las propagandas en la televisión, revistas, periódicos en el cual se magnifica mucho la delgadez de las mujeres y que todo les sienta bien no siendo conscientes del daño que están ocasionando a su organismo.

Gráfico 7: La funcionalidad familiar de los adolescentes según dimensión cohesión fue disfuncional en 51% y funcional en 49%.; así tenemos resultados que son similares al estudio de Ramón F.¹³ (2013): donde los adolescentes reconocen tener frecuentes peleas con los padres en 6% y un 27% reconocía tenerlas con los hermanos,

Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro, son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia;

Los resultados que se obtienen nos indican que las familias no están unidas, tienen problemas con los padres y hermanos; preocupa los problemas que experimenta la familia como institución hoy día, los jóvenes mejor que nadie viven en carne propia los conflictos conyugales entre sus padres, especialmente si éstos llegan a la separación. Los problemas de comunicación con los hijos, los desórdenes emocionales, pueden ser causa de disfuncionalidad en la familia que afectan directamente a los hijos adolescentes, por lo que es necesario trabajar con la familia como bien supremo de la sociedad.

Gráfico 8: La funcionalidad familiar de los adolescentes según dimensión adaptabilidad fue disfuncional en 57% y funcional en 43%. En el estudio de López, W, Morán, J.¹² (2016), refiere que, para tener un buen desenvolvimiento

en la sociedad, un factor muy importante es la comunicación porque es el medio por el cual se puede expresar de forma abierta las ideas y sentimientos, como también conocer cuáles son los problemas y necesidades que tienen cada uno de los miembros.

La adaptabilidad de una familia depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante y una situación excesivamente rígida, entendiéndola como la habilidad de la familia para cambiar y adaptarse en la presencia de cambios importantes como un buen manejo de la disciplina, un buen liderazgo, la capacidad de entendimiento entre los miembros de la familia, y tener claros los roles y las reglas familiares.

Gráfico 9: La funcionalidad familiar global de los adolescentes fue disfuncional en 54% y funcional en 46%, siendo los resultados similares con los obtenidos por Chávez. M. ¹⁵ (2016) en el cual la disfuncionalidad familiar estuvo presente el 81,4% de adolescentes.

Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos co-dependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, enfermedades mentales no tratadas y padres que intentan corregir a sus propios padres disfuncionales.

Considerando el importante rol que cumple la familia es que debemos procurar que exista un ambiente adecuado que proporcione los elementos necesarios para lograr el bienestar y el desarrollo óptimo de cada uno de sus miembros, para ello es necesario que existan relaciones familiares armoniosas caracterizadas por la comunicación, la confianza, apoyo y unión entre todos.

CONCLUSIONES

1. En las edades de 16 a 17 años, el 22% es de sexo femenino y el 19 % de sexo masculino, de 14 a 15 años, el 18 % es de sexo femenino y el 15% masculino, finalmente de 18 años a más, el 16% es femenino y el 10% masculino.
2. El 49% viven con ambos padres, el 26% solo con mamá, el 15% vive con su papá seguido del 7% con abuelos y finalmente el 3% viven con otros familiares.
3. Los trastornos de conducta alimentaria según dimensión evitación del alimento de los adolescentes están presentes en 56% y ausentes en 44%.
4. Las conductas bulímicas y preocupación por la alimentación de los adolescentes están ausentes en 54% y presentes en 46%.
5. Según dimensión control oral están presentes en 57% y ausentes en 43%.
6. Los trastornos de conducta alimentaria global de los adolescentes están presentes en 54% y ausentes en 46%.
7. Según dimensión cohesión familiar, es disfuncional en 51% y funcional en 49%.
8. Respecto a la adaptabilidad fue disfuncional en 57% y funcional en 43%.
9. El resultado global de los adolescentes respecto a la funcionalidad familiar fue disfuncional en 54% y funcional en 46%.

RECOMENDACIONES

- 1.** A los padres de los adolescentes deben de tratar con paciencia y dedicación a sus hijos además de mucha comunicación basada en amor, comprensión y confianza de los padres hacia los hijos.
- 2.** A la familia que vive con el adolescente que permitan que el adolescente participe activamente en el hogar y se tome cuenta sus decisiones.
- 3.** Los padres deben buscar ayuda profesional al notar u observar algunos cambios drásticos en la dieta de sus hijos.
- 4.** Observar frecuentemente al adolescente, para evitar que vomite lo comido.
- 5.** Al familiar que vive con el adolescente considerar las necesidades básicas de alimentación cuando vea que el adolescente evita los alimentos.
- 6.** Intervenir preventivamente en los trastornos alimentarios, orientado especialmente a los factores individuales y socio familiares, que generan vulnerabilidad ya que estos serán los que marcarán en la adolescencia, el tipo de respuesta entendida como conducta de riesgo que los jóvenes asumirán. Considerando la importancia de la familia en la génesis y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, es importante considerar dentro de las estrategias preventivas la discusión y confrontación con habilidades de resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relación entre padres e hijos.
- 7.** Favorecer la comunicación en el hogar, orientando no solo a la cantidad de tiempo que se les brinde a los adolescentes, sino la calidad de estos momentos, como rol educador de nuestra profesión.
- 8.** Buscar estrategias que permitan favorecer y mejorar las relaciones familiares, recomendar actividades sencillas, útiles y beneficiosas, el

juego es el medio que permite la interacción familiar, una herramienta importante que reúne a la familia y refuerza los vínculos afectivos.

- 9.** Realizar acciones de intervención en el funcionamiento familiar como recurso clave para mejorar la percepción del paciente en cuanto al sistema y así facilitar su recuperación.

- 10.** El Centro de Salud debe impulsar campañas de promoción y prevención con el fin de detectar los trastornos de alimentación para la rápida intervención de los profesionales de la salud, por ello es importante realizar charlas en colegios, universidades y la comunidad en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta N, Valadés B. Sánchez L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica del ISSSTE en la ciudad de México. Arch Med Fam. 2001; 3(4): 95-98
2. Ullmann H, Maldonado C, Nieves M. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Unicef, CEPAL. 2011.
3. Good M, Smilkstein G, Good J, Shaffer T, Aarons T. The family APGAR index: A study of construct validity. J Fam Pract. 1979; 8: 577–582.
4. Rosen DS, the Committe on Adolescence. Identification and management of Eating Disorders in children and adolescents. Pediatrics. 2010; 126(6):40– 53.
5. Sánchez L, Oliveira C. Trastornos De La Conducta Alimentaria. 7th ed. Introducción A La Psicopatología y la psiquiatría. España: Elsevier España, S.L.; 2011. 805-829
6. Negrete M. Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015
7. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.” Estudio Epidemiológico Metropolitano En Salud Mental 2002: Informe General. An salud Ment. 2002; 18(1-2):1–20
8. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.” Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana Y Callao - Recopilación 2012. An salud Ment. 2013; 29(1):1–397
9. Borrego C. Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Psicol. 2010; 12(1):13–50.

10. Zegarra L, Camacho I. Trastornos de conducta y Funcionamiento Familiar en adolescentes. Revista Umbrales de Investigación. Rev Psicología UNFV. 2004; 1(1): 55-66
11. Uretra M. Relación familiar entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho [Tesis de para optar título de Licenciada en Enfermería]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008.
12. López Castro, Walter Javier, Morán Morales, Jacqueline Estefanía. (2016). "Funcionalidad familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la unidad educativa Santo Domingo De Guzmán. Ambato Ecuador
13. Ramón Jarne F. Imagen corporal y conducta alimentaria en una muestra de adolescentes de distintas culturas de Ceuta Granada. [Tesis especialidad]. 2010; URL disponible en: hera.ugr.es/tesisugr/18935801.pdf.
14. Ruiz-Lázaro M, Cometa I, Calvo M, Zapata M, Cebollada L, Trébol A. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos Universidad de Zaragoza. [Tesis titulación]. 2008; España,
15. Marlom Hercy Rafael Chávez. (2016) "Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016".
16. Luz Mery Miranda Común. (2016) Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni-Cesar Vallejo en enero del 2016.
17. Yupanqui D. Nivel de autoestima y dinámica familiar asociados a la prevalencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de Tacna. [Tesis licenciatura] 2012;
18. Trastornos alimenticios. [Datos de internet] 2012; [Fecha de acceso 22 de junio de 2013]; URL disponible en: www.educared.org/global/anavegar6/podium/b/1035/.
19. Concepto de trastorno alimenticio o psicopatología alimentaria. [Base de datos en línea] 2013;

- 20.** Sherman C, Sorosky A: Trastornos en la alimentación. Bulimia. Obesidad y anorexia nerviosa. 2006, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires,
- 21.** Rosen D: Eating Disorders in Children and Young Adolescents: Etiology, Classification, Clinical Features, and Treatment. Adolescent Medicine. State of the Art Reviews 2003; 14: 49-59. URL disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000200005&script...
- 22.** Salcedo-Meza C. La adicción por la delgadez. [Fecha de acceso 5 de julio de 2013];
- 23.** Striegel-Moore R, Steiner-Adair C. Prevención primaria de los trastornos alimenticios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. Un enfoque multidisciplinario. España: Ed. Granica; 2000: 25.
- 24.** Trastornos alimentarios: conceptos equivocados de la imagen corporal 2007
- 25.** Valdiney G, Pronk S, Walberto S. Test de actitudes alimentarias: Evidencias de validez de una nueva versión reducida Brasil, URL disponible en: www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf.
- 26.** Vialfa C. Bulimia en la adolescencia. URL disponible en: iesitbulimia0910.blogspot.com/
- 27.** Esther Nieto García, Amparo Casado Lollano, Cesar García Pérez, Leticia Peláez Rodríguez. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria Disponible en. http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf.
- 28.** Zuk Gerald. Psicoterapia familiar: el enfoque trádico Fondo de cultura económica, [Base de datos] Disponible en: www.conductitlan.net/funcionamiento_familiar_comunicacion.ppt
- 29.** Funcionalidad familiar [En línea] Disponible en: www.encolombia.com/pediatria3522000-funcionalidad.html

30. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6(6): 1231-1239
31. Pérez M. Familias disfuncionales. México: Universidad Veracruzana. 2009.
32. Beavers, R. y Hampson. W. R. [Base de datos en línea] Familias exitosas. 1995. Barcelona: Paidós familiar.
33. El estudio de la salud familiar. [Base de datos en línea] 2010 Recursos familiares. Diapositivas 64,65 URL disponible en: www.slideshare.net/.../11-el-estudio-de-la-salud-famili... - Estados Unidos
34. Mata E. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º parte) Eduardo A. Mata Año XV, vol. 12, N°1, Marzo de 2005. Las Tipologías de Interacción. URL disponible en: www.alcmeon.com.ar/12/45/03_mata.htm
35. Modelo Circumplejo de Olson [Base de datos] 2009 [Fecha de acceso 6 de agosto de 2012] Disponible en: dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo%204.pdf
36. Actividades que refuerzan las relaciones familiares. [on-line]2004 URL disponible en: www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia07.htm
37. Wilson Guillermo Sigüenza Campoverde. Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson Cuenca – Ecuador.
38. Teorías de Dorotea Orem (autocuidado); Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>.
39. Castro M. Modelos y teorías de enfermería para la atención a la familia. 2004 Cuba.
40. Octavio A. Ayala Montiel. Organización Mundial de la Salud (OMS), Definición de adolescencia. Disponible en: www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/.../adolescencia.pdf

ANEXOS

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

INTRODUCCION: Tenga Ud. Buen Día, soy bachiller de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Alas Peruanas Filial Ica, estoy realizando una investigación para lo cual solicito su participación. El objetivo es “**Determinar los trastornos de conducta alimentaria y funcionalidad familiar de los adolescentes del Caserío de Yaurilla, distrito de Parcona, provincia de Ica, enero 2017**”, por ello es importante que. responda a las preguntas con veracidad, la información proporcionada, será de carácter anónimo y confidencial por tanto agradecemos su participación.

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente las preguntas y marque con una (x) la respuesta que usted considere.

I.- DATOS GENERALES

1. EDAD:

- a) 14 a 15 años
- b) 16 a 17 años
- c) 18 años a más

2. SEXO

- a) M
- b) F

3. ¿CON QUIÉN VIVE

- a) Con ambos padres
- b) Sólo con mamá
- c) Sólo con papá
- d) Con abuelos
- e) Con otros familiares

ANEXO 03: TEST DE CONDUCTA ALIMENTARIA

(TEST DE GARNER Y GARFINKEL)

Por favor, marca la respuesta que más se aproxime a cada una de las frases del cuestionario. La mayoría de los ítems están relacionadas con los alimentos o con el comer, pero se incluye también algún otro tipo de preguntas. Por favor responde con atención a cada pregunta.

ITEMS	Nunca 1	Raramente 2	Alguna vez 3	A menudo 4	Muy a menudo 5	Siempre 6
EVITACION DEL ALIMENTO						
1. Miedo a la idea de estar con sobrepeso						
2. Preocupación por el contenido calórico de los alimentos.						
3. Evita comidas con alto contenido de carbohidratos(pan, arroz, papas etc.)						
4. Sentimiento de culpabilidad después de haber comido						
5. Preocupación por la delgadez						
6. Pensamiento de quemar calorías cuando hace ejercicio.						
7. Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo						

8. Evita los alimentos que contienen azúcar						
9. Consumo de alimentos dietéticos (diet o light)						
10. Culpabilidad después de comer dulces						
11. Ajuste a conductas de dieta						
12. Gusto de sentir el estómago vacío						
13. Disfruta probar nuevas comidas.						
CONDUCTAS BULÍMICAS Y PREOCUPACIÓN POR LA ALIMENTACIÓN						
14. Preocupación por los alimentos						
15. Atracciones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer.						
16. Vómitos después de haber comido.						
17. Sentimiento de que la comida controla su vida.						
18. Pensamiento exagerado en la comida.						
19. Impulso de vomitar después de ingerir alimentos.						
CONTROL ORAL						
20. Evita comer cuando tiene hambre						

21. Corta los alimentos en trozos pequeños						
22. Sentimiento de que los demás quieren que coma más						
23. Sentimiento de que los demás piensa que está muy delgada						
24. Tarda en ingerir alimentos						
25. Mantener un control de la ingesta.						
26. Sentimiento de que los demás lo presionan para comer.						

ANEXO 04: ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Estimado joven:

A continuación, se presenta una serie de enunciados relacionados con aspectos que se producen en las familias y entre los familiares. Indique, por favor, con qué frecuencia le ocurren a usted:

Valores:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Casi siempre
5. Siempre

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: (FACES III)

Nº	COHESIÓN FAMILIAR	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia nos sentimos muy cercanos unos a otros.					
2	Los miembros de mi familia se piden ayuda mutuamente.					
3	Los miembros de su familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.					
4	Los miembros de su familia se consultan unos a otros sus decisiones.					
5	En su familia hacen cosas juntas.					
6	En su familia se reúnen todos juntos en la misma habitación (sala, cocina).					
7	A los miembros de su familia les gusta pasar sus tiempos libres juntos.					
8	Los miembros de su familia comparten intereses y hobbies.					

9	La unidad familiar es una preocupación principal.					
10	Los miembros de su familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.					
Nº	ADAPTABILIDAD FAMILIAR	1	2	3	4	5
11	Cuando hay que resolver problemas, en mi familia se siguen las propuestas de los hijos.					
12	En mi familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.					
13	En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta mi opinión (normas, obligaciones)					
14	Cuando surgen problemas, en mi familia negociamos para encontrar una solución.					
15	Los miembros de mi familia dicen lo que quieren libremente.					
16	En mi familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.					
17	En mi familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.					
18	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.					
19	Los padres y los hijos hablamos juntos sobre el castigo.					
20	Los miembros de mi familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.					

