



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN
CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO 27 DE FEBRERO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2016”

Tesis previa a la obtención del
título de médico general

AUTOR:

CASTILLO MAZA JOSÉ FERNANDO

DIRECTORA: Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación: *“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2016”*, presentado por el señor Castillo Maza José Fernando, previo a la obtención del grado de Médico General, ha sido desarrollado bajo mi dirección y cumple con la reglamentación correspondiente, por lo que autorizo su presentación ante el respectivo tribunal.

Loja, Julio del 2016



Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg.Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, José Fernando Castillo Maza, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.



Castillo Maza José Fernando
Autor

C.I: 1722687587

Fecha: 20 de septiembre del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Castillo Maza José Fernando, declaro ser autor de la tesis titulada TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2016, como requisito para obtener el grado de Médico General.

Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual a través de la visibilidad de su contenido, en repositorio digital institucional - Biblioteca Virtual.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 20 días del mes de septiembre del dos mil diecisiete.



Firma:
Autor: José Fernando Castillo Maza

C.I. 1722687587

Dirección: Zuxi y Carlos Maldonado

Correo electrónico: lucifugorefocale@hotmail.com

Teléfono: 022738074 - Celular: 0987387632

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Nancy Giovanna Banda Navas, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Miembro del Tribunal: Psic.Cl. Zhenia Maritza Muñoz Vinces, Mg.Sc.

Miembro del Tribunal: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A mis padres: Luz Esthela Maza Bravo y Fernando José Castillo Hernández, por ser mi guía y mi fortaleza para continuar mi estudio a pesar de las adversidades, por enseñarme la responsabilidad y que siempre hay que luchar por lo que uno sueña, y sobre todo por su gran corazón y capacidad de entrega hacia sus hijos, gracias a ustedes he llegado a esta meta.

El Autor

AGRADECIMIENTO

A Dios y a mis padres:

Por haberme dado la vida y ser la motivación que me impulsa día a día a seguir luchando hasta alcanzar mis metas.

A mis abuelos:

Rosa Bravo por su cariño y sabiduría compartida y a Segundo Maza que, aunque en el cielo se encuentra, siempre su recuerdo estará presente en mi mente y corazón.

A mis hermanos:

Pablo, Jonathan y Ariana Lucía por su apoyo incondicional en todos estos años de carrera universitaria

A mi Familia y amigos:

Por la confianza y lealtad que siempre me han brindado

A mi directora de tesis:

Dra. Nancy Giovanna Banda Navas Mg. Sc, por su paciencia, apoyo y dedicación para la realización de esta Tesis.

A mis maestros:

Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por sus conocimientos impartidos durante las horas de clases.

A la **Universidad Nacional de Loja** y en especial al **Área de la Salud Humana** que me dieron la oportunidad de formar parte de ellas.

¡Gracias!

ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE	vii-viii-ix
1. TÍTULO:.....	1
2. RESUMEN	2
Abstract.....	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
1 Los y las adolescentes.....	7
2 Que es la adolescencia	8
3 Crecimiento y desarrollo	9
3.1 Crecimiento durante la Pubertad y adolescencia	10
3.2 Desarrollo del adolescente	11
3.3 Adrenarquía.....	12
3.4 Desarrollo puberal en la mujer.....	13
3.5 Desarrollo puberal en el varón.....	14
4 Valoración del estado nutricional del adolescente	14
4.1 Exploración física	15
4.2 Antropometría.....	15
5 Trastornos de la conducta alimentaria	16

5.1	Introducción	16
5.2	Trastornos de la conducta alimentaria en la Adolescencia	17
5.3	Anorexia nerviosa	18
5.4	Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según el DSM-5	19
5.5	Bulimia Nerviosa	20
5.6	Criterios diagnósticos para la Bulimia nerviosa según el DSM-5	22
5.7	Tratamiento de anorexia y bulimia nerviosa.....	23
	<i>Psicoterapia individual o en grupo</i>	<i>23</i>
	<i>Pautas dietéticas</i>	<i>23</i>
	<i>Tratamiento psicofarmacológico</i>	<i>23</i>
	<i>Tratamiento de la Anorexia Nerviosa.....</i>	<i>24</i>
	<i>Tratamiento de la Bulimia Nerviosa.....</i>	<i>25</i>
6	Disfuncionalidad familiar	26
6.1	La familia	26
6.2	Funciones de la familia	26
6.3	La familia funcional	27
6.4	Procesos característicos de las familias funcionales	28
6.5	La familia disfuncional	29
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	32
1	Tipo de Estudio.....	32
2	Área de estudio	32
3	Universo.....	32
4	Muestra	32

5	Criterios de inclusión:.....	32
6	Criterios de exclusión:	33
7	Técnicas e instrumentos.....	33
7.1	Instrumentos.....	33
7.2	Procedimiento de Obtención de Datos.....	35
7.3	Recolección de la Información	35
7.4	Análisis de la información	36
6.	RESULTADOS.....	38
7.	DISCUSIÓN	56
8.	CONCLUSIONES	61
9.	RECOMENDACIONES.....	62
10.	BIBLIOGRAFÍA	64
11.	ANEXOS	68
	Anexo 1	68
	Anexo 2	69
	Anexo 3	70
	Anexo 4	71
	Anexo 5	72
	Anexo 6	74
	Anexo 7	75

1. TÍTULO:

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO
EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2016”

2. RESUMEN

Considerando que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), tienen etiología multifactorial, y que su prevalencia e incidencia está cada vez en aumento, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre los TCA y disfuncionalidad familiar en adolescentes de un colegio de estrato social medio - bajo en Loja. La muestra estuvo conformada por 108 adolescentes de 15 a 19 años de edad y se empleó un diseño analítico transversal de dos fases que incluía un primer cuestionario de cribado (EAT-26) y un segundo cuestionario de evaluación rápida acerca de la capacidad funcional de la familia (APGAR FAMILIAR); se valoraron las medidas antropométricas como peso y talla para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). De los resultados obtenidos el 43,52% de adolescentes tienen riesgo de TCA, mientras que 56,48% presentan disfuncionalidad familiar. La prevalencia de TCA es mayor en el género femenino 30,56%, en relación con el género masculino 14,82%. Se evidenció que 75,93% presentan IMC Normal, mientras que el Sobrepeso fue 12,04% y la Obesidad 4,63%. Finalmente se determinó que existe correlación positiva entre los TCA y la disfuncionalidad familiar, no así entre los TCA respecto a la edad e IMC.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Funcionamiento familiar, adolescentes

Abstract

Considering that the Eating Disorders (ED), have multifactorial etiology and that their prevalence and incidence are increasingly on the rise, this study has the objective to determine the relationship between the alimentary conduct disorders and family dysfunctionality in adolescents of one college with social stratum medium-low in Loja. The sample was conformed by 108 adolescents from 15 to 19 years old and it was used a cross sectional analytical design of two phases which included a first screening questionnaire (EAT-26) and a second rapid assessment questionnaire about of family functionality capacity (FAMILY APGAR), also the anthropometric measures were evaluated as weight and size to determine body mass index (BMI). The results obtained are that 43,52% of adolescents have risk of ED, while 56.48% have dysfunctional family. The prevalence of ED is higher in female sex with 30.56% in relation to the male sex with 14.82%. It was evidenced that 75.93% has a BMI Normal, while the Overweight was 12.04% and the Obesity 4.63%. Finally, it was determined that exists a positive correlation between ED and family dysfunction, not thus between the ED respect to the age and BMI.

Key words: Eating Disorders, Family Functioning, Adolescents.

3. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son enfermedades mentales a las que se les debe poner atención dentro de la valoración clínica del adolescente, esto debido a que son afecciones cada vez más frecuentes, de difícil identificación y que, si no son identificados de forma oportuna, pueden dejar graves secuelas para él y la adolescente, la familia y la sociedad en general.

Los TCA más frecuentes son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón. La mayoría de adolescentes muestran preocupación por su peso e imagen corporal y hasta un 50% pueden manifestar insatisfacción corporal. Por esta razón, los cambios en la preocupación por la comida, el peso y la figura corporal son pródromos de los trastornos de alimentación, pero pueden tener falsos positivos (Graell Berna M et al, 2015).

Los TCA afectan en mayor medida a las mujeres que los hombres en una relación 10/1, sin embargo, diversos estudios muestran que la prevalencia e incidencia en los hombres está siendo cada vez mayor (Ps. Carolina López C., 2011). Los factores de riesgo son multifactoriales, dentro de estos tenemos factores psicológicos, físicos y socio-culturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su etiología. (M. L. Portela de Santana et al, 2012). Dentro de los factores socio culturales tenemos el rol que cumple la familia, los amigos, la pareja, la moda, los medios de comunicación, etc.

Tan sólo en Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios, de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, estimándose que la AN y la BN afectan aproximadamente a 1,2 millones de mujeres en dicho país (Font, 2012).

En Ecuador se han registrado datos acerca de prevalencia de TCA, sin embargo, no son significativos. Un estudio realizado por (Vivero P. Luisa, 2014), concluyó que el 18.65% de estudiantes cumplieron con el criterio para determinar riesgo con el test EAT 26, y que las mujeres presentan más riesgo de un TCA que los hombres.

En Loja, un estudio realizado en colegios fiscales, encontró una prevalencia de 0,13% de anorexia, un 0,81% de bulimia, el 0,75% presentó trastornos de conducta alimentaria no especificado y el 2,82% tuvieron actitudes de comer en atracones, de esta población con trastornos de la conducta alimentaria, el género femenino es el más afectado (Quevedo A. Andrea , 2009).

Numerosas investigaciones han demostrado que existe relación en la aparición de TCA en adolescentes con familias disfuncionales, así un estudio realizado en Montevideo donde la muestra estuvo conformada por 63 participantes, miembros de 16 familias en las que uno de sus miembros se encontraba en tratamiento por TCA. Los resultados indicaron que estas familias poseen poca cohesión y flexibilidad en comparación con las familias normativas, mostrándose en su gran mayoría con un funcionamiento caótico, desligado, enmarañado y rígido con mayores dificultades en la comunicación y con baja satisfacción familiar. Considerando el rol, se encontraron diferencias en la percepción del funcionamiento familiar principalmente entre los padres y el resto de los miembros de las familias. Estos resultados plantean a los clínicos la necesidad de trabajar con todo el sistema familiar para abordar la problemática de los TCA (Milagros Fernández Ruiz, 2015).

Teniendo en cuenta aquello en la presente investigación uno de los objetivos es determinar la relación entre Trastornos de la Conducta Alimentaria y disfuncionalidad familiar en adolescentes del colegio 27 de Febrero en el periodo enero– julio 2016.

Para el cumplimiento del objetivo global, se planteó tres objetivos específicos, estos son: (1) Establecer la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y disfuncionalidad familiar; (2) Identificar los trastornos de la conducta alimentaria y disfuncionalidad familiar según la edad y el sexo; (3) Categorizar el estado nutricional mediante el Índice de Masa Corporal (IMC).

La investigación se realizó con el propósito de estimar si existe una relación entre los TCA con la disfuncionalidad familiar, esto teniendo en cuenta que dentro de la familia se crean los hábitos, además en nuestro país posiblemente un factor de riesgo importante es la gran tasa de migrantes la cual ha traído graves afectaciones al funcionamiento y estructuración familiar, donde se ve afectado su equilibrio emocional y afectivo pudiendo incidir en la aparición de TCA, más aún en adolescentes debido a que se encuentran en una edad conflictiva y con mayor riesgo de presentar este tipo de trastornos.

De similar forma actualmente los padres de familia pasan la mayor parte del tiempo en sus trabajos u ocupados y debido a esto no controlan los horarios de comida, provocando que en muchos adolescentes exista una alimentación inadecuada, además el excesivo uso de la tecnología en el momento de la comida, (celular, laptop, video juegos, etc), generan que se pierda el buen hábito de sentarse todos a la mesa para comer, dialogar los problemas y en general fortalecer el vínculo familiar. Finalmente, estas circunstancias pueden desencadenar en una enfermedad grave como lo son los TCA.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

1 Los y las adolescentes

La palabra adolescente viene del latín *adolescens*, *adolescentis* y significa que está creciendo o que está en período de crecimiento.

Según la Real Academia Española, adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

(Pasqualini Diana, 2010) en su libro *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes*, menciona que cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás. Y a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía, la etnia, el género, la carga genética y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió. La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la madurez física, emocional, vocacional laboral y económica de la adultez, y cuando es posible la creación de una nueva familia.

Todos los cambios mencionados tienen lugar en un corto tiempo, por lo cual se dice frecuentemente que los y las adolescentes transitan un momento de crisis, crisis en el sentido de cambio. Necesitan acomodarse a una situación nueva en el que todas las medidas, que anteriormente servían de marco, sostén y adaptación, pasan a ser cuestionadas. Vivencias positivas de la infancia contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa. Los niños que viven rodeados de amor y de fortaleza en sus hogares aprenden a no sentir temor ante sus propios sentimientos y pensamientos y progresan en su desarrollo emocional. Van adquiriendo la seguridad esencial para sentirse libres, para poder jugar, aprender y para sentirse responsables. En cambio, cuando el ambiente adulto no es capaz de sostenerlos ni de acompañarlos, las heridas narcisistas asociadas a fallas tempranas en los vínculos familiares y/o a sucesivas frustraciones escolares y sociales ponen

a prueba al sujeto, y pueden aparecer diferentes expresiones de desamparo, como, por ejemplo, «conductas de autodestrucción o antisociales» (Winnicott Clare, s.f).

2 Que es la adolescencia

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 y las 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 (UNICEF, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, considerándose 2 fases; La adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años), en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo.

Llegada la adolescencia, es habitual la aparición de rebeldías y desafíos; precisan confrontar con los adultos a fin de crecer y desarrollarse autónomamente. El desprendimiento de los padres exige la búsqueda de nuevos modelos. El grupo de pares adquiere relevancia. El ensayo de roles, la vestimenta, la alimentación, el lenguaje y los gestos en común con el grupo, son necesarios para afianzarse. A veces, es más importante para los y las adolescentes lo que los demás piensan que son, que lo que ellos y ellas sienten. Luego adquieren la noción de adónde van y el reconocimiento de lo que realmente valen (Pasqualini Diana, op. cit.,p.7).

3 Crecimiento y desarrollo

El crecimiento es el aumento del tamaño, bien considerado como un todo, o de alguna de sus partes. El desarrollo se refiere a los cambios que se producen en sus funciones influidos por diversos factores: ambientales, sociales. La estatura es un rasgo poligénico, en general, hay una correlación entre la talla media de los padres y la talla media que alcanzarán sus hijos, aunque diversos estudios, manifiestan que no son tan evidentes las relaciones entre peso corporal y potencial genético. Así la velocidad de crecimiento se puede ver influida no sólo por la falta de disponibilidad de alimentos, sino también por los hábitos alimentarios y otras circunstancias (Requejo Ana, 2002).

La nutrición actúa sobre el crecimiento de forma directa e indirecta, determinando el buen funcionamiento del sistema endocrino y de los factores tisulares de crecimiento. El eje somatotropo tiene un papel fundamental sobre el crecimiento. En el marasmo y en el kwashiorkor, las concentraciones séricas de Igf-1 están disminuidas; mientras que las de GH se mantienen normales o elevadas. Otro eje afectado en la malnutrición es el tirotrópico, existiendo, si ésta es prolongada, una reducción en la síntesis de TSH, con aumento en la conversión de T4 a T3, generando un cuadro de hipotiroidismo. Asimismo, la malnutrición afecta la síntesis de

gonadotropinas, lo que origina un cuadro de hipogonadismo de gravedad variable según el grado de malnutrición. Deficiencias subclínicas de algunas vitaminas y minerales retrasan el crecimiento. (Requejo Ana, op. cit.,p9).

3.1 Crecimiento durante la Pubertad y adolescencia

El Inicio de la pubertad es muy variable y los mecanismos que actúan son hasta la actualidad poco conocidos. Es considerado normal que la pubertad inicie entre los 8 y los 13 años en las niñas y entre los 9 y los 14 años en los niños. Este amplio intervalo de edades está condicionado, en gran medida, por factores genéticos, responsables de alrededor del 75-80 % de esta variabilidad, y ambientales, responsables del restante 20-25 % (Asociación española de pediatría, 2014).

El aumento de la velocidad de crecimiento durante la pubertad se conoce como estirón puberal. En las niñas su aparición suele coincidir con el inicio de la pubertad entre 10,5 - 11 años de edad; el primer signo puberal en las niñas es la Telarca; la menarquia es un fenómeno tardío en la pubertad de las niñas y suele producirse alrededor de 2 años después del inicio de la pubertad, habitualmente entre los 12 y los 13 años. Cuando se produce la menarquia, el estirón suele estar ya prácticamente finalizado. El crecimiento luego de la menarquia es variable, entre 4 y 12 cm, aunque la mayoría crecen solo unos 6-7 cm. En los niños, por el contrario, es excepcional que el estirón puberal coincida con el inicio de la pubertad, generalmente suele iniciarse más tarde, aproximadamente un año después de que se haya iniciado; el primer signo de pubertad es el aumento del volumen testicular, que llega o supera los 4 ml de volumen a una edad media de 11,5-12 años. La edad media para el inicio del estirón serían los 12,5-13 años (Asociación española de pediatría).

Según las autoras (McKanerney, 2000) y Cattani; el inicio de la pubertad en niños y niñas que están en condiciones y entornos saludables está determinado más que todo por factores genéticos.

La fuerte correlación que hay con la edad de aparición de la menarquía demostrada entre madres e hijas, entre gemelas homocigóticas y entre los miembros de un mismo grupo étnico da cuenta de esta aseveración. Pero cuando las condiciones y entornos son insalubres el patrón genético se puede alterar y ello obstaculizar el desarrollo puberal.

3.2 Desarrollo del adolescente

La adolescencia es un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada. La educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos y ellas sus experiencias, no existe una relación de maestro-aprendiz; los y las adolescentes viven un mundo de adolescentes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos. A pesar de todo, la mayoría de adolescentes tienen en este periodo un comportamiento normal, es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa, indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida (J.L. Iglesias Diz, 2013).

Adolescencia inicial temprana: Se toma en cuenta desde los 10 a 13 años en donde él o la adolescente se ajusta a los cambios puberales. Empieza un distanciamiento afectivo hacia los padres, prefiere socializar con los “pares” del mismo género, conserva un pensamiento concreto con planes del futuro muy vagos, inicia la curiosidad sexual principalmente, pero no exclusivamente, de la masturbación y exploración con otros pares del mismo género, en lo que

se denomina “homosexualidad funcional” y explora la rigidez o flexibilidad del sistema moral de sus padres.

Adolescencia media: 14-16 años hay mayor distanciamiento de sus padres, explora diferentes imágenes para expresarse, inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual, explora varios roles de adultos, socializa con pares de diferente género, se fascina por la capacidad de pensar diferente, y se centra más en sí mismo.

Adolescencia final o tardía: 17-19 años, independiente, integra la imagen corporal a la personalidad, relaciones basadas en el cuidado, respeto y la intimidad, prefiere relaciones sociales más individuales que con grupos, define planes y metas específicas, es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología (Restrepo Olga, 2008).

3.3 Adrenarquia

Se da entre los 6 y 8 años en esta hay un aumento de las hormonas dehidroepandrosterona, la dehidroepiandrosterona sulfato y la androstendiona. Estas hormonas son precursoras de la testosterona y la dehidrotestosterona. Las manifestaciones físicas de estas hormonas son el crecimiento del vello axilar y púbico, desarrollo de olor corporal e incremento de la secreción sebácea. En las mujeres también son responsables de una pequeña aceleración del crecimiento prepuberal y aceleración de la edad ósea. Existen mecanismos de retroalimentación que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, a su vez, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa negativamente sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta) (J.L. Iglesias Diz op. cit.,p12).

3.4 Desarrollo puberal en la mujer

Tabla 1. Estadios puberales de Tanner en las mujeres

Estadio	Vello púbico	Mamas
1	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso ligeramente pigmentado, lacio, en el margen medio de los labios	Telarca: Aparece el botón mamario: areola y pezón se eleva ligeramente
3	Más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad	La mama y la areola crecen, no existe separación de los contornos
4	Burdo, rizado, abundante, pero en menor cantidad que en las adultas	La areola y el pezón forman una elevación secundaria con respecto al resto de la mama
5	Triangulo femenino de las adultas, límite superior horizontal.	Maduras, el pezón se proyecta sobre la areola, pero esta se integra al contorno general de la mama.

Fuente: Tabla tomada de Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral Pasqualini Diana, Llorens Alfredo, 2010

En las niñas, la telarca marca el inicio de la pubertad, últimamente se ha observado que el inicio de la pubertad en algunas mujeres comienza a edades más tempranas y que las afroamericanas maduran antes que las caucásicas. La aparición del botón mamario no siempre es igual de ambos lados y puede haber diferencias en los momentos de aparición y molestias en la zona, que no son patológicas, pero que motivan una consulta (Pasqualini Diana, op. cit., p.7-9).

3.5 Desarrollo puberal en el varón

Tabla 2. Estadios puberales de Tanner en los varones

Estadio	Vello pubiano	Pene	Testículos
1	Preadolescente	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso largo y ligeramente pigmentado.	El pene todavía no crece o aumenta ligeramente de tamaño	Gonarca: Comienza a crecer los testículos, volumen mayor de 4ml, el escroto se oscurece y tiene aspecto más arrugado
3	Más oscuro, comienza a rizarse, poca en cantidad	Aumenta en forma evidente el tamaño del pene a predominio de la longitud.	Más grande
4	Parecido al de los adultos, pero menor cantidad burdo, rizado.	Se desarrolla glande y el volumen del pene aumenta en diámetro y tamaño.	Más grande, el escroto se oscurece y aumentan sus arrugas
5	Distribución tipo adulto; se extiende superficie media de muslos	Adulto	Adulto. Testículos mayores de 12ml.

Fuente: Tabla tomada de Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral Pasqualini Diana, Llorens Alfredo, 2010

El primer cambio genital es el aumento del tamaño testicular, posterior a esto aumenta el tamaño del pene y aparece el vello pubiano, mientras que un poco más tarde, crece el vello axilar, la barba y tiene lugar el cambio en la voz. El desarrollo puberal se considera completo cuando el tamaño testicular llega a 15 cm³ – 17 cm³ promedio, y el niño no crece más. (Ibid., p. 14)

4 Valoración del estado nutricional del adolescente

El uso inteligente de la anamnesis, exploraciones clínica y antropométrica y la selección de algunas pruebas complementarias constituye la forma más eficaz de orientar un trastorno

nutricional para poder instaurar pronto medidas terapéuticas y determinar aquellos casos que deben ser remitidos al centro de referencia para su evaluación más completa (Martínez Cecilia, Pedrón Consuelo, 2010).

4.1 Exploración física

Tiene utilidad para tener indicios de que existe enfermedad debido a un trastorno nutricional, ya sea por exceso o por defecto, se debe examinar regiones como la piel, pelo, uñas, mucosas, dentición, panículo adiposo, tiroides, etc. Un correcto examen físico ayuda en caso de que no se disponga de exámenes de laboratorio.

4.2 Antropometría

Los procedimientos son simples, seguros y no invasivos, son precisos y exactos si se los realiza de forma correcta, además es barato y portátil. Dentro de estos son el peso, la talla y los índices relaciones entre ellos, estos permiten la comparación con grupo de control y permite realizar una valoración evolutiva, mediante el seguimiento de los cambios producidos a lo largo del tiempo. Sin embargo, para obtener la composición corporal del individuo, es necesario usar otros parámetros como los pliegues cutáneos y algunos perímetros, que aporta información sobre los compartimentos grasa y masa magra o libre de grasa (J.M. Marugán de Miguelsanz, 2015).

Peso: Se valora con el paciente en ropa interior en básculas clínicas (precisión de 50-100 g) previamente equilibradas, es aconsejable realizar la medida siempre a la misma hora, preferentemente por la mañana en ayunas, para evitar las oscilaciones fisiológicas.

Talla: Se evalúa con un tallímetro vertical, o un estadiómetro (precisión mínima de 0,5 cm y máxima de 0,1 cm). A partir de los dos años, se mide de pie, descalzo, con los talones, la columna y el occipucio apoyados sobre un plano duro y los brazos extendidos a lo largo del tronco.

Índice de masa corporal (IMC): Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el estado nutricional. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (OMS, 2016).

Según la OMS, la interpretación de los puntos de corte para la edad comprendida entre 15-19 años es la siguiente:

Sobrepeso: $> +1\text{SD}$ (equivalente al índice de masa corporal de $25 \text{ kg} / \text{m}^2$ a los 19 años)

Obesidad: $> + 2 \text{ SD}$ (equivalente al índice de masa corporal de $30 \text{ kg} / \text{m}^2$ a los 19 años)

Delgadez: $< -2 \text{ DE}$

Delgadez severa: $< -3\text{SD}$ (OMS).

Un IMC alto indica “sobrepeso”, que puede ser debido a exceso de masa grasa (obesidad) o de masa magra (constitución atlética), no informando de la composición corporal, por lo que ha de valorarse junto con otros. A pesar de ello, es el más utilizado a cualquier edad (J.M. Marugán, et al, op. cit., p. 16).

5 Trastornos de la conducta alimentaria

5.1 Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura. Se consideran los TCA, la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno alimentario no especificado (M. L. Portela de Santana et al, op. cit., p.4).

Los TCA muchas veces se acompañan de complicaciones médicas, así como psicológicas que potencialmente pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo de él y la adolescente. Para evitar la cronicidad del trastorno, se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos a un equipo especializado.

Este equipo requiere ser interdisciplinario con experiencia tanto en TCA como en adolescencia, para poder abarcar las diversas facetas del trastorno, así como las particularidades y desafíos que implica su aparición durante la adolescencia (Ps. Carolina López C, op. cit., p.4).

5.2 Trastornos de la conducta alimentaria en la Adolescencia

Los trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia son más frecuentes en la adolescencia. El diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar el curso clínico y el pronóstico, por lo que es esencial conocer los síntomas que constituyen los pródromos y fases muy iniciales de estas enfermedades. La mayoría de adolescentes muestran preocupación por su peso e imagen corporal y hasta un 50% pueden manifestar insatisfacción corporal. Por esta razón, los cambios en la preocupación por la comida, el peso y la figura corporal son pródromos de los trastornos de alimentación, pero pueden tener falsos positivos (Graell Berna M et al, op. cit., p4)

Al inicio los y las adolescentes, aún sin haber cambiado su alimentación ni el peso, muestran preocupación por las calorías en los alimentos y las dietas. Algunos consultan al pediatra o nutricionista para que les prescriba dietas hipocalóricas. En estas fases prodrómicas también se observan cambios de estado de ánimo con irritabilidad, inestabilidad emocional o tristeza y tendencia al aislamiento social.

El principal signo de alarma es el *cambio de peso tanto pérdida progresiva como oscilaciones*. Si se incrementa y prolonga la pérdida de peso (y en aproximadamente un 8% de pacientes antes de que se produzca), se objetivará la *amenorrea secundaria*. Es probable que él y la adolescente

en una primera evaluación no refiera abiertamente que lleva una restricción de alimentos, pero puede presentar síntomas físicos, como estreñimiento, sensación de plenitud, pirosis y mareo, los mismos que pueden sugerir un seguimiento de los y las adolescentes (Ibid., p. 18)

5.3 Anorexia nerviosa

Es una enfermedad psicosomática que se caracteriza por una pérdida de peso causada por el propio paciente, que le causa una malnutrición prolongada con rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad). Estudios realizados en España muestran una prevalencia que oscila entre el 0,5 y el 1%. Hay una proporción mujer/hombre de 9 a 1. La edad media de comienzo es de 14 años, con otro pico a los 18 años. Los y las adolescentes que realizan maniobras purgativas son impulsivas, con tendencia a robar y suelen tener problemas con el alcohol y las drogas (MT Muñoz Calvo, 2011).

Fase prodrómica: Malestar psicológico por dificultad para afrontar situaciones personales o de relación con el entorno.

Fase de inicio: Restricción alimentaria con la pérdida de peso, que va evolucionando de forma insidiosa. A veces el o la adolescente, con o sin ayuda médica, toma conciencia y vuelve a alimentarse.

Fase de estado: A más de la restricción alimentaria y pérdida de peso, hay una conducta alimentaria anormal: esconder y cortar en pedazos los alimentos, rechazos selectivos, intervenir en la cocina, aumentar o disminuir la ingesta de líquidos etc, así como:

- Incremento del ejercicio físico que se hace compulsivo.
- Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal.
- Obsesión por la silueta, peso y comida; el miedo de aumentar el peso se hace fóbico.
- La amenorrea suele coincidir con el inicio de la malnutrición.

- Al estar establecida la malnutrición, pueden alterarse todos los órganos y funciones. Los primeros síntomas son: hipotermia, bradicardia, deshidratación, palidez, mareos, piel seca y descamada, aparición de lanugo en brazos y espalda, pérdida de cabello, estreñimiento, y debilidad muscular. Al progresar, el cuadro se va agravando pudiendo llegar a la muerte.
- La conflictividad familiar es común debido al problema alimentario, la ansiedad de la familia y la inestabilidad emocional de la paciente.
- El retraimiento social llega a veces hasta un completo aislamiento.
- Algunas pacientes presentan rasgos bulímicos: autoprovocación del vómito, uso de laxantes, e incremento compulsivo de la actividad física.
- La morbilidad es muy frecuente, generalmente asociada a depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, y dependencia del alcohol. Un 10-20% de pacientes evolucionan hacia Bulimia Nerviosa (Ibid., p. 19).

5.4 Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según el DSM-5

-
- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el género, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
-
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
-
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
-

Fuente: Tabla tomada del DSM-5 (American Psychiatric Association), 2014

Especificar si es:

Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos 3 meses, ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si es:

En remisión parcial: Si, luego de haberse cumplido todos los criterios para la AN, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en niños/as y adolescentes, en el percentil del IMC actual. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión (American Psychiatric Association, 2014).

5.5 Bulimia Nerviosa

La BN se caracteriza por episodios de descontrol alimentario donde él y la adolescente consume grandes cantidades de alimento (“atracon”) de una forma rápida. Luego del atracón generalmente realiza diversas actuaciones destinadas a neutralizar los efectos como son: inducción del vómito, ejercicio intenso, dietas muy restrictivas, utilización de diuréticos o laxantes. La BN

presenta también dos modalidades: una forma purgativa y otra no purgativa. Existen otros trastornos con algunas características de la AN y la BN, pero no llegan a cumplir todos los aspectos clínicos descritos y se los han denominado: trastornos no especificados (EDNOS) (MT Muñoz Calvo op. cit., p.19).

La prevalencia de BN es del 1-3%, suelen iniciarse al final de la adolescencia (17-20 años), aunque también se han descrito casos de comienzo precoz. Los atracones serían una consecuencia de la restricción alimentaria y producen un sentimiento muy intenso de culpa y desesperación. Esto hace que se intensifique la restricción de la ingesta, y que después se intenten contrarrestar los efectos del atracón. Esto se realiza mediante el ejercicio físico y actividades purgativas, que a la vez producen más culpa y autodesprecio, es un círculo vicioso de restricciones calóricas.

Fase de inicio: Las bulimias parciales permanecen años sin ser descubiertas. Tienen que asociarse varios factores emocionales, para que él o la adolescente se descontrole.

Fase de estado: El peso es normal o hay sobrepeso; la mayoría tienen antecedentes de sobrepeso. El episodio bulímico (atracon-vómito) puede iniciar con hambre, malestar y ansiedad crecientes. Terminado el atracón, el sentimiento de culpa y autodesprecio solo se va a disminuir mediante los vómitos autoinducidos inmediatos y otras prácticas más planificadas.

- Adopta medidas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, enemas y diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo).
- Hay preocupación por la silueta y el peso, así como distorsión de la imagen corporal.
- En casos de larga evolución aparecen: erosiones dentarias, inflamación de las glándulas parótidas, callosidades en las manos por provocarse el vómito (signo de Russell), hemorragias conjuntivales, esofagitis, diarreas, alteraciones menstruales e hidroelectrolíticas, entre otras.

- Es muy frecuente la morbilidad asociada: depresión, ansiedad, abuso o dependencia del alcohol, trastornos de la personalidad, etc (MT Muñoz Calvo op. cit., p.19-22).

5.6 Criterios diagnósticos para la Bulimia nerviosa según el DSM-5

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
-

- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
-

- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
-

- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
-

- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
-

Fuente: Tabla tomada del DSM-5 (American Psychiatric Association), 2014

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de medidas compensatorias inapropiadas. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: De 1–3 episodios de medidas compensatorias inapropiados a la semana.

Moderado: De 4–7 episodios de medidas compensatorias inapropiados a la semana.

Grave: De 8–13 episodios de medidas compensatorias inapropiados a la semana.

Extremo: De 14 episodios de medidas compensatorias inapropiados a la semana. (American Psychiatric Association op. cit., p.24).

5.7 Tratamiento de anorexia y bulimia nerviosa

El tratamiento de la AN y de la BN es mediante un equipo médico multidisciplinar y con ayuda del soporte familiar. Los especialistas que ayudan en el tratamiento son psiquiatras infanto-juveniles y psicólogos clínicos especializados. Los tratamientos son:

Psicoterapia individual o en grupo

La psicoterapia es de orientación cognitiva-conductual. La parte cognitiva intenta explicar cómo y porqué se da un comportamiento o pensamiento determinado, del cual surge un sentimiento o una emoción que condiciona al paciente. También debe de ayudarse a que el paciente comprenda todos los fenómenos que intervienen en este proceso. La parte psicológica ayuda a percibir adecuadamente las situaciones de una forma positiva y no condicionada por su físico.

Pautas dietéticas

Se debe indicar normas y pautas de alimentación con el propósito de alcanzar correctos hábitos alimenticios. Hay que enseñar al paciente la forma correcta de alimentarse.

Tratamiento psicofarmacológico

Este tratamiento se usa cuando existen trastornos comórbidos como trastornos depresivos o alteraciones del control del impulso. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

(ISRS) son los antidepresivos que se han obtenido mejores resultados, teniendo en cuenta el aspecto riesgo beneficio y la calidad de vida. El topiramato es otro fármaco efectivo en el tratamiento de la bulimia (Jordi Sasot Llevadot, 2010).

Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

El objetivo es corregir las alteraciones biológicas que ponen en riesgo la vida de él o la paciente, aumentar el peso, mejorar el estado nutricional, regular el consumo de alimentos y evitar las conductas purgativas. Para un tratamiento adecuado es necesario contar con una estructura asistencial con nivel ambulatorio, hospital de día y unidad de hospitalización.

En pacientes con anorexia nerviosa que acude por primera vez a consulta, lo primero que hay que descartar es la necesidad de atención médica urgente. Estos son los criterios:

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. Pérdida de peso superior al 50%
en los últimos meses | 6. Arritmia cardiaca grave |
| 2. Alteraciones de la conciencia | 7. Alteraciones del ionograma |
| 3. Convulsiones. Deshidratación | 8. Bradicardia < 40 p/m |
| 4. Alteraciones hepáticas o renales | 9. Síncopes |
| 5. Pancreatitis | 10. Hematemesis intensa |
| | 11. Dilatación gástrica aguda |

El tratamiento inicial es mejor que se lo realice a nivel ambulatorio, mientras que las situaciones que necesitan hospitalización son:

1. Estado físico que con riesgo de complicaciones graves (nula ingesta, especialmente de líquidos, IMC<14, bradicardia < a 45 p/m, potasio < 4,5, hematemesis y rectorragias)
2. Signos y síntomas depresivos con riesgo autolítico.
3. Conductas autolesivas importantes.
4. Presencia de psicopatología comórbida que dificulte el tratamiento.

5. Paciente que se niegue al tratamiento de forma ambulatoria.
6. Actitud muy dificultosa con la familia o conflictos de imposible control.
7. Curva de peso que no sigue un ritmo esperado.

La AN debe tener un seguimiento largo, por lo menos de un año luego de haberse obtenido la recuperación.

Los criterios de alta son:

1. Curva de peso estable durante un año.
2. Ciclos menstruales normales.

Ausencia de clínica psicopatológica alimentaria o comórbida (depresión) (Ibid., p.25).

Tratamiento de la Bulimia Nerviosa

Se necesitan las mismas directrices asistenciales que la Anorexia Nerviosa.

Los criterios de atención médica urgente son:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Deshidratación | 5. Arritmias o bradicardia < 40 p/m |
| 2. Disminución de K o Na | 6. Alteraciones de la conciencia. |
| 3. Alteraciones hepáticas o renales graves | 7. Convulsiones |
| 4. Pancreatitis | 8. Hematemesis |
| | 9. Dilatación gástrica aguda |

El ingreso hospitalario de la Bulimia Nerviosa se indica en:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Desequilibrios electrolítico | 5. Presencia de clínica psicopatológica comórbida grave |
| 2. ECG alterado | |
| 3. Hematemesis reciente | 6. Trastorno grave de conducta |
| 4. Idea autolítica grave | 7. Autolesiones importantes |

El seguimiento también debe ser mínimo de un año como en la Anorexia Nerviosa. Los criterios de alta requieren las siguientes variables.

1. Que no tenga episodios de atracones ni conductas compensatorias durante un año.
2. Que no presente alteraciones psicopatológicas alimentarias o comórbidas.

Para finalizar no se debe olvidar que el papel de la familia es muy importante, estos deben colaborar con el equipo médico, su desconfianza es muy negativa para el paciente (Jordi Sasot Llevadot, et al, op. cit., p.25-27).

6 Disfuncionalidad familiar

6.1 La familia

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad, que tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En muchos países, el concepto de la familia y su composición ha cambiado en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad reconocidos socialmente, como el matrimonio y los vínculos de consanguinidad. También se puede diferenciar la familia según el grado de parentesco entre sus miembros (Enciclopedia británica en español, 2010).

6.2 Funciones de la familia

La familia debe cumplir varias funciones como son:

Cuidado o económica: la familia debe proporcionar las necesidades básicas y de salud de todos sus integrantes, dentro de las necesidades que deben ser satisfechas son techo, alimento, vestido, atención médica, etc. Es importante crear buenos hábitos de higiene y alimentación que repercutirán a favor de su salud.

Socialización: La familia tiene la enorme responsabilidad de transformar a un niño en un ser capaz de participar y transformar la sociedad en que vive. Para ello el niño deberá aprender un lenguaje para comunicarse con sus semejantes, determinadas normas socio-culturales, tradiciones, costumbres, conocimientos.

Afecto: Las relaciones afectivas de los integrantes de la familia deben ser cumplidas, esto debido a que la recompensa básica de la vida familiar se da por una respuesta afectiva de un individuo a otro, La familia debe dar el afecto, generando confianza, seguridad, apoyo y afecto que necesita todo ser humano para su sano crecimiento y desenvolvimiento en sociedad.

Reproducción: Es de vital importancia la perpetuidad de la especie, dotando a la sociedad de los nuevos miembros que esta necesita para su desarrollo (María Cid Rodríguez, 2014).

6.3 La familia funcional

Las familias se estructuran de personas enlazadas por vínculos de parentesco de consanguinidad o de afinidad, o también de adopción. La familia nuclear se considera como aquella en la que sus integrantes tienen una relación inmediata y constante con los padres, y la familia extensa incluye a las personas que, sin estar tan próximas a los padres, tienen todas las características anteriormente citadas. Un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización y logro de las funciones de todos sus miembros. Se trata de unidades ligadas que forman un grupo, un todo coherente en el que los distintos elementos que lo componen interactúan, son interdependientes entre sí y, por lo tanto, están articulados, pueden crecer desde el interior y constituyen una unidad completa (Salvador Cervera Enguix, s.f).

En el seno familiar, todos influyen en todos, cada uno desde su singularidad y desempeñando ciertas tareas o funciones. Por eso, la causa de los éxitos y los fracasos no se debe a un solo miembro del grupo, sino a todos, en mayor o en menor grado. Lo ideal para la permanencia de la

familia es que funcione tanto el sistema como cada uno de sus elementos. Los miembros de la familia, en cuanto ejecutores de funciones, cumplen diversos encargos y adquieren cierto estatus imprimiendo un estilo al grupo familiar. Cuando el papel que cada uno desempeña se cumplen hablamos de una familia funcional, que desempeña bien sus tareas y estas tienen una repercusión social (Ibid., p.28).

6.4 Procesos característicos de las familias funcionales

Para que el sistema familiar sea funcional, se precisan ciertas características.

1. Sentimiento de unión y compromiso de los miembros como una unidad de relación, de cuidado y de apoyo mutuo.
2. Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de la más joven a la mayor.
3. En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y por un reparto equitativo del poder y de las responsabilidades.
4. Autoridad y liderazgo parental o ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.
5. Estabilidad organizativa caracterizada por la claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.
6. Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surjan; y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones a lo largo del ciclo vital.

7. Comunicación abierta caracterizada por claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática.
8. Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.
9. Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de los problemas, sentimientos de unión con las generaciones pasadas y futuras, valores éticos y morales es interés por la comunidad humana en general.
10. Recursos adecuados que garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como por la comunidad y los sistemas sociales mayores

Todos estos criterios son muy loables sin embargo si alguna determinada familia no los cumpliera se debe ser condescendientes ya que es muy difícil alcanzar a todos (Pereda T, 2012).

6.5 La familia disfuncional

La disfuncionalidad aplicada al ámbito familiar, se conceptúa como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, el desempeño de roles complementarios anómalos, una carencia, trastoque, alteración. Una contradicción lo cual en el campo de la salud mental podría considerarse como: un funcionamiento no saludable de un sistema familiar cuyas características clínicas se mantienen a través de un tiempo indefinido afectando de manera específica o inespecífica a su unión familiar (Agueda Reynalte, 2010).

Definición de la familia disfuncional

La disfuncionalidad familiar Según Vargas JC y Vacca R, 1998 “Es un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de

una familia y que al relacionarse con su membrecía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas” (Rafael Leyva, 2013).

Características de la disfunción familiar genérica

1. Su dinámica familiar no es saludable.
2. Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible.
3. Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios.
4. Impide al interior de la familia el entrenamiento de conductas precurrentes.

Clasificación genérica de las familias disfuncionales

Familias disfuncionales neurotígenicas: generan comportamientos neuriformes o neuróticos en su familia.

Familias disfuncionales psicotígenicas: generan en su clima trastornos mentales mediante elementos afines como la comunicación de doble vínculo, dispersión de su familia y frialdad en los afectos.

Familias disfuncionales psicopatogénicas: propician en su atmósfera los elementos compatibles con casos de conductas antisociales, disruptivas (autolesiones y violencia con los demás): disocialidad, trastornos negativistas desafiantes y psicopatías. En estas familias solemos también encontrar los factores predictores de esta patología al hallar antecedentes familiares compatibles con cuadros de antisocialidad.

Familias disfuncionales adictógenas: condicionan en su clima casos de adicciones en sus diversas modalidades y hacia diversos elementos sujetos de adicción.

Existen dos modalidades de presentarse la disfuncionalidad familiar adictogénica:

1. Familias disfuncionales adictogénicos prodrugadependientes, es decir que promueven la aparición de casos de adicciones a sustancias químicas.

2. Familias disfuncionales adictogénicos pro-adicciones atípicas, es decir que promueven el brote de casos de adicciones atípicas o adicciones no convencionales, entre sus integrantes (Pacheco Franklin, 2011).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

1 Tipo de Estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo sobre una base de encuesta transversal.

2 Área de estudio

El área de estudio la constituye el colegio fiscal mixto de educación secundaria 27 de Febrero, localizado en la ciudad de Loja, Barrio Santa Teresita, en las calles Pablo Palacios y Kennedy Nro. 21 – 61.

3 Universo

Adolescentes que cursan el primero, segundo y tercer año de bachillerato del colegio 27 de Febrero. Se trabajó con alumnos matriculados y que asistan al mismo durante los meses de enero - junio del año 2016.

4 Muestra

La muestra es de tipo censal, debido a que representa a toda la población conformada por 126 estudiantes de la jornada vespertina que cursan el 1ero, 2do y 3er año de bachillerato del colegio 27 de Febrero. Es conveniente señalar que de los 126 adolescentes que constituyeron la población 14 no asistieron a clases el día de la encuesta, 2 no contestaron el cuestionario y 2 fueron excluidos debido a que eran mayores de 19 años.

5 Criterios de inclusión:

- Estudiantes del Colegio 27 de Febrero género masculino y femenino que cursen el primero, segundo y tercer año de bachillerato y que estén dentro del grupo de edad entre los 15 y 19 años.

- Estudiantes que deseen participar en el estudio.

6 Criterios de exclusión:

- Adolescentes con diagnóstico conocido de trastorno de conducta alimentaria.
- Estudiantes con edades menores a 15 años y mayores a 19 años.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
- Estudiantes que no se encuentren al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos

7 Técnicas e instrumentos

7.1 Instrumentos

El EAT- 26 (Eating Attitudes Test) evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar, y patrones alimentarios restrictivos. Resulta idóneo para identificar problemas alimentarios en versiones no clínicas, aunque no es capaz de discriminar entre anorexia y bulimia. (Castro J, Toro J, Salamero M & Guimera E, 1991)

Es un inventario diseñado por Garnel y Cols (1982) a partir de un análisis de la versión original EAT-40 (Garner y Garfinkel, 1979). Contiene 26 ítem con 6 posibilidades de respuesta. Consta de tres subescalas que se obtienen por agrupaciones de ítems. La subescala dieta (ítems 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25); subescala bulimia (ítems 3,4,9,18,21,26) y la subescala de control oral (ítems 2,5,8,13,15,19,20). La puntuación total es la suma de 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática ("siempre"=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 ("nunca"=3). (Arrufat Francisco, 2006)

El rango de puntuación del EAT-26 es de 0-78 con un punto de corte de 20, los niveles considerados en el análisis se han establecido en riesgo bajo con una puntuación menor o igual a 10, riesgo medio y con una puntuación entre 11 y 20, y riesgo elevado, si la puntuación es igual o superior a 21. (Calvopiña Loaiza Diana, 2014); un estudio publicado en la revista Elsevier Doyma señala que el alfa de Cronbach fue de 92,1%, y el mejor valor de corte, el de 11 y más puntos (sensibilidad del 100% y especificidad del 85,6%). (Constaín Gustavo et al, 2014)

APGAR FAMILIAR, es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

Es un cuestionario auto administrado que consta de cinco preguntas cerradas. Indica una valoración global de satisfacción con la vida familiar. Útil como prueba de tamizaje.

- Puntaje mínimo: 0
- Puntaje máximo: 10

A mayor puntaje mayor satisfacción. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas, ofrecen una indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del entrevistado. La posibilidad de respuesta fluctúa en:

- 0: Casi nunca
- 1: A veces
- 2: casi siempre

Ámbitos que evalúa: **A**daptation (Adaptación), **P**artnership (Asociación/sociedad), **G**rowth (Crecimiento), **A**ffection (Afecto) and **R**esolve (Resolución)

Interpretación: Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción (DocSlide, 2015).

7.2 Procedimiento de Obtención de Datos

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de modo grupal durante la jornada de clases. En cada sesión de aplicación el entrevistador estuvo presente el cual entrego las instrucciones para el llenado correcto de los cuestionarios y escalas, así como la aclaración de dudas que pudieran surgir.

7.3 Recolección de la Información

Para la recolección de la información primero se realizó una solicitud dirigida al señor rector del colegio 27 de Febrero, al ser aceptada la petición (Anexo 1), se procedió a la aplicación del instrumento, la misma que se hizo por medio de la encuesta EAT-26 (Anexo 2) y APGAR familiar (Anexo 3); para el IMC se realizó la toma de medidas, mediante balanza electrónica y cinta para medir la estatura.

Se informó a los estudiantes que se estaba realizando un estudio sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la disfuncionalidad familiar, donde la participación era voluntaria. Una vez que el estudiante acepto a participar en el estudio, se procedió a la entrega de los respectivos test y el consentimiento informado (Anexo 4), donde este último debía ser llevado a la casa y firmado por su respectivo representante, previo a la toma de medidas; así mediante las curvas y percentiles de IMC para la edad según la OMS se procedió a determinar el estado nutricional, (Anexo 5).

Los estudiantes participantes fueron todos los alumnos de los paralelos 1ero, 2do y 3ero de bachillerato, donde el cuestionario fue diseñado para que sea realizado en un tiempo promedio de

15 minutos, donde el test (EAT- 26) consto de 26 preguntas de opción múltiple con seis posibles respuestas cuya puntuación va de 0, 1, 2 y 3 donde las opciones nunca, rara vez, y a veces tiene valor de 0 puntos, mientras que la opción frecuentemente equivale a 1 punto, casi siempre equivale a 2 puntos y finalmente la opción siempre equivale a 3 puntos. Hay que tener en cuenta que la excepción de este sistema de puntuación es la pregunta 25 donde la opción nunca equivale a 3 puntos, rara vez equivale a 2 puntos, a veces equivale a 1 punto y todas las demás opciones equivalen a 0 puntos. Si la suma de todos los valores da como resultado una puntuación menor o igual a 10 se habla de riesgo leve, si va de 11 a 20 se refiere a un riesgo moderado y si es mayor a 21 se trata de riesgo alto. El test de APGAR familiar consto de 5 preguntas con tres posibles respuestas donde una puntuación de 7 – 10 sugiere una familia funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

7.4 Análisis de la información

Para la tabulación y análisis de los resultados se digitaron en una base de datos del programa Microsoft Office Excel 2016, y para el análisis se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.

En primer lugar, se realizó la prueba piloto, a 25 estudiantes y se obtuvieron las confiabilidades de las escalas empleadas, mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Estadísticas de fiabilidad EAT-26			Estadísticas de fiabilidad APGAR FAMILIAR		
Alfa de Cronbach basada en elementos			Alfa de Cronbach basada en elementos		
Alfa de Cronbach	estandarizados	N de elementos	Alfa de Cronbach	estandarizados	N de elementos
,738	,898	27	,770	,826	6

En segundo lugar, se procedió a la recolección de datos mediante las encuestas y la toma de medidas antropométricas, se evidencio que con los criterios de exclusión y por las causas mencionadas anteriormente, el total de la muestra fue de 108 estudiantes con lo cual mediante el

paquete estadístico Epi Info, se calculó el tamaño de la potencia de la muestra dando como resultado un nivel de confianza de 99% (Anexo 6).

Tras la recolección de los datos y la validación de la información se creó una base de datos en el Paquete estadístico SPSS y se llevó a cabo el análisis mediante técnicas descriptivas como son tablas de frecuencia simples donde según el tipo de variable se obtuvieron estadísticos como media, mediana, desviación estándar, etc.

En tercer lugar, para la representación gráfica de los resultados obtenidos se utilizaron diagramas de barras y tablas, finalmente se analizan los resultados mediante el cruce de variables para determinar asociación mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson y el nivel de significación estadística se determinó con $p < 0.05$.

6. RESULTADOS

CUADRO 1

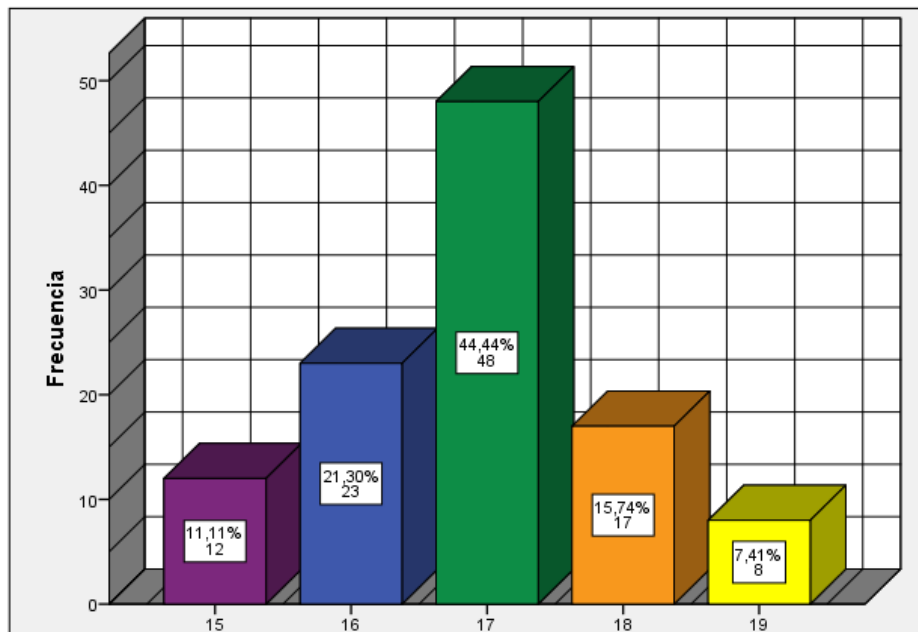
Edad de los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	15	12	<u>11,11</u>	11,1
	16	23	<u>21,30</u>	32,4
	17	48	<u>44,44</u>	76,9
	18	17	<u>15,74</u>	92,6
	19	8	<u>7,41</u>	100,0
	Total	108	<u>100,0</u>	

Fuente: Encuesta realizada a los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 1

Edad de los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero



Fuente: Encuesta realizada a los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

Del total (n=108), el grupo de adolescentes que más representa al estudio son los de 17 años de edad, este aporta con el 44,44% (48) del total de casos, mientras que el grupo minoritario son los y las adolescentes de 19 años que representan tan solo 7,41% (8).

CUADRO 2

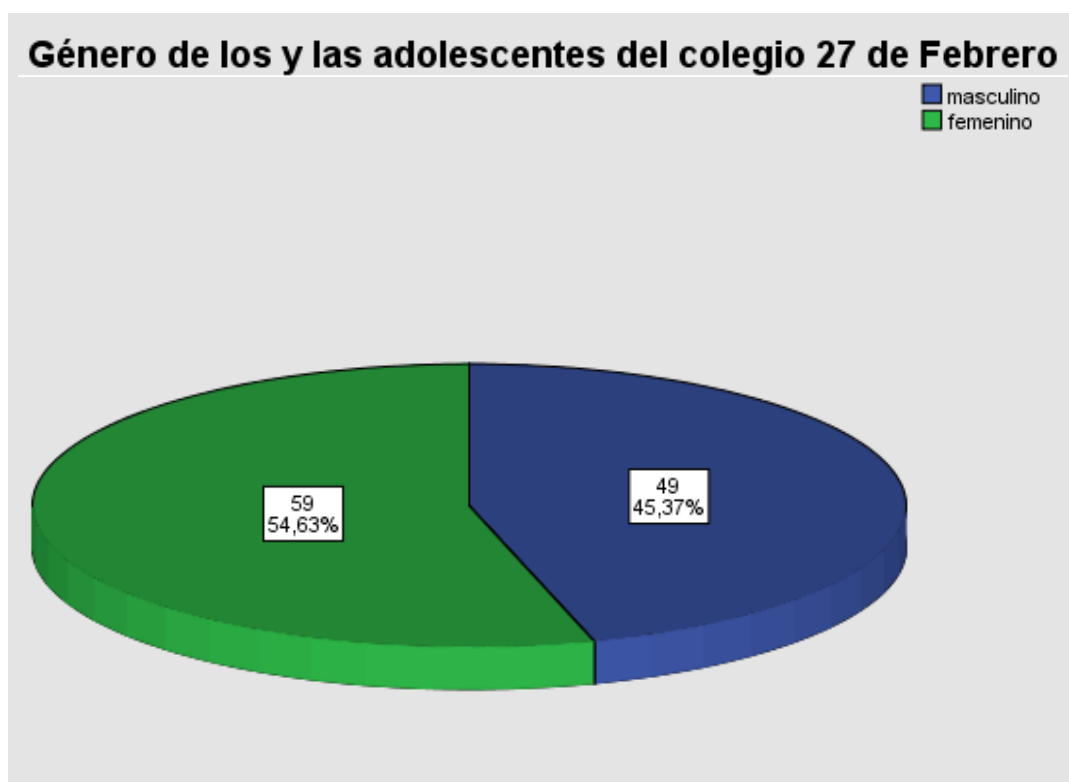
Género de los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero

Genero	Estadísticos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	masculino	49	45,4	<u>45,37</u>	45,4
	femenino	59	54,6	<u>54,63</u>	100,0
	Total	108	100,0	<u>100,0</u>	

Fuente: Encuesta realizada a los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero

Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 2



Fuente: Encuesta realizada a los y las adolescentes del colegio 27 de Febrero

Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

Del total de adolescentes (n=108), las mujeres representan en el estudio el 54,63% (59), mientras que los hombres representan en el 45,37% (49).

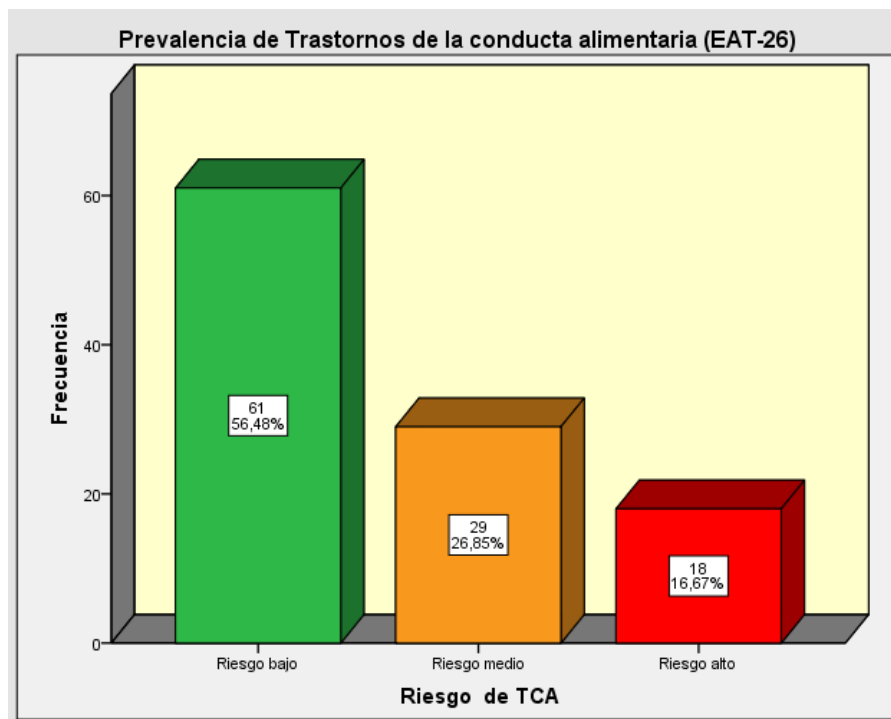
CUADRO 3

Prevalencia de Trastornos de la conducta alimentaria (EAT-26)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Riesgo bajo	61	56,5	<u>56,48</u>	56,5
	Riesgo medio	29	26,9	<u>26,85</u>	83,3
	Riesgo alto	18	16,7	<u>16,67</u>	100,0
	Total	108	100,0	<u>100,0</u>	

Fuente: Test EAT-26 aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 3



Fuente: Test EAT-26 aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

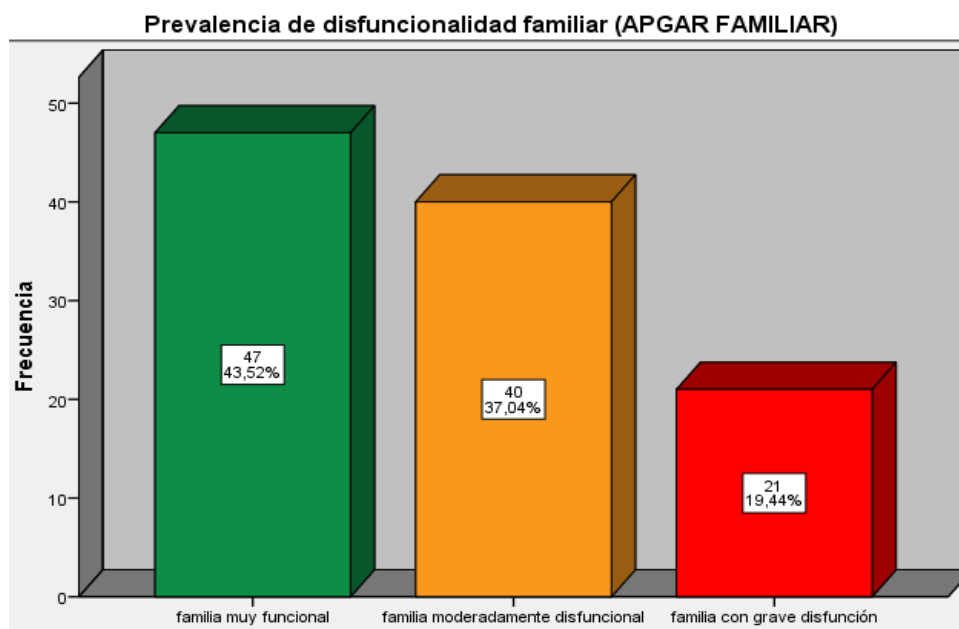
Análisis:

Del total de adolescentes (n=108), 56,48% tienen riesgo bajo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, 26,85% tienen riesgo medio y 16,67% presentan riesgo alto. Así 43,52% de adolescentes tienen riesgo de presentar algún TCA.

CUADRO 4**Prevalencia de disfuncionalidad familiar (APGAR FAMILIAR)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	familia muy funcional	47	43,5	<u>43,52</u>	43,5
	familia moderadamente disfuncional	40	37,0	<u>37,04</u>	80,6
	familia con grave disfunción	21	19,4	<u>19,44</u>	100,0
	Total	108	100,0	<u>100,0</u>	

Fuente: Test APGAR FAMILIAR aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 4

Fuente: Test APGAR FAMILIAR aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

Del total de adolescentes (n=108), 43,52% presentan una familia muy funcional, 37,04% tienen familia moderadamente disfuncional, mientras que 19,44% presentan una familia con una grave disfunción. Así 56,48% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar.

CUADRO 5

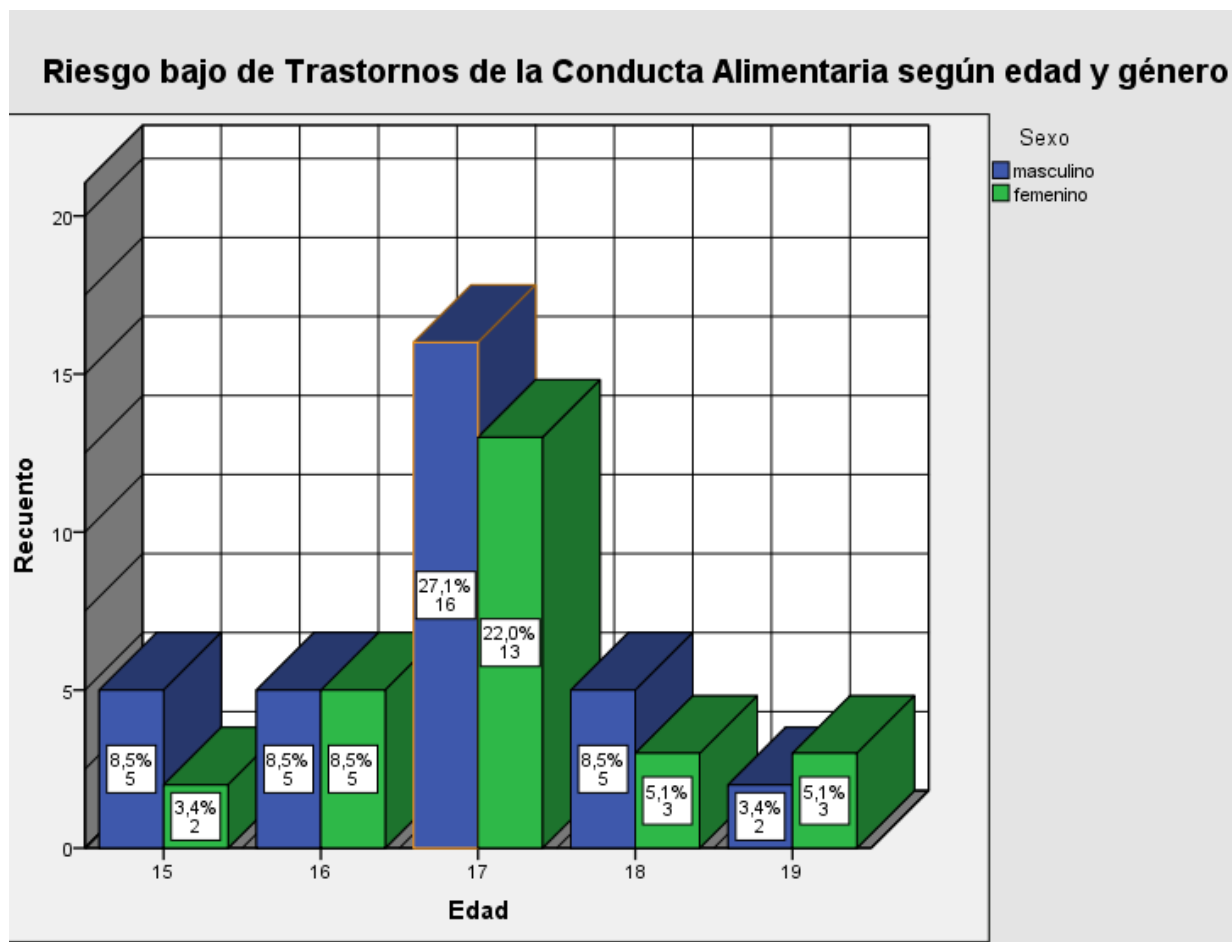
Trastornos de la Conducta Alimentaria según edad y género

% dentro de Edad

Total			Género		Total
			masculino	femenino	
Riesgo bajo	Edad	15	71,4%	28,6%	100,0%
		16	50,0%	50,0%	100,0%
		17	55,2%	44,8%	100,0%
		18	62,5%	37,5%	100,0%
		19	40,0%	60,0%	100,0%
		<u>Total</u>		<u>55,9%</u>	<u>44,1%</u>
Riesgo medio	Edad	15	50,0%	50,0%	100,0%
		16		100,0%	100,0%
		17	28,6%	71,4%	100,0%
		18	57,1%	42,9%	100,0%
		19	50,0%	50,0%	100,0%
		<u>Total</u>		<u>35,5%</u>	<u>64,5%</u>
Riesgo alto	Edad	15		100,0%	100,0%
		16	33,3%	66,7%	100,0%
		17	20,0%	80,0%	100,0%
		18		100,0%	100,0%
		19	100,0%		100,0%
		<u>Total</u>		<u>27,8%</u>	<u>72,2%</u>
Total	Edad	15	58,3%	41,7%	100,0%
		16	34,8%	65,2%	100,0%
		17	43,8%	56,3%	100,0%
		18	52,9%	47,1%	100,0%
		19	50,0%	50,0%	100,0%
		Total		45,4%	54,6%

Fuente: Base de datos y test EAT-26 realizado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 5

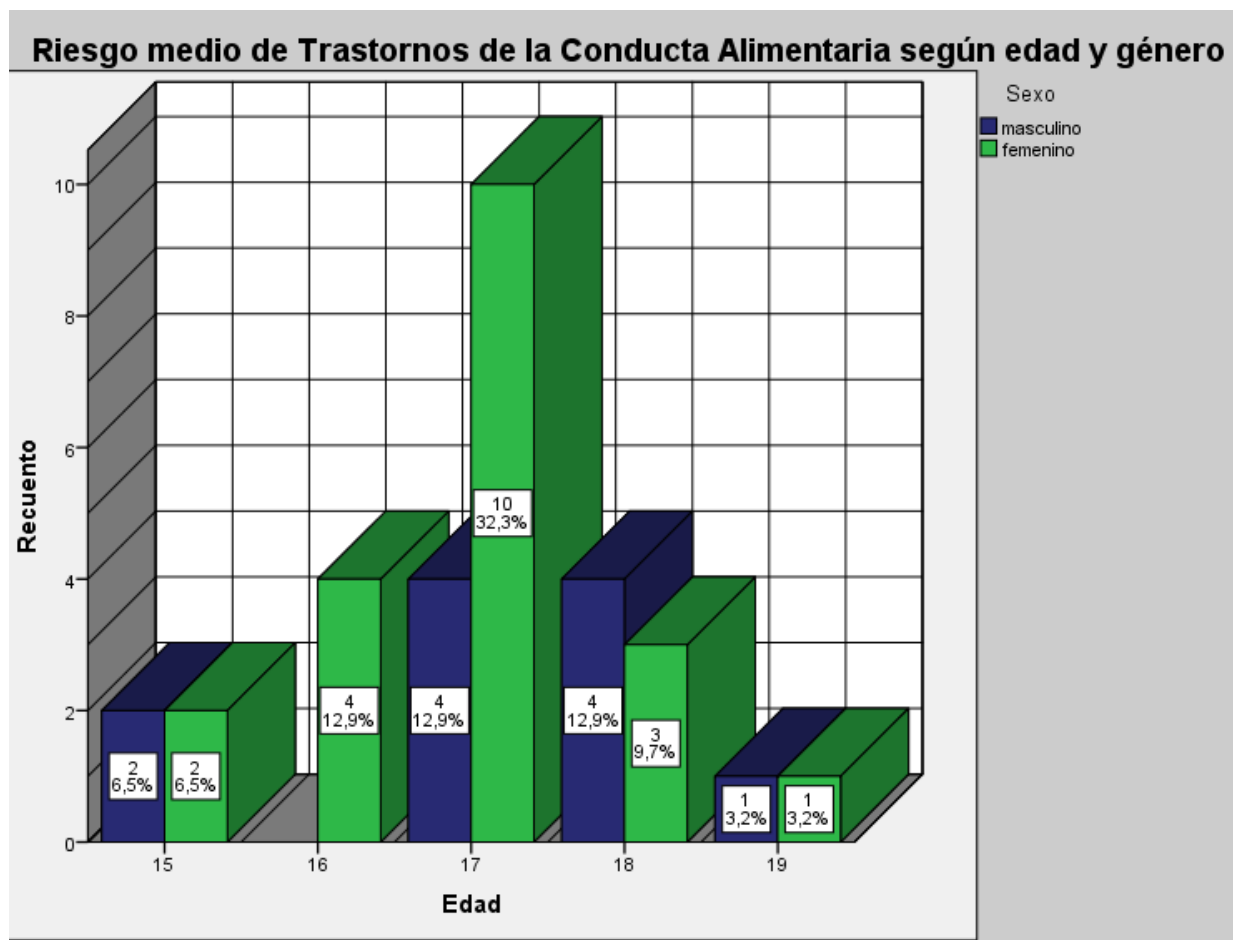


Fuente: Base de datos y test EAT-26 aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

Al realizar el cruce de variables entre los trastornos de conducta alimentaria según la edad y el género se evidencia que el mayor porcentaje de adolescentes con **RIESGO BAJO** de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria son hombres **55,9%** (33), en relación al **44,1%** (26) de adolescentes de género femenino. En los hombres de 17 años es donde se encuentran más casos 27,1% (16), mientras que donde menos casos existen es en las mujeres de 15 y en los hombres de 19 años 3,4% (2) para cada uno.

FIGURA 5.1

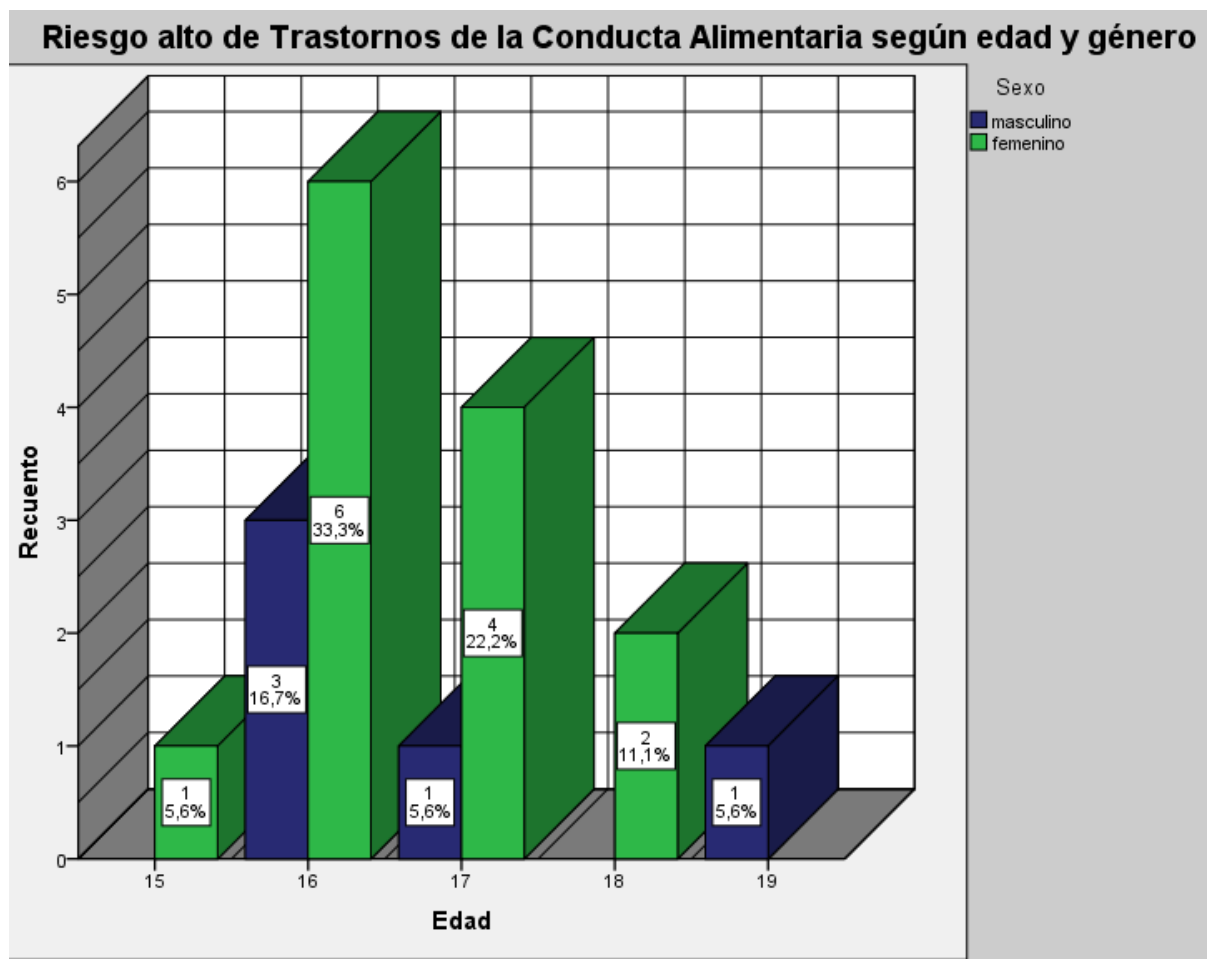


Fuente: Base de datos y test EAT-26 aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

El mayor porcentaje de adolescentes con **RIESGO MEDIO** de presentar trastornos de la conducta alimentaria son mujeres **64,5%** (20), mientras que los adolescentes de género masculino presentan **35,5%** (11). En las mujeres de 17 años es donde se encuentran más casos 32,3% (10), mientras que donde menos casos existen es en el grupo de 19 años 3,23%.

FIGURA 5.2



Fuente: Base de datos y test EAT-26 aplicado a estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

El porcentaje mayor de adolescentes con **RIESGO ALTO** de presentar trastornos de la conducta alimentaria son las mujeres con 13 casos que representa el **72,2%**, mientras que los hombres tan solo representan **27,8%** (5). En las mujeres de 16 años es donde se encuentran más casos 33,3% (6), mientras que donde menos casos existen es en las mujeres de 15 y en los hombres de 17 y 19 años 5,56% (1) para cada uno.

CUADRO 6

Disfuncionalidad familiar según la edad y el género

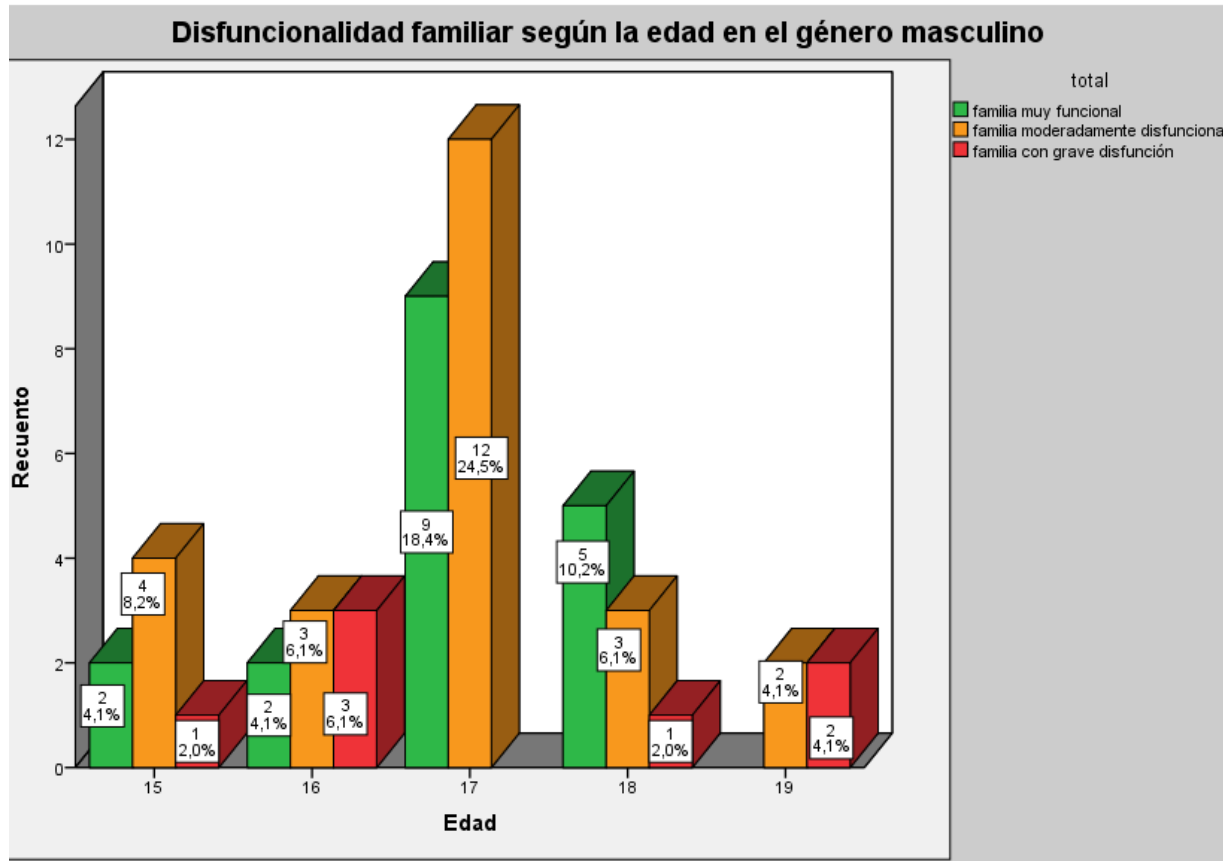
% dentro de Edad

		total				
Género			familia muy funcional	familia moderadamente disfuncional	familia con grave disfunción	Total
masculino	Edad	15	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
		16	25,0%	37,5%	37,5%	100,0%
		17	42,9%	57,1%		100,0%
		18	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%
		19		50,0%	50,0%	100,0%
	<i>Total</i>		<i>36,7%</i>	<i>49,0%</i>	<i>14,3%</i>	<i>100,0%</i>
femenino	Edad	15	40,0%	60,0%		100,0%
		16	53,3%	13,3%	33,3%	100,0%
		17	51,9%	29,6%	18,5%	100,0%
		18	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%
		19	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	<i>Total</i>		<i>49,2%</i>	<i>27,1%</i>	<i>23,7%</i>	<i>100,0%</i>
Total	Edad	15	33,3%	58,3%	8,3%	100,0%
		16	43,5%	21,7%	34,8%	100,0%
		17	47,9%	41,7%	10,4%	100,0%
		18	47,1%	29,4%	23,5%	100,0%
		19	25,0%	37,5%	37,5%	100,0%
	Total		43,5%	37,0%	19,4%	100,0%

Fuente: Base de datos y test EAT-26 en estudiantes del colegio 27 de Febrero

Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 6

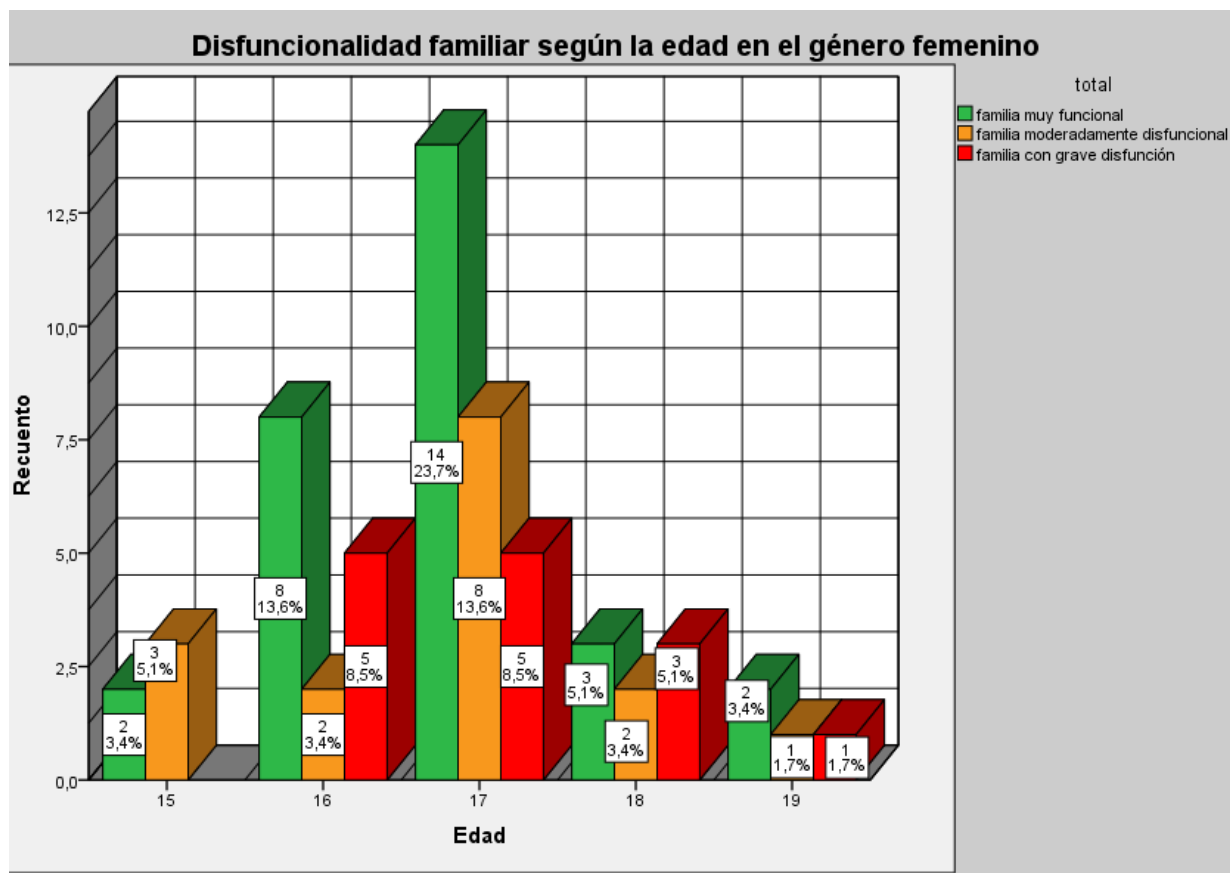


Fuente: Base de datos y test de APGAR familiar aplicado a los y las estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

El cruce de variables entre disfuncionalidad familiar, edad y género masculino (n=49), indica que la **DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR MODERADA** es la más frecuente con el **49%** (24), mientras que la **DISFUNCIONALIDAD GRAVE** es del **14,3%** (7), sumados los 2 valores se obtiene **63,3%** de disfuncionalidad familiar. El mayor número de casos se encuentra en el grupo de 17 años con familias moderadamente disfuncionales 24,5%(12), mientras que donde menos casos existen es en las mujeres de 15 y 18 años con disfuncionalidad familiar grave 2% (1) para cada uno.

FIGURA 6.1



Fuente: Base de datos y test de APGAR familiar aplicado a los y las estudiantes del colegio 27 de Febrero
Elaborado por el José Fernando Castillo

Análisis:

Del total de adolescentes de género femenino ($n=59$), la **DISFUNCIONALIDAD MODERADA** se presenta en el **27,1%** (16), mientras que se presentan 14 casos de **DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR GRAVE 23,7%**, sumados los 2 valores se obtiene **50,8%** de disfuncionalidad familiar. El mayor número de casos se encuentra en el grupo de 17 años con familias muy funcionales 23,7% (14), mientras que donde menos casos existen es en el grupo de 19 años, con 1 caso de familias moderadamente disfuncionales y otro caso de disfuncionalidad familiar grave, 1,7% para cada uno.

CUADRO 7

Categorización del IMC según la edad y el género

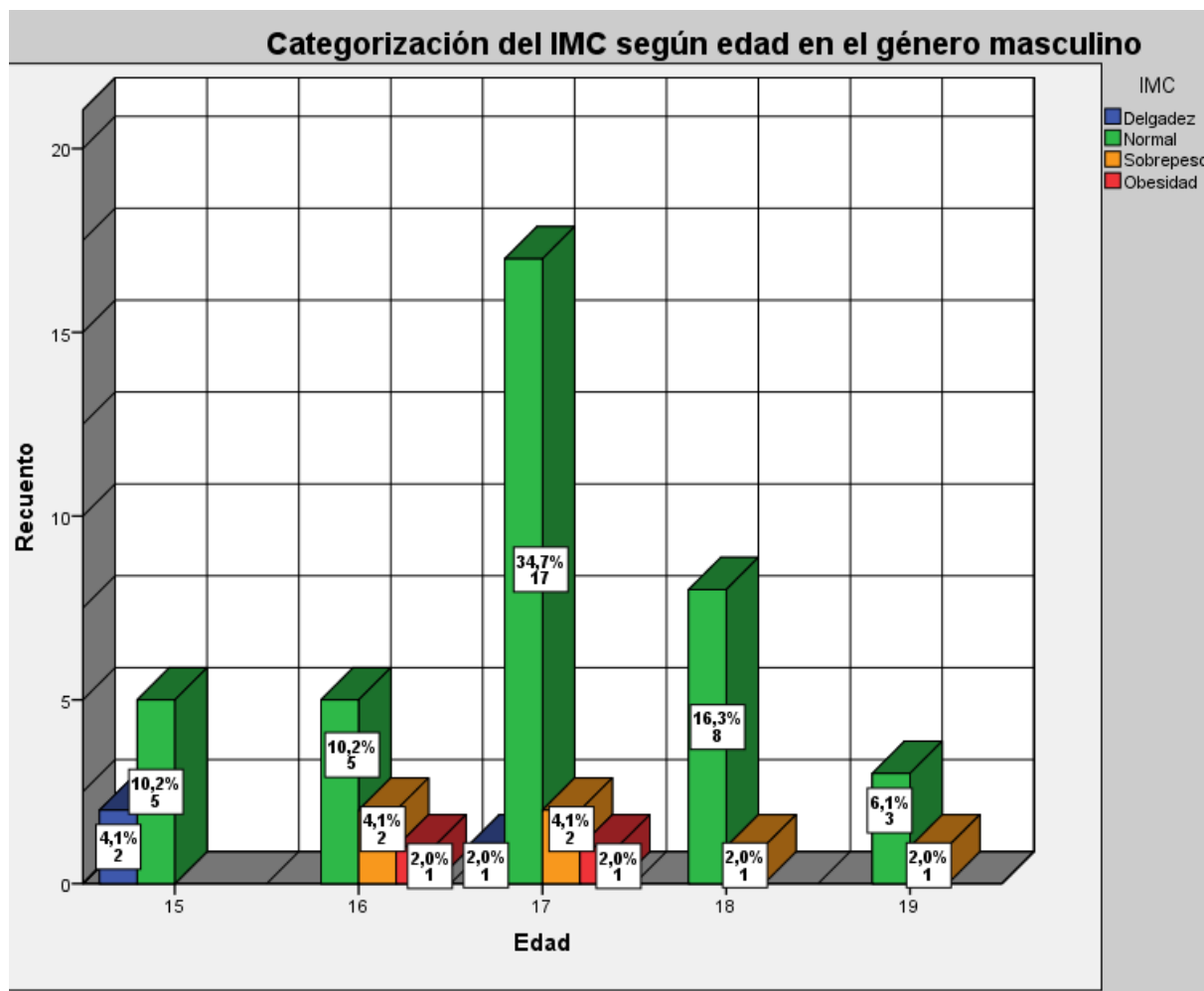
% dentro de Edad

			IMC					
			Delgadez					
Género			severa	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
masculino	Edad	15		28,6%	71,4%			100,0%
		16			62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
		17		4,8%	81,0%	9,5%	4,8%	100,0%
		18			88,9%	11,1%		100,0%
		19			75,0%	25,0%		100,0%
		<i>Total</i>			<i>6,1%</i>	<i>77,6%</i>	<i>12,2%</i>	<i>4,1%</i>
femenino	Edad	15		20,0%	60,0%	20,0%		100,0%
		16		6,7%	66,7%	13,3%	13,3%	100,0%
		17	3,7%	3,7%	81,5%	11,1%		100,0%
		18		12,5%	62,5%	12,5%	12,5%	100,0%
		19			100,0%			100,0%
		<i>Total</i>		<i>1,7%</i>	<i>6,8%</i>	<i>74,6%</i>	<i>11,9%</i>	<i>5,1%</i>
Total	Edad	15		25,0%	66,7%	8,3%		100,0%
		16		4,3%	65,2%	17,4%	13,0%	100,0%
		17	2,1%	4,2%	81,3%	10,4%	2,1%	100,0%
		18		5,9%	76,5%	11,8%	5,9%	100,0%
		19			87,5%	12,5%		100,0%
		Total		0,9%	6,5%	75,9%	12,0%	4,6%

Fuente: Base de datos de los y las estudiantes del colegio 27 de Febrero

Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 7

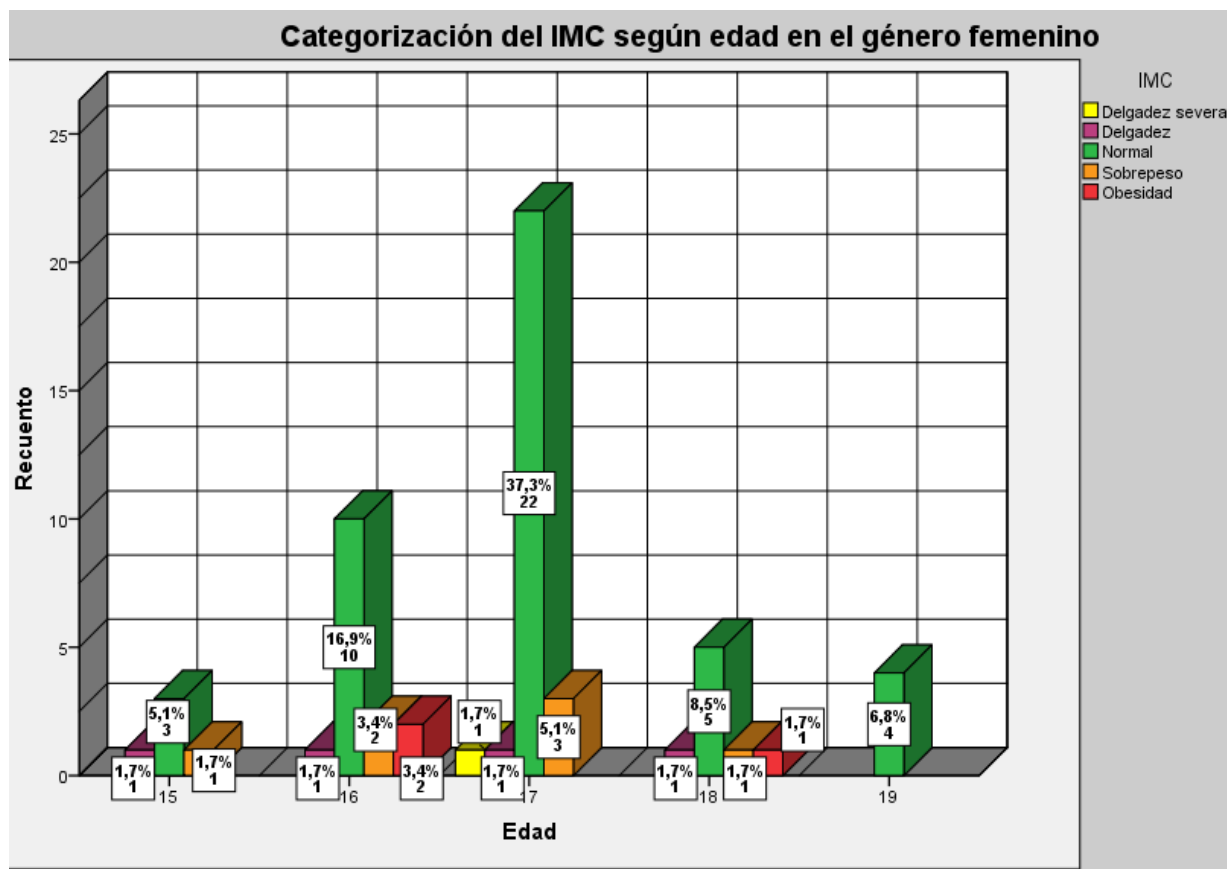


Fuente: Base de datos y registro directo de peso y talla
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

El gráfico del IMC según la edad y género en adolescentes de género masculino (n=49), indica que el mayor porcentaje se encuentran dentro del IMC **NORMAL 77,6%** (38), en el grupo de 15 y 17 años existe **DELGADEZ 6,1%** (3), el **SOBREPESO** se encuentra presente en los grupos de 16,17,18 y 19 años **12,2%** (6), finalmente existe **OBESIDAD** en los adolescentes de 16 y 17 años **4,1%** (2).

FIGURA 7.1



Fuente: Base de datos y registro directo de peso y talla
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

El cruce de variables del IMC según la edad y género en las adolescentes de género femenino (n=59), indica que la mayor cantidad de estudiantes se encuentran dentro del IMC **NORMAL 74,6%** (44), en el grupo de 15, 16, 17 y 18 años existe 4 casos de **DELGADEZ 6,8%**, el **SOBREPESO** se encuentra presente en los grupos de 15,16,17 y 18 años **11,9%** (7), hay 3 casos de **OBESIDAD** en los grupos de 16 y 18 años **5,1%**, finalmente existe un caso en el grupo de 17 años con **DELGADEZ SEVERA** que representa tan solo el **1,7%**.

Pruebas de Chi- Cuadrado para medir la relación entre las variables

CUADRO 8

Prueba de chi-cuadrado entre Trastornos de la conducta alimentaria y disfuncionalidad familiar

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	51,307 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	47,568	4	,000
Asociación lineal por lineal	30,962	1	,000
N de casos válidos	108		

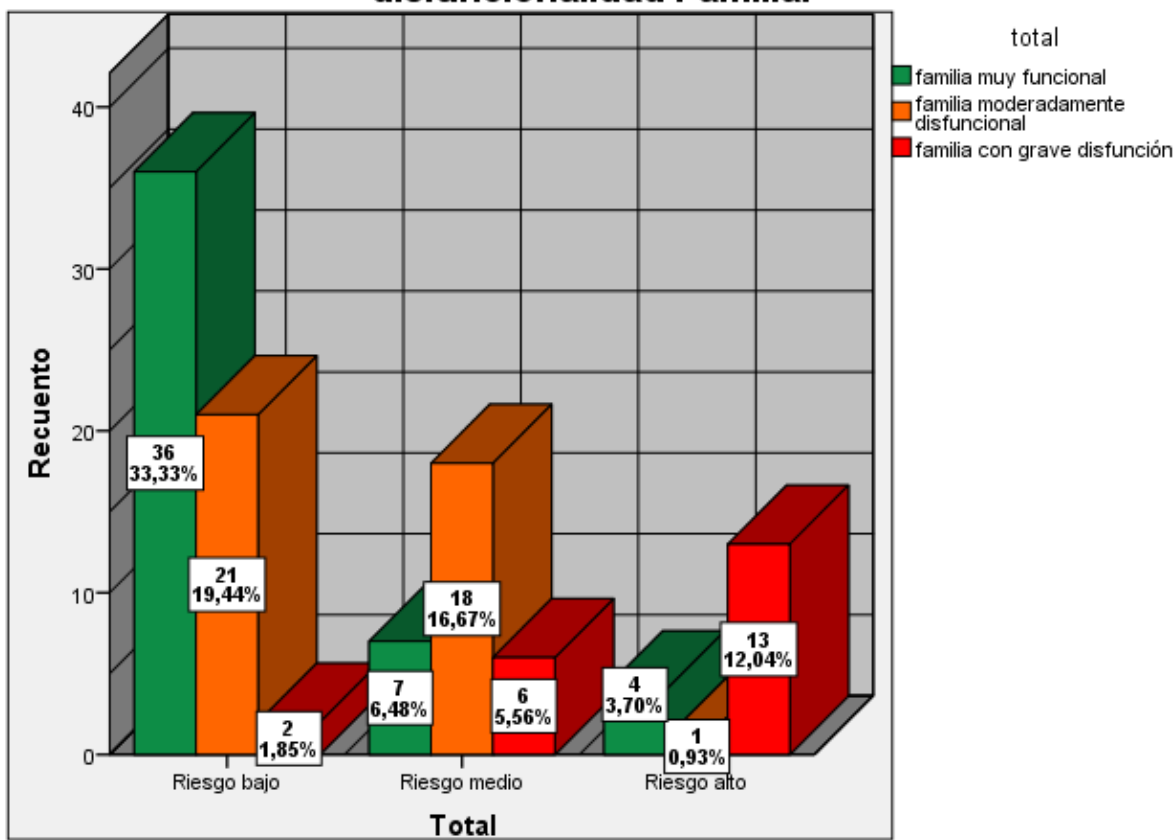
a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,50.

Fuente: Base de datos y aplicación del test EAT-26 y APGAR familiar en los y las adolescentes del colegio 27de Febrero

Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 8

Relación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la disfuncionalidad Familiar



Fuente: Base de datos y aplicación del test EAT-26 y APGAR familiar en adolescentes del colegio 27de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

La relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y la disfuncionalidad familiar es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en el cuadro 8 mediante la prueba de chi – cuadrado ($p=0,000$), este resultado ratifica la relación entre las 2 variables y excluye la independencia de las mismas.

El análisis de la figura 8 indica que en el **RIESGO BAJO** de presentar un TCA existe mayor cantidad de adolescentes con **FAMILIAS MUY FUNCIONALES** o con **MODERADA DISFUNCIONALIDAD 33,33%** (36) y **19,44%** (21) respectivamente, En el **RIESGO MEDIO** se evidencia aumento en los casos de disfuncionalidad familiar grave **5,56%** (6). Finalmente, en el **RIESGO ALTO** es clara la tendencia de adolescentes con **DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR GRAVE** ya que este es el valor más representativo **12,04%** (13).

CUADRO 8.1

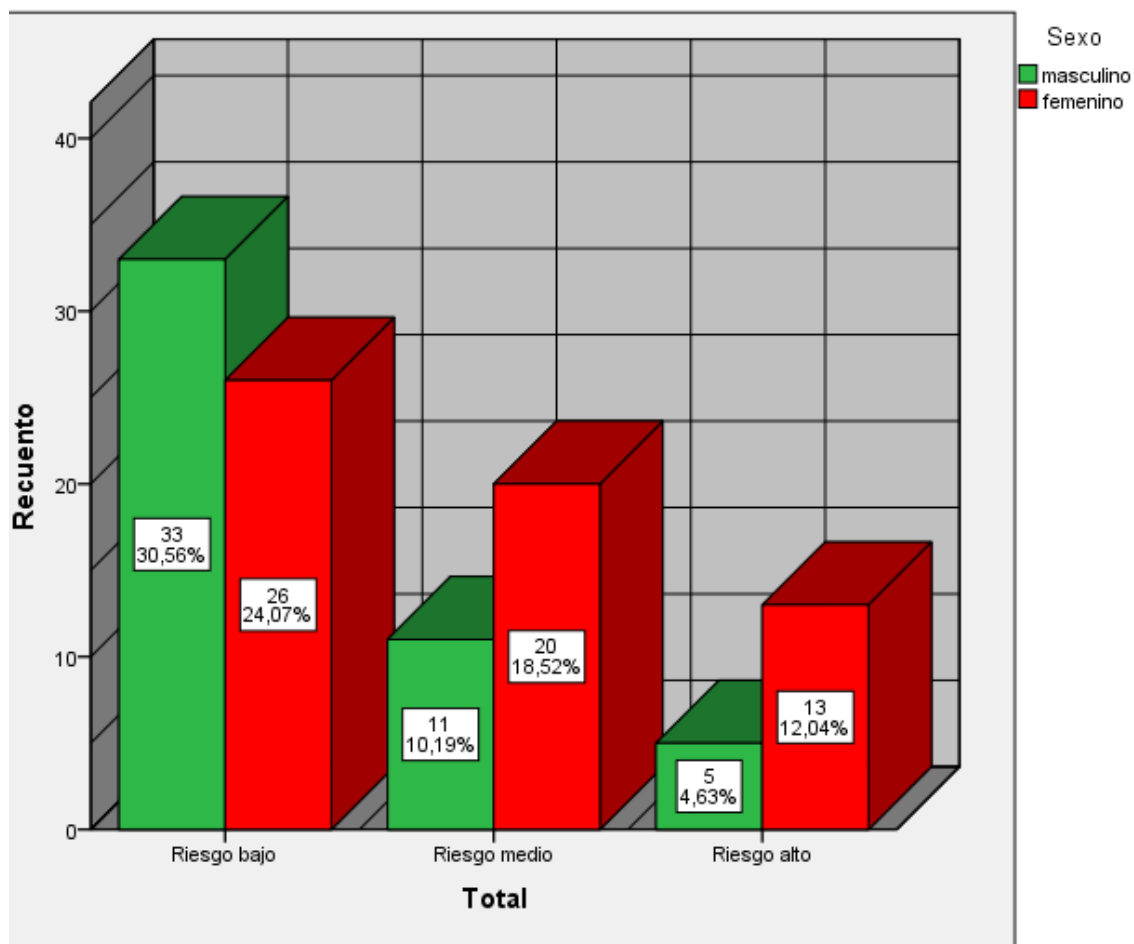
Prueba de chi-cuadrado entre Trastornos de la conducta Alimentaria y el género

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,126 ^a	2	,047
Razón de verosimilitud	6,239	2	,044
Asociación lineal por lineal	5,747	1	,017
N de casos válidos	108		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,17.

Fuente: Base de datos y aplicación del test EAT-26 en los y las adolescentes del colegio 27de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

FIGURA 8.1

Prueba de chi-cuadrado entre Trastornos de la conducta Alimentaria y el género


Fuente: Base de datos y aplicación del test EAT-26 en adolescentes del colegio 27de Febrero
Elaborado por José Fernando Castillo

Análisis:

La relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y el género es directa, esto se determina por los resultados obtenidos en el cuadro 8.1 mediante la prueba de chi – cuadrado ($p=0,047$), este resultado ratifica la relación entre las 2 variables y excluye la independencia de las mismas.

El análisis de la figura 8.1 indica que el **RIESGO BAJO** de presentar un Trastorno de la Conducta Alimentaria es mayor en los hombres **30,56%** (33), seguido de las mujeres **24,07%** (26); en el **RIESGO MEDIO** los porcentajes se invierten y se ve que existe mayor cantidad de mujeres **18,52%** (20) en relación a los hombres **10,19%** (11); finalmente en el **RIESGO ALTO** es muy evidente la tendencia hacia la mujer donde existe **12,04%** (13), en relación con los hombres que tienen **4,63%** (5).

7. DISCUSIÓN

En el presente trabajo uno de los aspectos que se pretende rescatar es el aporte de datos en la población ecuatoriana, que permitan identificar la importancia que tiene la familia dentro del desarrollo de los TCA, tomando en cuenta que actualmente son pocos los estudios realizados y no se cuenta en el país con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas.

En el presente estudio el 43,52% de adolescentes tienen riesgo de presentar un TCA, en relación a otras investigaciones como la señalada por (Álvarez, et al., 2003), donde muestra riesgo de 31.6%, en Nuevo León es de 27.6% (Díaz, et al., 2015), para (Sánchez, 2009), fue del 20%, finalmente un estudio realizado en la Universidad Católica de Quito mostro riesgo de 19% (Calvopiña, 2014). Relacionado los diversos estudios, se evidencia diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria y dicha diferencia puede obedecer a una serie de circunstancias como pueden ser el instrumento utilizado, el grupo de población estudiada o en general los diversos tipos de factores de riesgo asociados que pueden influir en cada uno de los estudios. Se debe hacer hincapié que el presente estudio fue realizado de forma intencional en el colegio 27 de Febrero, ya que se conocía de antemano que gran número de adolescentes presentaban factores de riesgo que se podían asociar a una mayor incidencia de TCA.

Con relación al género femenino nuestro estudio encontró que 18,52% de adolescentes tienen riesgo moderado de presentar un TCA, este resultado es similar al estudio realizado por (Unikel Santoncini, 2015), donde señala 19.5%; para el riesgo alto Unikel obtuvo 6.1%, y en el presente estudio es del 12,04%. Respecto a los varones Unikel Santoncini, menciona que 15.1% de adolescentes tienen riesgo moderado de presentar un TCA, en el estudio actual es 10,19%, finalmente en el riesgo alto reporto 4.1% mientras que en el actual estudio fue 4,63%.

Respecto a la capacidad funcional de la familia en la presente investigación se observó que 56,47% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar, en comparación, un estudio realizado en Lima-Perú por (Ayllón, 2010), que señala 33%, mientras que (Arauzo, 2015) reportó 18% de disfuncionalidad. Los y las adolescentes que tienen familias con moderada disfuncionalidad en el presente estudio corresponden al 33,03%, mientras que los autores anteriormente citados reportan 27,2% y 14,7% respectivamente. Finalmente, las familias con grave disfuncionalidad familiar en el estudio actual son de 19,44%, mientras que para Ayllón fue de 5,9% y para Arauzo de 3,2%.

Es evidente que en el estudio el porcentaje de disfuncionalidad es relativamente alto, y esto obedece a que el colegio presenta muchas características que agudizan el problema familiar, como pueden ser: la ausencia de padre o madre o sustituto, ingresos económicos insuficientes, mala calidad de la vivienda, hacinamiento, infidelidad, y malos hábitos de consumo como de alcohol, tabacos o alguna droga.

Respecto a los resultados obtenidos de los TCA y el estado nutricional el cual fue determinado mediante el Índice de Masa Corporal, en el presente estudio se observa que a pesar de que hay una alta cantidad de adolescentes con riesgo de TCA, el mayor porcentaje de los mismos tiene un IMC Normal 75,93%, resultado similar al estudio realizado por (Margarita Magallanes, 2015) que fue de 72.6%, mientras que un estudio realizado por (Reyna Sámano, 2012) reportó 48%. En el estudio actual 16,67% de adolescentes presentaron Sobrepeso y Obesidad, en comparación a lo reportado por los autores antes mencionados que señalan 25,8% y 48% respectivamente. Al analizar estos datos se puede apreciar que el IMC Normal es el que se encuentra en mayor porcentaje, y que aun así el riesgo de que los y las adolescentes presenten un TCA es alto; teniendo en cuenta que el IMC es un factor protector se puede determinar que el riesgo positivo de presentar un TCA no tiene relación con el IMC y esta hipótesis se determinó en el estudio mediante la prueba de chi

cuadrado ($p=0,277$), donde se excluye relación entre las 2 variables debido a que el resultado es mayor que el nivel de significación estadística que era de $p < 0.05$.

La relación que existe entre los TCA y el género femenino es bien conocida, y la mayoría de investigaciones así lo confirman, por ejemplo, según (Palpan, 2014) señala que la relación mediante la prueba t de Student es positiva entre TCA y el género femenino ($p = 0.046 < 0.05$), mientras que (Lopez et al, 2011) menciona que hay una asociación estadísticamente significativa entre el género femenino y los TCA (Pearson ji cuadrado $p \leq 0.027$); el presente estudio no es la excepción ya que se obtuvo una correlación positiva entre los TCA y el género femenino determinada mediante la prueba de chi – cuadrado ($p=0,047$). Las mujeres tienen mayor riesgo de presentar TCA, esto probablemente a muchos factores asociados, como por ejemplo, cada vez hay una mayor exhibición del cuerpo femenino con ciertos detalles que llaman la figura “perfecta” y esto puede hacer que las mujeres jóvenes intenten verse igual y como generalmente las figuras que muestran son de mujeres delgadas y que se han realizado cirugías estéticas; generan que las adolescentes dejen de comer, realicen excesivo ejercicio físico o utilicen medidas compensatorias luego de la ingesta, también los medios de comunicación influyen directamente sobre las mujeres especialmente sobre las adolescentes ya que se encargan de publicitar una serie de estrategias para que bajen de peso y se sientan “bien consigo mismas”, estos y muchos otros factores hacen que los trastornos de alimentación sean más frecuentes en las mujeres. (María Calado, 2005)

En el presente estudio se evidencia alto porcentaje de adolescentes con disfuncionalidad familiar que a su vez coincide con un alto porcentaje de adolescentes con riesgo de TCA. Así, el RIESGO BAJO de presentar un TCA se asocia con un mayor porcentaje de adolescentes que tienen familias muy funcionales 33,33%, mientras que el 9,44% y el 1,85% de adolescentes presentan familias con moderada y grave disfunción familiar respectivamente. En el RIESGO

MEDIO se observa que el mayor porcentaje de adolescentes tienen familias con moderada disfuncionalidad 16,67%, mientras que el 6,48% tienen familias muy funcionales y el 5,56% familias con grave disfunción. Finalmente, en el RIESGO ALTO es muy evidente el mayor porcentaje de adolescentes que tienen familias con grave disfuncionalidad 12,04%, comparado con el 3,70% y el 0,93% que tienen familias muy funcionales y con moderada disfuncionalidad respectivamente.

En conclusión, se observa que adolescentes con disfuncionalidad moderada y grave tienen mayor riesgo de presentar un TCA, esto se pudo determinar mediante la prueba de chi-cuadrado $p=0,000$ (Ver cuadro 8). Los hallazgos en la población estudiada se aproximan con lo reportado en la literatura científica nacional e internacional. De modo similar una investigación realizada por (Esparza Mauricio, 2011), concluye que se encontró una correlación positiva entre los TCA y la puntuación de la Subescala de Funcionamiento General de la Familia ($p<0.05$). Mientras que un estudio realizado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria señala que hay más casos de sospecha de TCA en adolescentes con disfunción familiar moderada y grave ($p<0,001$ ji2), (Pérez Milena Alejandro et al, 2016) recomienda según un estudio que la prevención y el tratamiento de los TCA pueden ser más eficaces si se realiza un abordaje familiar durante la adolescencia.

Si bien, dentro de la Guía de Supervisión y Salud de Adolescentes (MSP), contempla la identificación mediante test a los y las adolescentes que tengan riesgo de presentar un TCA; aún es un campo poco investigado e intervenido, así también la cobertura de los servicios médicos son insuficientes para una gran parte de la población, más aun para la población de adolescentes que es de 20,43% según datos del INEC en el 2010 las causas probables podrían obedecer a muchas situaciones como por ejemplo la escasa o nula demanda de atención por parte de los pacientes

adolescentes, debido al desconocimiento o porque no se consideran estar enfermos; finalmente aunque los y las adolescentes acudan a un servicio médico, es probable que por falta de conocimiento, se omitan criterios que permitan llegar a un diagnóstico temprano respecto a patologías referentes a la salud mental de los y las adolescentes (TCA).

8. CONCLUSIONES

- La relación que existe, entre el riesgo de que un adolescente presente un TCA, es directamente proporcional al grado de disfuncionalidad familiar.
- La prevalencia de la disfuncionalidad familiar y del riesgo de presentar algún tipo de TCA es alto.
- El riesgo moderado y alto de presentar algún tipo de TCA se presentó en mayor medida en las mujeres.
- La edad de los y las adolescentes según el estudio no tiene relación directa con el riesgo de presentar algún tipo de TCA
- El mayor porcentaje de adolescentes presenta un IMC normal y aunque existen casos de delgadez, sobrepeso y obesidad.
- No existe una relación directa entre el IMC y el riesgo de presentar TCA.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un screening a todos los y las adolescentes durante la primera consulta médica, esto debido a que los adolescentes son un grupo que no acuden frecuentemente por problemas de salud, además la identificación temprana tiene mayores beneficios.
- El Consejo de Regulación y desarrollo de la información y comunicación (CORDICOM), así como la Superintendencia de la Información y comunicación (SUPERCOM), deben normar la difusión de imágenes de extrema delgadez, de similar forma debe regularizar la publicidad creada por empresas que manipulen a la sociedad sobre cómo conseguir un “cuerpo perfecto”.
- Se debe realizar campañas de información dirigida a los padres, educadores y a la sociedad en general, de esta forma se puede fomentar la toma de conciencia sobre el grave problema de salud que son los TCA y promover la prevención, diagnóstico y tratamiento de forma integrada.
- La misión debe ser concienciar a los y las adolescentes sobre las consecuencias tanto físicas como psicológicas que generan los TCA.
- Se recomienda que las autoridades de los colegios a través del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), apliquen el test (EAT-26), para la identificación temprana de los estudiantes con algún riesgo de TCA.
- También se recomienda la aplicación del test APGAR FAMILIAR ya que es un método rápido y sencillo que permite medir la capacidad funcional de la familia.

- Todos los miembros que conforman una familia deben fortalecer la autoestima de los y las adolescentes, para que de esta forma acepten tal cual es su aspecto físico y que no estén únicamente preocupados por su imagen corporal y peso.
- La familia y los profesores deben vigilar el proceso de alimentación y actividad física que realizan los y las adolescentes con el fin de evitar que se formen hábitos inadecuados que predispongan al desarrollo de patologías alimentarias.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Agueda Reynalte. (13 de noviembre de 2010). *Disfuncionalidad familiar*. Obtenido de <http://disfuncionalidadfamiliar-v.blogspot.com/2010/11/lectura-5-capitulo-ii.html>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5* (5 ed.). Arlington, VC.
- Arauzo, L. L. (2015). *Impulsividad, funcionalidad y dinámicas familiares en adolescentes de castilla y león*. Valladolid.
- Arrufat Francisco. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Barcelona.
- Asociación española de pediatría. (13 de junio de 2014). *En familia*. Obtenido de <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/crecimiento-durante-pubertad-adolescencia>
- Ayllón, S. C. (2010). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Calvopiña Loaiza Diana. (abril de 2014). <http://repositorio.puce.edu.ec/>. Recuperado el 02 de 02 de 2016, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7509/8.29.001724.pdf?sequence=4>
- Calvopiña, D. P. (2014). *Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la unidad educativa sagrados corazones de rumipamba. Quito 2013-2014*. Quito.
- Castro J, Toro J, Salamero M & Guimera E. (1991). Test validation of the spanish version. *Psychological Assessment*.
- Constaín Gustavo et al. (1 de abril de 2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *ELSEVIER DOYMA*, 283-284.
- DocSlide. (01 de Julio de 2015). Obtenido de <http://myslide.es/documents/apgar-familiar-de-smilkstein1.html>
- Enciclopedia británica en español. (2010). Obtenido de La familia: concepto, tipos y evolución: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

- Esparza Mauricio, e. a. (2 de marzo de 2011). Family characteristics and eating disorders in a sample of female adolescent inpatients in a psychiatric hospital. *Scielo*, XXXIV(3), 203-204. Obtenido de Originales:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300003
- Font, C. T. (Junio de 2012). Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar. *Sociedad Iberoamericana de Información científica*, II(2), 10-11.
- Graell Berna M et al. (2015). Signos de alerta en los trastornos de la conducta. *En AEPap ed. Curso de Actualización*, 427-428.
- Graell Berna M, V. M. (2015). Signos de alerta en los trastornos de la conducta. *En AEPap ed. Curso de Actualización*, 427-428.
- J.L. Iglesias Diz. (marzo de 2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII(02), 89-90.
- J.M. Marugán de Miguelsanz, M. T. (mayo de 2015). Valoración del estado nutricional. *Pediatría Integral*, XIX(4), 289.e1-289.e4.
- Jordi Sasot Llevadot, R. M. (2010). ANOREXIA Y BULIMIA. *Centre Psicopediàtric (Guia Psiquiatria Psicologia infantil juvenil)*, 13-15.
- Lopez et al. (2011). Conductas alimentarias a riesgo asociadas a los trastornos de la alimentación y su relación con la imagen corporal percibida en adolescentes. *Medula*, 150-155.
- M. L. Portela de Santana et al. (2012). Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence; a review. *Scielo*, 392. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
- Margarita Magallanes, A. C. (julio de 2015). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de imagen corporal en secundaria privada. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, II(4).
- María Calado, Y. R. (2005). *Ministerio de Trabajo y asuntos sociales*. Obtenido de Trastornos de la Conducta Alimentaria: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0467/703-1.pdf>
- María Cid Rodríguez, R. M. (Jul-Ago de 2014). *La familia en el cuidado de la salud*. Obtenido de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/te>
- Martínez Cecilia, Pedrón Consuelo. (2010). Valoración del estado nutricional. En A. E. *Pediatría, Protocolos diagnostico - terapeutico de gastroenterología, hematología y nutrición pediátrica* (págs. 314 - 315). Madrid: ERGON.

- McKanerney. (2000). *Psychosocial and Social Development* en “*Textbook of Adolescent Medicine*.”
- Milagros Fernández Ruiz, N. M.-B. (octubre de 2015). Family Functioning and Eating Disorders. A perspective from the Circumplex Model. *Scielo*, 9, 153-154. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9nspe/v9nspea05.pdf>
- MT Muñoz Calvo. (2011). Trastornos del comportamiento. *Asociación Española de Pediatría*, 255 - 257.
- OMS. (20 de febrero de 2016). *Crecimiento de referencia 5-19 años*. Obtenido de World Health Organization: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- Pacheco Franklin, R. S. (noviembre de 2011). *monografias.com*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos93/eficacia-terapia-cognitiva-conductual-intervencion-familias-disfuncionales/eficacia-terapia-cognitiva-conductual-intervencion-familias-disfuncionales2.shtml>
- Palpan, J. J. (2014). factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentacion en adolescentes de lima metropolitana. *Psychology International*, 1.
- Pasqualini Diana, L. A. (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. *OPS/OMS – Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires*, 27-28.
- Pereda T. (2012). *El impacto de la discapacidad en la familia*. Obtenido de 3º curso de Psicoterapia de familia y pareja: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Pereda,%20T.%20Trab.%203%C2%BA%20online%2011.pdf>
- Pérez Milena Alejandro et al. (2016). *Relación De La Función Familiar En Adolescentes Con La Sospecha De Trastorno De Conducta Alimentaria*. Obtenido de <http://www.samfycongresos.com/index.php?seccion=verComunicacion&id=172&idCom=571>
- Ps. Carolina López C., D. J. (2011). Eating Disorders in adolescents: Description and management. *Revista Médica Clínica Las Condes* , 85-97.
- Quevedo A. Andrea . (2009). *Trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes comprendidos desde 12 a 18 años de edad de los colegios fiscales de la ciudad de loja en el periodo abril – agosto del 2009*. Obtenido de

http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/740/3/UTPL_Andrea_Cecibel_Quevedo_Amay_616X357.pdf

- Rafael Leyva. (11 de marzo de 2013). *Familias disfuncionales*. Obtenido de <http://es.slideshare.net>: <http://es.slideshare.net/RafaelLeyva1/disfuncin-familiar>
- Requejo Ana, O. R. (2002). *Nutrición en la adolescencia y juventud*. Madrid: Complutense.
- Reyna Sámano, e. a. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 62(2), 145-148.
- Salvador Cervera Enguix. (27 de julio de s.f). *vivir en familia.net*. Obtenido de http://www.vivirenfamilia.net/html/contenido.php?id_cont=69&id_tipo=1
- Sánchez, J. C. (2009). *Un modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados [tesis doctoral]*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- UNICEF. (2014). Primera persona - Realidades adolescentes. 7.
- Unikel Santoncini, C. D.-V.-F. (8 de 07 de 2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Acta Universitaria Universidad Autónoma Metropolitana*, 25(2), 35-36.
doi:10.15174/au.2015.847
- Vivero P. Luisa. (2014). *Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un TAC en los estudiantes de pregrado de la UIDE en el período académico Marzo-Julio 2013*. Obtenido de <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/452/1/T-UIDE-0430.pdf>
- Winnicott Clare. (s.f). *Deprivation and Delinquency*. Buenos Aires: Paidós.

11. ANEXOS

Anexo 1

COLEGIO DE BACHILLERATO
"27 DE FEBRERO"
"Educación de calidad para la Excelencia"

Loja - Ecuador

SECTOR DEL VOLEIBOL TÉCNICO ESCAL MIXTO 27 DE FEBRERO

Oficio Nro. 0929 - CBVF
 Loja, 11 de Diciembre de 2015

De mis consideraciones:

Señor,
 José Fernando Castillo Maza
 PETICIONARIO
 Ciudad:-

De mis consideraciones:

Con un cordial y atento saludo me dirijo a usted en su calidad de PETICIONARIO, con la finalidad de comunicarle que ante su pedido, este Rectorado autoriza lo solicitada para el efecto deberá coordinar la actividad con el Dr. Germán Vélez Reyes - MEDICO DEL PLANTEL

Particular que pongo de vuestro conocimiento para los fines particulares.

Con especial consideración, me suscribo de usted.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y CULTURA.

Mgs. Galo Guala Guala
 RECTOR DEL PLANTEL

Elaborado por:
 Tuga, Lorena Criollo Mendoza
 SECRETARIA GENERAL DEL PLANTEL

CASTILLO MAZA JOSE FERNANDO
 C. 1712687587

Barrio: Santa Teresita
 Calle: Pablo Palacios y Kennedy (Nro. 21 - 61)
 Teléfono: Rectorado: 2546095 (Telefax) Secretaría: 2546370 Colecturía: 2546026 (Telefax)
 e - mail: colegio27@hotmail.com gguacha1996@hotmail.com

Anexo 2

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26)**Identificación** **Fecha**.....*Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.*

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

TOTAL:

Anexo 3

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

Identificación **Fecha**.....

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo me perturba?			
2. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
3. ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
4. ¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
5. ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Anexo 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En consideración a que en la actualidad el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en los y las adolescentes está en ascenso y a que son enfermedades difíciles de diagnosticar, de tratar y que causan muchos daños para la salud, se realizará una investigación que tiene como objetivo conocer la relación entre trastornos de la conducta alimentaria y la disfuncionalidad funcional.

Por lo expuesto, informo a ustedes padres de familia que la investigación en la Unidad Educativa 27 de Febrero, será realizada por el señor Castillo Maza José Fernando, estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la carrera de Medicina Humana a los y las adolescentes del primero, segundo y tercer año de bachillerato.

La recolección de los datos se realizará midiendo el peso y talla, y por la aplicación de 2 test, por lo tanto, garantizo que no será de tipo invasivo. Además, los datos obtenidos serán utilizados específicamente con fines investigativos y serán de carácter confidencial.

Después de haber sido informado sobre la investigación que se realizará y los beneficios de la misma, comprendo y estoy satisfecho con la información recibida. Por tanto, yo con CI padre de familia del alumno/a autorizo que mi hijo/a participe en el protocolo de la investigación.

Firma del representante

Castillo Maza José Fernando

Responsable

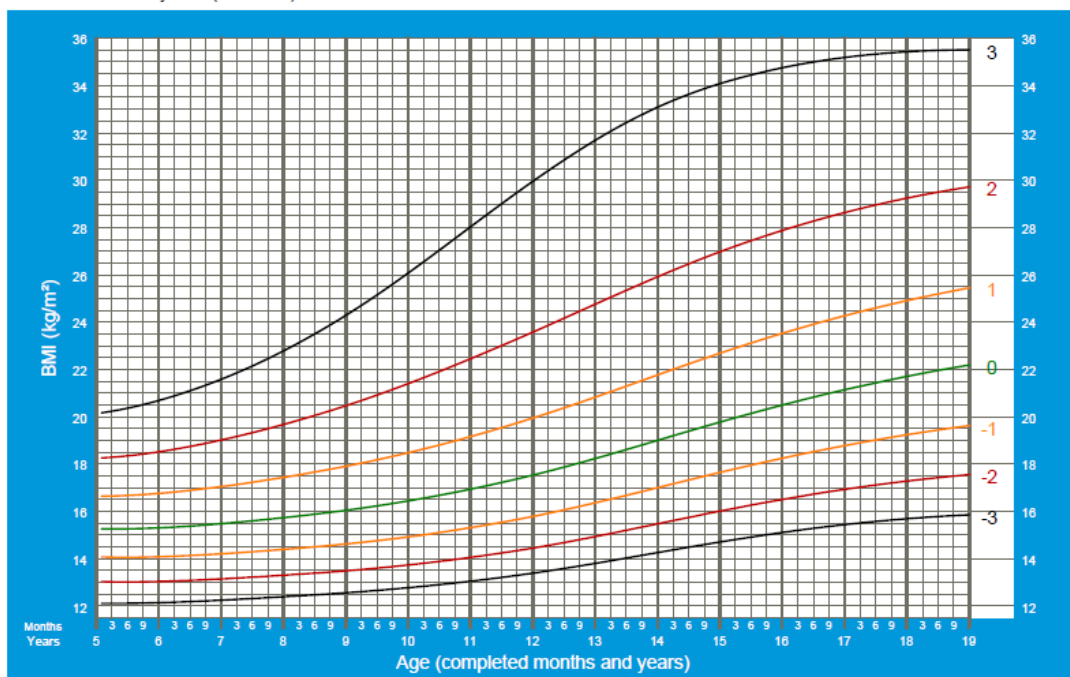
Teléfono: 0987387632/ 2577494

Email: lucifugorefocale@hotmail.com

Anexo 5

BMI-for-age BOYS

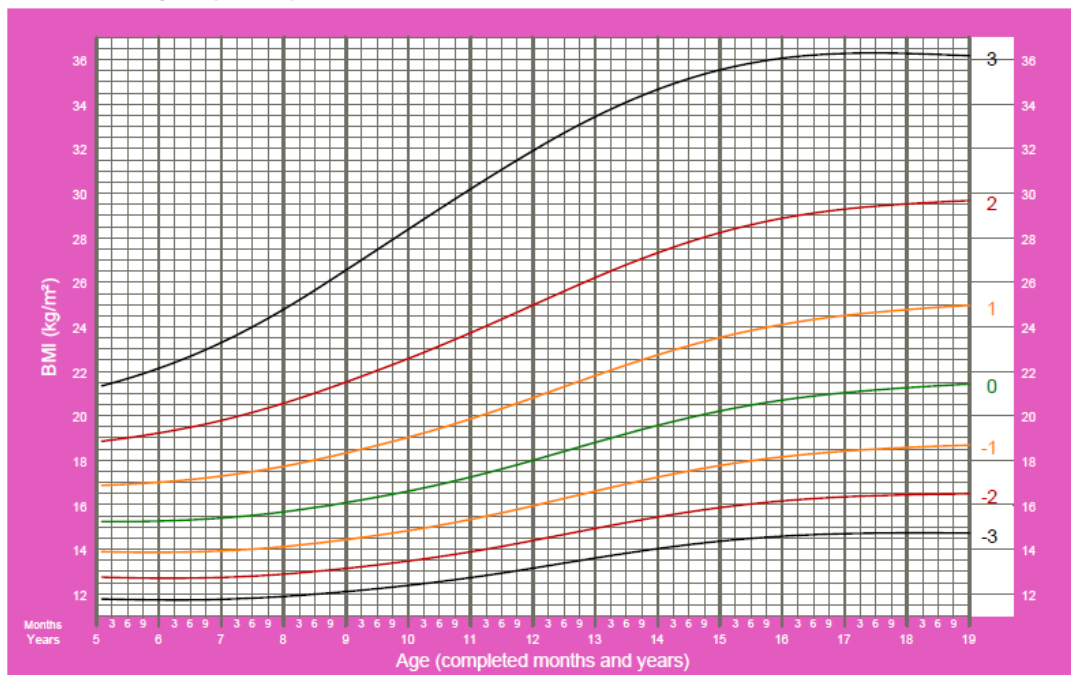
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age BOYS 5 to 19 years (percentiles)							World Health Organization						
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th	Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
15: 1	181	16.2	17.6	19.8	22.9	26.4	15: 1	181	16.1	17.7	20.3	23.7	27.6
15: 2	182	16.3	17.7	19.9	23.0	26.5	15: 2	182	16.1	17.8	20.3	23.8	27.7
15: 3	183	16.3	17.7	20.0	23.0	26.6	15: 3	183	16.2	17.8	20.4	23.8	27.7
15: 4	184	16.4	17.8	20.0	23.1	26.7	15: 4	184	16.2	17.8	20.4	23.9	27.8
15: 5	185	16.4	17.8	20.1	23.2	26.7	15: 5	185	16.2	17.9	20.4	23.9	27.9
15: 6	186	16.4	17.9	20.1	23.2	26.8	15: 6	186	16.2	17.9	20.5	24.0	27.9
15: 7	187	16.5	17.9	20.2	23.3	26.9	15: 7	187	16.3	17.9	20.5	24.0	28.0
15: 8	188	16.5	18.0	20.3	23.4	27.0	15: 8	188	16.3	18.0	20.6	24.1	28.0
15: 9	189	16.6	18.0	20.3	23.5	27.0	15: 9	189	16.3	18.0	20.6	24.1	28.1
15: 10	190	16.6	18.1	20.4	23.5	27.1	15: 10	190	16.3	18.0	20.6	24.2	28.1
15: 11	191	16.7	18.1	20.4	23.6	27.2	15: 11	191	16.4	18.0	20.7	24.2	28.2
16: 0	192	16.7	18.2	20.5	23.7	27.3	16: 0	192	16.4	18.1	20.7	24.2	28.2
16: 1	193	16.7	18.2	20.6	23.7	27.3	16: 1	193	16.4	18.1	20.7	24.3	28.2
16: 2	194	16.8	18.3	20.6	23.8	27.4	16: 2	194	16.4	18.1	20.8	24.3	28.3
16: 3	195	16.8	18.3	20.7	23.9	27.5	16: 3	195	16.4	18.1	20.8	24.4	28.3
16: 4	196	16.8	18.4	20.7	23.9	27.5	16: 4	196	16.5	18.2	20.8	24.4	28.4
16: 5	197	16.9	18.4	20.8	24.0	27.6	16: 5	197	16.5	18.2	20.9	24.4	28.4
16: 6	198	16.9	18.5	20.8	24.0	27.7	16: 6	198	16.5	18.2	20.9	24.5	28.4
16: 7	199	17.0	18.5	20.9	24.1	27.7	16: 7	199	16.5	18.2	20.9	24.5	28.5
16: 8	200	17.0	18.5	20.9	24.2	27.8	16: 8	200	16.5	18.3	20.9	24.5	28.5
16: 9	201	17.0	18.6	21.0	24.2	27.8	16: 9	201	16.5	18.3	21.0	24.6	28.5
16: 10	202	17.1	18.6	21.0	24.3	27.9	16: 10	202	16.6	18.3	21.0	24.6	28.6
16: 11	203	17.1	18.7	21.1	24.3	28.0	16: 11	203	16.6	18.3	21.0	24.6	28.6
17: 0	204	17.1	18.7	21.1	24.4	28.0	17: 0	204	16.6	18.3	21.0	24.7	28.6
17: 1	205	17.2	18.7	21.2	24.5	28.1	17: 1	205	16.6	18.3	21.1	24.7	28.6
17: 2	206	17.2	18.8	21.2	24.5	28.1	17: 2	206	16.6	18.4	21.1	24.7	28.7
17: 3	207	17.2	18.8	21.3	24.6	28.2	17: 3	207	16.6	18.4	21.1	24.7	28.7
17: 4	208	17.3	18.9	21.3	24.6	28.2	17: 4	208	16.6	18.4	21.1	24.8	28.7
17: 5	209	17.3	18.9	21.4	24.7	28.3	17: 5	209	16.6	18.4	21.1	24.8	28.7
17: 6	210	17.3	18.9	21.4	24.7	28.4	17: 6	210	16.6	18.4	21.2	24.8	28.8
17: 7	211	17.4	19.0	21.5	24.8	28.4	17: 7	211	16.6	18.4	21.2	24.8	28.8
17: 8	212	17.4	19.0	21.5	24.8	28.5	17: 8	212	16.7	18.4	21.2	24.8	28.8
17: 9	213	17.4	19.1	21.6	24.9	28.5	17: 9	213	16.7	18.5	21.2	24.9	28.8
17: 10	214	17.4	19.1	21.6	24.9	28.6	17: 10	214	16.7	18.5	21.2	24.9	28.8
17: 11	215	17.5	19.1	21.7	25.0	28.6	17: 11	215	16.7	18.5	21.2	24.9	28.9
18: 0	216	17.5	19.2	21.7	25.0	28.6	18: 0	216	16.7	18.5	21.3	24.9	28.9
18: 1	217	17.5	19.2	21.8	25.1	28.7	18: 1	217	16.7	18.5	21.3	24.9	28.9
18: 2	218	17.5	19.2	21.8	25.1	28.7	18: 2	218	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 3	219	17.6	19.3	21.8	25.2	28.8	18: 3	219	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 4	220	17.6	19.3	21.9	25.2	28.8	18: 4	220	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 5	221	17.6	19.3	21.9	25.3	28.9	18: 5	221	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 6	222	17.6	19.4	22.0	25.3	28.9	18: 6	222	16.7	18.5	21.3	25.0	29.0
18: 7	223	17.7	19.4	22.0	25.4	29.0	18: 7	223	16.7	18.6	21.4	25.0	29.0
18: 8	224	17.7	19.4	22.0	25.4	29.0	18: 8	224	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
18: 9	225	17.7	19.5	22.1	25.5	29.0	18: 9	225	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
18: 10	226	17.7	19.5	22.1	25.5	29.1	18: 10	226	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
18: 11	227	17.8	19.5	22.2	25.5	29.1	18: 11	227	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
19: 0	228	17.8	19.5	22.2	25.6	29.1	19: 0	228	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0

2007 WHO Reference

2007 WHO Reference

Anexo 6

Cálculo de tamaño y potencia de la muestra

StatCalc
StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:

Expected frequency: %

Confidence limits: %

Design effect:

Clusters:

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	71	71
90%	86	86
95%	95	95
97%	99	99
99%	106	106
99.9%	113	113
99.99%	116	116

Anexo 7





Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2016" autoría del Sr. José Fernando Castillo Maza, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 18 de Septiembre de 2017



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



