



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**“Funcionalidad familiar y su relación con las conductas
de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en
adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador”**

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria.

AUTOR: Md. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez

DIRECTOR: Dr. Luis Eduardo Murillo Aguirre, Esp.

Loja – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de Diciembre de 2016

Dr. Luis Eduardo Murillo Aguirre, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis titulada **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO. ZONA 7, ECUADOR, 2016.”**, de la autoría del MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Dr. Luis Eduardo Murillo Aguirre
No. IDENTIFICACION 4103152570
ESPECIALISTA

Dr. Luis Eduardo Murillo Aguirre, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carlos Eri Iñiguez Ordoñez declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y 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.

Autor: Md. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez

Firma:  _____

Cédula: 1104255748

Fecha: 2 febrero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Carlos Eri Iñiguez Ordoñez declaro ser autor de la tesis titulada: **“Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador”**; como requisito para optar por el grado de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de ésta autorización, en la ciudad de Loja, a los dos días del mes de febrero del dos mil diecisiete.

Firma: _____



Autor: Md. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez

Cédula: 1104255748

Dirección: Ciudadela de Maestro Etapa II, Colombia y Portugal.

Correo Electrónico: mgej85@gmail.com

Teléfono: 072575507 Celular: 0969640621

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Luis Eduardo Murillo Aguirre, Esp.

Tribunal de Grado: Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc.

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

DEDICATORIA

El esfuerzo vale la pena cuando en la vida se tiene por quien luchar, a quien amar, y con quien soñar; dedico todo mi esfuerzo, a la paciencia y al amor que me brinda toda mi familia, en especial mi esposa Rosa Elena Poma, mis hermosos hijos, Carlos Alejandro y Erick Emanuel, a mi mamá Blanca Ordoñez y Abuelita María Alberca que con su aliento de cariño me han encaminado a ser una persona de bien para mi familia y para la sociedad.

Carlos E. Iñiguez O.

AGRADECIMIENTO

Con aprecio, consideración, estima, profundo respeto y reconocimiento sincero por toda la bondad, comprensión, apoyo y gracia brindada a mi persona tanto en mi vida estudiantil como en la realización de este trabajo, agradezco de todo corazón:

- A la Universidad Nacional de Loja, a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, por haberme acogido en su seno y haber fortalecido en mí el amor por el saber, con solvencia y calidad.
- A la Dr. Luis E. Murillo A. quien supo orientar este trabajo de investigación con sus valiosos conocimientos.
- Al Ing. José Eduardo González, quien con sus conocimientos y gran paciencia colaboró en la elaboración y revisión del presente trabajo investigativo.
- A mis amigos y amigas del Macroproyecto de adolescentes, a mis compañeros y compañeras, docentes y autoridades de la Especialidad, por haberme colaborado y apoyado en todo el proceso investigativo.

Y, en general, a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su contribución espiritual y generosa a través de información, consejos y continuo incentivo de optimismo que nos permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

Carlos E. Iñiguez O.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| CARÁTULA | i |
| AUTORÍA | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| AGRADECIMIENTO..... | vi |
| ÍNDICE | vii |
| 1. Título..... | 1 |
| 2. Resumen | 2 |
| 3. Introducción | 4 |
| 4. Revisión de literatura..... | 7 |
| 4.1. LA FAMILIA..... | 7 |
| 4.1.1. Antecedentes..... | 7 |
| 4.1.2. Etimología..... | 7 |
| 4.1.3. Definiciones | 7 |
| 4.1.4. La familia y la salud | 8 |
| 4.1.5. Clasificación..... | 8 |
| 4.1.6. Caracterización Familiar | 9 |
| 4.1.7. Familias de nuevo tipo..... | 11 |
| 4.1.8. Formas de convivencias diferentes a la familia | 12 |
| 4.1.9. Estructura familiar..... | 12 |
| 4.1.10. Crisis Familiares | 13 |
| 4.1.11. Los grandes cambios en la familia..... | 14 |
| 4.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR | 15 |
| 4.2.1. Definición..... | 15 |
| 4.2.2. Categorías de la Funcionalidad familiar..... | 15 |
| 4.2.3. Evaluación de la funcionalidad familiar..... | 16 |
| 4.2.4. Funciones de la familia | 16 |
| 4.3. ADOLESCENCIA..... | 17 |
| 4.3.1. Definición | 17 |
| 4.3.2. Clasificación..... | 17 |
| 4.3.3. Cambios en la adolescencia | 18 |
| 4.3.4. Factores protectores de los adolescentes. | 18 |
| 4.3.5. Factores de riesgo | 19 |
| 4.4. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)..... | 19 |
| 4.4.1. Antecedentes..... | 19 |
| 4.4.2. Definición..... | 20 |
| 4.4.3. Clasificación..... | 20 |
| 4.4.4. Origen..... | 20 |
| 4.4.5. Factores de riesgo | 22 |
| 4.4.6. Conductas de riesgo para trastornos alimentarios..... | 22 |
| 4.4.7. Comorbilidades..... | 23 |

| | | |
|---------|---|----|
| 4.4.8. | Factores protectores..... | 23 |
| 4.4.9. | Diagnóstico..... | 24 |
| 4.4.10. | Tratamiento | 24 |
| 4.4.11. | Pronóstico del Tratamiento..... | 24 |
| 4.5. | FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA..... | 25 |
| 4.5.1. | Antecedentes..... | 25 |
| 4.5.2. | Percepción de la funcionalidad entre miembros de la misma familia | 26 |
| 4.5.3. | Experiencias estresantes..... | 26 |
| 4.5.4. | Psicopatología familiar..... | 26 |
| 4.5.5. | Alimentación, peso y figura en la familia..... | 26 |
| 4.5.6. | Género..... | 27 |
| 4.5.7. | Dinámica familiar | 27 |
| 4.6. | CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO | 27 |
| 4.6.1. | Zona 7 de Ecuador | 27 |
| 4.6.2. | Localización | 28 |
| 4.6.3. | División Política | 28 |
| 4.6.4. | Unidades de Planificación. | 29 |
| 4.6.5. | Aspectos físicos generales | 30 |
| 5. | Materiales y métodos..... | 31 |
| 5.1. | TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 31 |
| 5.2. | UNIDAD DE ESTUDIO | 31 |
| 5.3. | UNIVERSO | 31 |
| 5.4. | CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA | 31 |
| 5.5. | ANÁLISIS DE LA POTENCIA ESTADÍSTICA..... | 33 |
| 5.6. | MUESTREO..... | 33 |
| 5.6.1. | Muestreo aleatorio estratificado..... | 33 |
| 5.7. | CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN | 36 |
| 5.8. | TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL PROCESO DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 36 |
| 5.9. | INSTRUMENTOS | 36 |
| 5.10. | CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 39 |
| 5.11. | PROCEDIMIENTO | 39 |
| 6. | Resultados..... | 42 |
| 7. | Discusión | 52 |
| 8. | Conclusiones | 55 |
| 9. | Recomendaciones | 56 |
| 10. | Revisión bibliográfica..... | 57 |
| 11. | Anexos | 62 |

1. Título

“Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador”

2. Resumen

Los trastornos de conducta alimentaria son consideradas como alteraciones en el comportamiento de la persona, relacionado con la alimentación y que causa un deterioro importante de la salud física o del funcionamiento biopsicosocial; es de etiología multifactorial y que afecta de manera importante y especial a los adolescentes; por lo que se realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal, con el objetivo de evaluar la funcionalidad familiar en relación con las conductas de riesgo para trastornos de alimentación (TCA) en los adolescentes del nivel de bachillerato de la Zona 7; a través de una muestra aleatorizada constituida por 960 estudiantes de 15 a 19 años de edad;. El instrumento empleado fue el test de actitudes alimentarias (EAT-26) y la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FFSIL). Entre los resultados se obtuvieron la prevalencia general para presentar conductas de riesgo para TCA de 25,3%, con una media de 17 años de edad. En las familias disfuncionales el riesgo para TCA fue del 27,2%, en relación a las familias funcionales de 34,2%; siendo mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja. Para concluir no hay significancia estadística ($P > 0,05$) entre el diagnóstico de funcionalidad familiar y conductas de riesgo para TCA, pero existe significancia estadística ($P < 0,05$) entre las dimensiones: comunicación, adaptabilidad, control oral y preocupación por la comida para el riesgo de TCA.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, Adolescencia, Familia, Bulimia, Anorexia.

Summary

Eating disorders are considered alterations in the behavior of the person, related to food which causes a significant deterioration of physical health or biopsychosocial functioning; It is from multifactorial etiology and which significantly and especially affects adolescents; for which a descriptive, analytical, cross-sectional study was carried out to evaluating family functionality in relation to risk behaviors for eating disorders in adolescents of the baccalaureate of the Zone 7; through and randomized sample of 960 students from 15 to 19 years of age; The instrument used was the food attitudes test (EAT-26) and the evaluation of domestic relations (FFSIL). Among the results, the general prevalence for presenting risk behaviors for eating disorders was 25,3%; with an average of 17 years of age. In dysfunctional families, the risk for ED was 27,2%, in relation to the functional families of 34,2%; being higher in women with 29,9% of low life conditions. To conclude, there is no statistical significance ($p > 0,05$) between the diagnosis of family functionality and risk behaviors of ED, but there is statistical significance ($p < 0,05$) between the dimensions: communication, adaptability, oral control and food concern for the risk of ED.

Key words: Eating Disorders, Adolescence, Family, Bulimia, Anorexia.

3. Introducción

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), es una etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, de los cuales, uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que existen aproximadamente 1200 millones de personas en esta categoría de edad. Etapa en la cual se encuentran influenciados por múltiples factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos, que los hacen vulnerables a diversas circunstancias, que pueden alterar su adecuado desarrollo hacia la edad adulta.

Además la OMS (2014) refiere que al menos el 20% de los adolescentes presentara alguna forma de enfermedad mental como trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta alimentarias, abuso de sustancias, trastorno de depresión o actitudes suicidas; de los cuales los trastornos de conducta alimentarias (TCA) son la tercera causa de muerte en adolescentes asociados al suicidio, únicamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas.

En Estados Unidos existen 20 millones y 10 millones aproximadamente de mujeres y hombres respectivamente que presentan algún tipo de trastorno de la alimentación (Wade, Keski-Rahkonen, & Hudson, 2011). En Ecuador, no existen investigaciones que revelen la prevalencia o incidencia de los TCA en la población en general.

Se han estimado, aproximadamente que la prevalencia entre las jóvenes de anorexia nerviosa (AN) oscila entre 0.4% y 1% y de Bulimia Nerviosa (BN) entre 1-2% y 4,2%. Los TCA más frecuentes son no especificados (TANE), que alcanzan una prevalencia de hasta 14%, y cabe recalcar que a pesar de ser los más comunes, son los TCA menos estudiados (Gaete et al., 2012) (Asociación Americana Psicología, 2014). La incidencia de la AN es de 8 casos por cada 100 000 habitantes por año, y la de BN, de 12 casos por cada 100 000 habitantes por año en la población en general (Calado, 2011) (Santoncini & Romo, 2010).

Con respecto al sexo, los TCA son más común entre las mujeres; los varones se ven afectados en una proporción de 1:10 (Lopez, Carolina & Theasure, 2011) (Jesús, Sánchez, & Jáuregui, 2015). La edad promedio que se presentan en los adolescentes estos trastornos para anorexia oscila entre los 12 a 20 años incluso hasta los 25 años de edad. (Benjet, 2012)(Gaete, 2012)(Asociación Americana Psicología, 2014), mientras que para bulimia nerviosa se encuentra entre 12 a 40 años (Santoncini & Romo, 2010) (Asociación Americana Psicología, 2014). Aunque actualmente las patologías alimentarias tienen mayor incidencia en la adolescencia, y su edad de comienzo es cada vez más temprana (Gaete et al., 2012).

De acuerdo a las Clasificaciones Internacionales de Trastornos de Salud Mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y TCA no especificados (TANE/TCANE) o atípicos (OMS/OPS Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición) (Asociación Americana Psicología, 2014). Las diferencias entre estas categorías se basan en

el grado de alteración del peso normal, las conductas de alimentación y las medidas adoptadas por los individuos para controlar el peso. Mientras que la AN y BN son los principales trastornos con criterios diagnósticos establecidos y detallados, los TCANE corresponden a una categoría que no cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional (Asociación Americana Psicología, 2014). Existen además otros trastornos alimentarios como trastorno por atracón, trastorno de rumiación, pica y otros que por no ser tan frecuentes, no se conoce muy bien su prevalencia e incidencia (Asociación Americana Psicología, 2014).

Se ha propuesto actualmente que existe un componente multifactorial, entre los que se encuentran la sociedad, el ambiente, la cultura, la familia, factores genéticos, antecedentes psicológicos y psiquiátricos familiares, factores estresantes, factores individuales y muchos más (Olivia, 2013).

El factor social-cultural entre los factores más destacado y estudiados asociados al origen de los TCA; ya que estamos sumergidos en un modelo cultural occidental hacia la delgadez y hacia la imagen ideal corporal femenina muy delgada, tomado como distintivo del triunfo y de superación social y profesional, mientras que la obesidad es considerada como despreocupación, dejadez y pobre interés, originado insatisfacción corporal en el adolescente, que los incita a la toma de decisiones y actitudes tales como ejercicio excesivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas (vómitos, enemas, diuréticos, etc.), que afectan a la salud emocional, psicológica y corporal del individuo con la meta de buscar una imagen corporal esbelta culturalmente establecida (González, García & Martínez, 2013).

Los medios de comunicación, el internet, las redes sociales, la cultura y los personajes públicos (deportistas, actores, actrices), han influenciado en los adolescentes la búsqueda de personas de imagen “perfecta”, realizando dietas restrictivas o vómitos o enemas auto inducidos (Walker et al., 2015). Además un estudio realizado por Mann (2014), en adolescentes se encontró la relación de los TCA con el uso de sustancias como alcohol, tabaco, cannabis y el uso de otras sustancias, con prevalencia en la AN de 24.6%, el 48.7% para bulimia nerviosa (BN) y 28.6% para TCNE (Mann et al., 2014). Además se han encontrado un elevado riesgo suicida en personas con anorexia y bulimia e incluso un riesgo dos veces mayor de realizar un intento de suicidio. (Asociación Americana Psicología, 2014) (Claes & Mitchell, 2012).

Entre otro factor importante en la génesis de los TCA se encuentra la dinámica familiar, en donde las familias con TCA presentan mayor deterioro que las familias controles, caracterizado por menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasez de actividades que fomenten el desarrollo de sus integrantes; así como mayor conflicto. (Olivia et al., 2013) (Sainos, 2015).

Actualmente en Ecuador no existen estudios e investigaciones sobre los trastornos de conducta alimentaria, sumado a la escasa investigación en salud en

la región Sur del Ecuador, ha sido un incentivo para tratar este tema de investigación.

Y debido a que los adolescentes se encuentran en una etapa en que son vulnerables a factores psicológicos, sociales, biológicos y entre otros, que pueden modificar el desarrollo adecuado hacia la edad adulta; además que la dinámica familiar es en el adolescente, es un componente de interacción con su medio interno y externo en armonía, que por diferentes circunstancias puede modificar el equilibrio familiar, haciéndolo propenso a alteraciones en la salud física, psicosocial del adolescente; y los TCA, como una enfermedad de etiología compleja y multicausal, que afecta en especial al adolescente, y puede ir acompañada de patologías co-mórbidas asociadas, alteración del componente familiar, complicaciones sociales y complicaciones en la salud, que incluye en casos graves llegar hasta la muerte, surge la problemática: “¿La adecuada funcionalidad familiar en los adolescentes de 15 a 19 años de edad de la Zona 7 del Ecuador, es un factor protector para evitar el riesgo de presentar Trastornos de Conducta Alimentarias?”

El proyecto de investigación planteó dar respuesta a las hipótesis: (1) la funcionalidad familiar no se relaciona con las conductas de riesgo para presentar trastornos alimentarios en los adolescentes del nivel bachillerato de los establecimientos educativos de la Zona 7; (2) Las dimensiones de la funcionalidad familiar no se relaciona con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias. Así mismo, tiene como objetivo general evaluar la funcionalidad familiar en relación a las conductas de riesgo para trastornos de alimentación (TCA) en los adolescentes de 15 a 19 años de edad del nivel de bachillerato de la Zona 7; de igual se ha planteado objetivos específicos, estos son: (1) caracterizar las condiciones socioeconómicas, sociodemográficas y familiares en relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias; (2) determinar la relación y dependencia entre las diferentes categorías de la funcionalidad familiar con los trastornos de conducta alimentaria; y, (3) establecer la relación y dependencia entre la funcionalidad familiar y las diferentes categorías de las conductas alimentarias.

4. Revisión de literatura

4.1. LA FAMILIA

4.1.1. Antecedentes

4.1.1.1 Etapas históricas de la familia.

4.1.1.1.1 Familia consanguínea. En donde las hermanas, hermanos, primas, primos, son todos esposas y esposos unos con otros. “el vínculo de hermano y hermana presume de por sí en ese periodo el comercio carnal recíproco” (Garza, 2009, pag. 24).

4.1.1.1.2 Familia Punalúa. En este periodo de tiempo se comienza a excluir a los padres y a los hijos del comercio sexual recíproco, y luego la exclusión de los hermanos, terminando de esta manera y a su vez la prohibición del matrimonio entre hermanos colaterales, surgiendo la necesidad de formar la clase de primos y primas, sobrinos y sobrinas (Garza, 2009, pag. 25).

4.1.1.1.3 Familia Sindiasmica. En donde el hombre vive con la mujer, pero tiene presente el derecho de ser infiel, mientras tanto que la mujer tendría que ser fiel hasta que dure la unión (Garza, 2009 pag. 26).

4.1.1.1.4 Familia monogámica. En donde los lazos de matrimonio son mutuos y fieles, y la procreación de los hijos da la paternidad indiscutible, y estos a su vez serán herederos directos de los bienes de su padre (Garza, 2009, pag. 27).

4.1.2 Etimología

- Según Tarapelli, la familia proviene del latín famēs, que significa hambre, dada que es una necesidad biológica del ser humano (Garza, 2009, pag. 22).
- Según Marquez de Morante, deriva de famulus (siervo), o del vocablo osca femel o famul (esclavo) (Garza, 2009, pag. 22).
- Según Mendizabel y Martín, proviene de la palabra famēs, que significa hambre. (Garza, 2009, pag. 22).

4.1.3 Definiciones

- Es la unidad social inicial, la cual está compuesta por un grupo de personas que se organizan espontáneamente de las prácticas cotidianas de los individuos, las mismas que se convocan y se fortalecen alrededor de una serie de aspectos de su entorno (compartir actividades, tener lugares

en comunes, derechos recíprocos, ayuda mutua y compartida) (Ortiz, 2013).

- “Es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionando por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla” (Louro-Bernal, 2002).
- Según Rodríguez de Cepeda, “Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural” (Garza, 2009, pag. 22).
- Según Fernández de Moratín, “Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (Garza, 2009, pag. 22).
- Según Dr. Alberto Sahún de la Parra “La familia es el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es la institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes” (Garza, 2009, pag 22).

4.1.4. La familia y la salud

Según la OMS/OPS (2013) “Es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas”.

4.1.5. Clasificación

4.1.5.1. Según el subsistema familiar y su función

- **Conyugal.** Pareja de diferente sexo, que resuelve empezar una relación formal de convivencia. La nueva pareja decide las nuevas reglas que estarán en este nuevo subsistema. Además habrá apoyo y complementariedad mutua (Ortiz, 2013, pag, 90).
- **Parental.** Los padres o la persona que ayuda al rol de padre o de madre, da las herramientas que necesita pasar a los hijos dentro del lugar de socialización. Estas incluidos a los abuelos, tíos, primos, hermanos u otras personas de la familia y que se involucran en el desarrollo del niño(a) (Ortiz, 2013, pag. 90).
- **Fraternal.** Involucran a los hermanos. Donde aprenden sus primeras vivencias y conductas en relación con los comportamientos que deben o no tener respecto de las otras personas dentro y fuera de sus familias es decir es la socialización e integración (Ortiz, 2013, pag. 90).

4.1.6. Caracterización Familiar

4.1.6.1. Según la Ontogénesis

4.1.6.1.1. Familia Nuclear. Por lo general formado por la pareja con hijos o sin ellos (Ortiz, 2013 pag. 98-101).

- Pareja sin hijos.
- Familia monoparental.
- Familia biparental.
- Familia con padres ausentes.
- Familia reconstituida.
- Equivalente de pareja: pareja homosexual.

4.1.6.1.2. Familia Extensa. Familia de un mismo tronco, sin depender del número de generaciones (Ortiz, 2013 pag. 103-104).

- Padres con hijo(s) sin nieto(s).
- Padres con hijo(s) con nieto(s).
- Abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres.
- Dos hermanos o más, al menos uno de ellos con parejas.

4.1.6.1.3. Familia Ampliada. Cuando la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no correspondan al mismo tronco, formados por otras personas como amigos, conocidos, etc. (Ortiz, 2013 pag. 102).

4.1.6.2 Por Ciclo vital

4.1.6.2.1 Formación. Formación de la pareja hasta el nacimiento del primer hijo (Ortiz, 2013 pag. 114-115).

- Tareas:
 - Formación del proyecto futuro de vida.
 - Ajuste y acople de las actividades cotidianas.
 - Roles entre los cónyuges.
 - Planificación de los hijos.

Cuando la relación se va consolidando se crea una serie de expectativas en donde la pareja negocia sus pautas de intimidad, comunicación, placer y displacer; como mantener y manejar sus diferencias como personas distintas, es un tiempo de preparación para el matrimonio. En esta etapa se debe ir profundizando de manera progresiva la confianza, el cariño, la comunicación y la intimidad, cimientos que llegan a dar firmeza y solidez a la relación; fortaleciendo de este modo un futuro matrimonio.

Se trata de formalizar la relación por medio del matrimonio, es el paso de la vida del noviazgo a la vida de casados; es importante las reacciones de la familia de origen de los miembros ya que originan un impacto en la vida de la pareja.

4.1.6.2.2. Expansión o extensión. Desde el nacimiento del primer hijo hasta la salida de uno de los hijos (Quinteros, 2007) (Ortiz, 2013 pag. 115).

- Tareas:
 - Aprendizaje de ser padre o madre.
 - Ajuste de pareja.
 - Crianza de los hijos.
 - Planificación de concepción.
 - Ajuste de la relación de los adolescentes.

4.1.6.2.3. Contracción o posparental. Desde la salida de unos de los hijos hasta la muerte o separación de uno de los padres (Ortiz, 2013 pag. 116).

- Tareas:
 - Cese en la tutela de alguno de los hijos.
 - Nuevos roles hacia los hijos.
 - Consolidación a problemas de salud y jubilación.

4.1.6.2.4. Disolución. Desde la muerte o separación de uno de los padres hasta la muerte del otro padre o madre (Ortiz, 2013 pag. 117).

- Tareas: asimilación de la pérdida de uno de los cónyuges, padre o madre.

- Acople al envejecimiento y a la viudez.
- Reorganización de roles por pérdida familiar.
- Hijos adultos toman responsabilidades por los padres.
- Transformación de metas, necesidades e intereses.

En esta etapa los jóvenes se emancipan de los padres, ellos retornan a su relación como pareja teniendo que enfrentarse a muchas situaciones como la jubilación, separación, muerte de seres queridos hasta de ellos mismos; los roles de cuidadores ahora pasan a ser de los hijos haciéndose cargo de sus padres enfermos aunque en otros casos uno de los cónyuges presenta buenas condiciones y puede atender al otro.

4.1.6.3. Por generación

4.1.6.3.2. Unigeneracional. Formada por una generación, pareja o esposos.

4.1.6.3.3. Bigeneracional. Formado por dos generaciones, padres e hijos.

4.1.6.3.4. Trigeneracional. Formado por tres generaciones, abuelos, padres, nietos.

4.1.6.3.5. Multigeneracional. Formado por abuelos, tíos, primos, hijos, etc. (Quinteros, 2007).

4.1.6.4. Por tamaño

4.1.6.4.2. Pequeña. Menos de tres miembros de la familia.

4.1.6.4.3. Mediana. De tres a seis miembros de la familia.

4.1.6.4.4. Grande. Mayor a seis miembros de la familia (Louro-Bernal, 2002).

4.1.7. Familias de nuevo tipo

Además se ha propuesto según la autora Ángela Quintero (2007) en su obra "Trabajo social y procesos familiares" con una nueva clasificación de la familia.

4.1.7.1. Familia simultánea, antes denominada superpuesta o reconstituida. Son aquellas familias compuestas por adultos divorciados o separados quienes vuelven a conformar una pareja con otra persona también separada, que ha terminado con su vínculo marital anterior. En su inicio la pareja posiblemente tenga que enfrentar situaciones difíciles y aún más cuando existen hijos por parte de uno de ellos, aquí las relaciones son mucho más complejas con personas con vidas pasadas. La segunda unión conyugal se da con más frecuencia en los hombres que en las mujeres.

4.1.7.2. Familias con un solo progenitor, monoparentales o uniparentales. Se encuentran constituidas por uno de los padres quien se responsabiliza y convive con los hijos, se puede dar en casos de separación, abandono, divorcio o muerte. Uno de los padres tiene el deber de criar a los niños, ocasionando que los roles no sean definidos, en la mayoría de los casos son mujeres que cumplen esta función cuando los hijos son aún pequeños.

4.1.7.3. Familias homosexuales. Es necesario reconocer dentro de la sociedad esta estructura familiar que está conformada por una relación estable y de afecto entre dos personas del mismo sexo. El hijo puede ser de uno de los miembros separado que se une a otro soltero o también puede ser adoptado; muy aparte de la aceptación ética y moral de esta familia cumple con las funciones básicas al igual que la asignación de responsabilidades. En muchos países es aceptada la

relación entre mujeres que en hombres, es por esta razón que es difícil y hasta imposible la adopción de niños para la pareja.

4.1.8. Formas de convivencias diferentes a la familia

4.1.8.1. Díadas conyugales o parejas. Llamada también status procreativo diferido, la familia se compone únicamente de dos personas que se han unido porque comparten los mismos intereses y situaciones como: por ejemplo que ninguno pueda procrear, en el caso de jóvenes profesionales que consideran que el nacimiento de un hijo impediría su buen desarrollo en el ámbito laboral y en parejas homosexuales que llegan a un acuerdo para cumplir con sus funciones y responsabilidades (Quintero, 2007).

4.1.8.2. Estructura unipersonal, ciclo individual u hogar unipersonal. Son adultos que viven solos, que no comparten vivienda como personas solteras, separadas o viudas muy aparte de su situación afectiva no se los excluye del desarrollo de relaciones erótico-afectivas o de pareja y filiales. Este tipo de estructura surge por opción o necesidad, con frecuencia se da en los estratos altos de la sociedad. Su principal fuente de apoyo es mantener activa una red social donde se encuentra incluidos familiares, amigos, vecinos, compañeros, etc. (Quintero, 2007).

4.1.8.3. Hogar o unidad doméstica. Los miembros de la familia tienen un mismo fin, el de aumentar el número de perceptores económicos y alcanzar economías de gran escala de tal manera se encuentran voluntariamente unidos. En este tipo de familia pueden o no estar incluidos los vínculos afectivos siendo difícil saber cómo son las relaciones entre cada miembro, sus roles y funciones lo que interesa principalmente es la relación económica dentro del hogar (Quintero, 2007).

4.1.8.4. Familia de origen. Formada por la familia nuclear siempre será la misma es decir los padres biológicos o sustitutos y hermanos es importante diferenciarlos de las demás familias porque la mayoría funcionan en dos sistemas familiares paralelos el nuclear actual (pareja e hijos) y la familia de origen (donde inicio su existencia). Se utiliza en la relación de ayuda al referirse al grupo nuclear del paciente (Quintero, 2007).

4.1.9. Estructura familiar

Describe las relaciones existentes entre las personas que forma el sistema, por lo tanto se hace referencia a las demandas funcionales, organización de normas y pautas transaccionales que constituyen las formas de interactuar y que a la vez normalizan a cada persona dentro de la familia (Quintero, 2007).

Dentro de la estructura familiar existe lo siguiente:

- **Límites.** Son las reglas que marcan quién y cómo participa cada uno de los miembros, logrando así la diferenciación entre ellos para un mejor funcionamiento del sistema familiar (Quintero, 2007). Los límites pueden ser:
 - **Rígidos.** Es un sistema cerrado, autoritario, produciendo problemas familiares dando como resultado desapego y sensación de aislamiento, por ejemplo en la familia se hace solo lo que el padre ordena sin derecho a refutar.
 - **Confusos.** Es un sistema suelto, no se sabe quién manda a quien, nadie lleva el control dentro de la familia.
 - **Inexistentes.** No existen reglas, jerarquías ni límites que puedan organizar a los integrantes de la familia.
 - **Flexibles.** La familia que presente límites flexibles la comunicación y las jerarquías son claras, transparentes por lo tanto es funcional, permitiendo que el sistema pueda ser sociable fuera y dentro del mismo, sin dejar de lado su individualidad y autonomía. Cada individuo es aceptado y respetado sin dejar de lado las normas y reglas existentes; por ejemplo cada miembro cumple sus funciones, los hijos cumplen el papel de hijos y los padres de padres existiendo flexibilidad y buena comunicación.

- **Jerarquías.** Es la función del poder y de las estructuras en la familia diferenciando los roles que desempeñan tanto los padres como los hijos, deberán estar claramente definidos para evitar problemas entre los subsistemas. Puede existir jerarquía horizontal o vertical, en la primera tienen el mismo poder por ejemplo el padre y la madre, en la segunda hay distintos niveles de poder por ejemplo padres e hijos; para que el sistema sea funcional tienen que estar los límites claros y flexibles (Quintero, 2007).

- **Alianzas.** Es la unión entre dos miembros de la familia tienen apoyo mutuo y comparten los mismos intereses sin estar dirigida contra nadie (Quintero, 2007).

- **Coalianza.** Es la unión de dos miembros contra un tercero por tanto es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de ambos dividiendo a la tríada en dos compañeros y un adversario (Quintero, 2007).

- **Normas y Reglas.** Son una guía de regulación de roles y conductas para que cada sistema se desenvuelva tanto interna como externamente en una sociedad; son fijadas para que los individuos puedan vivir juntos y exista un mejor funcionamiento en la estructura familiar (Quintero, 2007).

4.1.10. Crisis Familiares

- 4.1.10.1. **Normativas o evolutivas.** Son situaciones que generan estrés o reajuste que corresponde al paso evolutivo de una etapa a otro del ciclo vital familiar, por ejemplo embarazo, adolescencia, hijos en etapa escolar, etc. (Ortiz, 2013, pag. 118-119).

4.1.10.2. Para normativas o accidentales. Son elementos estresores que se presentan en el sistema familiar de una manera súbita, dramática e irrepitable, por ejemplo, abandono de la pareja, abortos, muerte de un familiar, pérdida de trabajo, etc. (Ortiz, 2013, pag. 119-120).

Se clasifican:

- **Desmembramiento.** Separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia.
- **Incremento.** Ingreso o aumento de uno o más miembros de la familia.
- **Desmoralización.** Caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos morales de la familia.
- **Cambio socio-económico.** Tanto como ganancia o pérdida.
- **Problemas de salud.** Caracterizada por enfermedades como diabetes, cáncer, leucemia, etc. Que aparecen de una manera súbita y que causan desorganización dentro de la familia o de cada uno de sus miembros.

4.1.11. Los grandes cambios en la familia

Se observa una declinación del modelo patriarcal de familia que se caracteriza por la autoridad ejercida por el padre sobre la esposa y los hijos, que en la actualidad se evidencian los siguientes hechos:

- Incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo. Ello modifica los patrones habituales de funcionamiento del hogar, produciéndose una nueva distribución del tiempo, poder y trabajo al interior de la familia que afecta especialmente a las mujeres y que significa una sobrecarga de trabajo para ellas.
- Agotamiento del sistema del contribuidor único al hogar y cambio en la valoración de los nuevos contribuidores económicos al mismo (mujeres y jóvenes).
- Cambios muy importantes en la magnitud de las familias.
- Cambios sustanciales y una mayor complejidad en las funciones familiares. Las funciones se realizan dentro y fuera de la familia (guarderías, colegios, otros familiares y cuidadores).
- Cambios sociales, económicos y culturales que afectan de manera importante a las relaciones internas de las familias (violencia intrafamiliar).
- Cambios en la dinámica intrafamiliar:
 - Nueva definición de roles conyugales, en relación con el aporte económico que realizan al hogar mujeres e hijos.
 - Nuevas relaciones paterno-filiales con aumento de los derechos de los niños y pérdida de importancia de las relaciones de jerarquía y de sumisión.

- Nuevos procesos de individuación con afirmación del derecho individual sobre el familiar y énfasis en la realización personal sobre los intereses familiares (Sánchez, 2007).

4.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

4.2.1. Definición

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

Considerada del conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas que forman una familia, se orientan al crecimiento físico y emocional de los miembros (Ortiz, 2013).

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

4.2.2. Categorías de la Funcionalidad familiar

4.2.2.1. Cohesión

Que denota el vínculo de unión mantenido a través de la vida familiar, la confianza, el aprecio, el apoyo, la integración y el respeto a la individualidad (Ortiz, 2013, pag. 120).

4.2.2.2. Armonía

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

4.2.2.3. Comunicación

Expresar en forma clara y directa, los sentimientos para poder comunicarse en todos los niveles (Ortiz, 2013, pag. 121).

4.2.2.4. Adaptabilidad

Capacidad que tiene la familia para afrontar y superar los cambios, adaptarse al medio social, dependiente de la situación (Ortiz, 2013, pag. 120).

4.2.2.5. Afectividad

Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (González et al., 1997).

4.2.2.6. Rol u organización familiar

Relacionada con la forma como la familia se organiza en jerarquías, crea normas y traza sus propios límites (Ortiz, 2013, pag. 121).

4.2.2.7. Permeabilidad

Capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de de la sociedad, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas, lo que permite la entrada de otros familias o personas que brinden ayuda de amigos, vecinos y la comunidad (Ortiz, 2013, pag. 120).

4.2.3. Evaluación de la funcionalidad familiar a través del Test de percepción de la Funcionalidad Familiar FFSIL.

Actualmente existen un sinnúmero de test y cuestionarios que valoran y evalúan la funcionalidad familiar, uno de ellos es el Test de percepción de la funcionalidad familiar denominado FFSIL. Este instrumento confeccionado permite diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. Se parte del principio de que es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que puede ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, etc.

Éste instrumento permite la evaluación de la funcionalidad familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna, con alta validez de contenido, de criterio y de construcción.

La evaluación de la funcionalidad familiar permite determinar si una familia es funcional o disfuncional:

4.2.4. Funciones de la familia

Se distinguen las siguientes funciones:

Los integrantes de la familia necesitan cubrir una serie de funciones para que todas las personas que la integran satisfagan sus necesidades, se gratifiquen y obtengan el beneficio de pertenencia a ella, son de dos tipos principales:

Las funciones afectivas. Consisten en la expresión y comunicación de los sentimientos y emociones entre todos los integrantes de la familia

Las funciones instrumentales. Aquellas funciones y actividades que se necesitan llevarse a cabo, para que la vida en familia ocurra de una manera ordenada, adecuada y gratificante

De estas dos principales funciones familiares se distinguen:

4.2.4.1. Socialización. Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia (Garza, 2009, pag. 36).

4.2.4.2. Afecto. Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal, llenando las necesidades afectivas de sus miembros (Garza, 2009, pag. 38).

4.2.4.3. Cuidado. Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar (Garza, 2009, pag. 37).

4.2.4.4. Estatus o posición social. Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Además incluyen cada una de las identidades nacionales, etnias, raciales, religiosas, de clase y de la comunidad se derivan de la pertenencia a la familia (Garza, 2009, pag. 39).

4.2.4.5. Reproducción. Provisión de nuevos miembros a la sociedad, importante para la revitalización de la sociedad, de igual manera pertenece a la familia otorgar a sus hijos modelos adecuados para el desarrollo de su identidad sexual humana (Garza, 2009, pag. 38).

4.3. ADOLESCENCIA

4.3.1. Definición

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez. Etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por significativos cambios físicos, psíquicos y sociales, comprendida según la Organización Mundial de la Salud, entre los 10 a 19 años de edad. (Gaete, 2015)(OMS/OPS, 2014).

4.3.2. Clasificación

4.3.2.3. Adolescencia temprana. Comprendida entre los 10 a los 13 años de edad.

4.3.2.4. Adolescencia media. Comprendida entre los 14 y 16 años de edad.

4.3.2.5. Adolescencia tardía. Comprendida entre los 17 a 19 años de edad.

4.3.3. Cambios en la adolescencia

4.3.3.1. Desarrollo físico. Periodo en el cual existen importantes cambios biológicos que culminan en la madurez física y sexual del individuo, entre los cuales tenemos, desarrollo rápido de los órganos reproductivos, aceleración del crecimiento ponderal, y aparición de los caracteres sexuales secundarios como cambio en la voz, las mamas y el vello corporal, con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y la espermarquia (primera eyaculación) (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.3.3.2. Desarrollo cognoscitivo. Con el crecimiento y desarrollo de la mente puede el adolescente tener capacidades de formularse hipótesis y teorías, más crítico, intuitivo, razonar, plantear alternativas y tratar a los problemas de una manera sistémica, analizando las ideas religiosas, políticas, sociales, y comparar roles de él y de los demás individuos (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.3.3.3. Desarrollo Psicosocial. En donde los cambios biológicos y cognoscitivos se integran junto con sus relaciones de su entorno social, y donde la persona tiene que aprender a superar tres pérdidas, pérdida del cuerpo infantil, pérdida del rol e identidad infantil, y pérdida de los padres de la infancia; y por ende ellos se encuentran en el desafío de integrar dos aspectos fundamentales de su vida: a) llegar a un nivel de independencia y autonomía en relación a sus padres, y b) formar su identidad como ente de su personalidad definitiva (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.3.4. Factores protectores de los adolescentes.

- La aceptación familiar y social de que el adolescente tiene recursos personales positivos que bien orientados permitan una suave transición a la edad adulta (Gaete, 2015, pag. 440).
- Las adecuadas relaciones con los padres otorgan confianza y seguridad (Solorzano et al., 2001).
- Una red de apoyo familiar (hermano, abuela, tío, etc.) y el apoyo de sus pares (amigos) ayudan a afrontar crisis (Gaete, 2015, pag. 440).
- La integración a grupos sociales (deporte, iglesia, etc.), le permite canalizar inquietudes y reduce la exposición a la presión de un solo grupo (Gaete, 2015, pag. 440).
- Integración de la confianza personal a través de un área de destreza como el deporte, música, artesanías (Gaete, 2015, pag. 440).
- Aplicación de responsabilidades como cuidar a un hermano menor o representante estudiantil del paralelo escolar, etc. provoca sentir el poder,

la confianza y la capacidad para poder resolver problemas (Gaete, 2015, pag. 440).

4.3.5. Factores de riesgo

4.3.5.1. Biológicos. Historia familiar de enfermedades hereditarias o alcoholismo, discapacidades accidentales, enfermedades genéticas o cromosómicas (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.3.5.2. Personales. Baja autoestima, poca tolerancia a las frustraciones, impulsividad, ansiedad, depresión, sentimientos de rechazo, fracaso escolar insatisfactorio (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.3.5.3. Medio familiar. Disfunción familiar, abuso sexual, malas relaciones interpersonales, padre o madre ausente, familias numerosas, problemas psicológicos, maltrato físico, violencia, etc. (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.3.5.4. Medio social. Desigualdad racial, religiosa o étnica, nivel socioeconómico, presión grupal, pérdida de un amigo, medios de comunicación informáticos (Gaete, 2015, pag. 437-442).

4.4. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

4.4.1. Antecedentes

Los trastornos de conducta alimentaria han sido desde siempre una afección de la humanidad, y aquí se enuncian algunos aspectos relacionados con los TCA.

La edad promedio que se presentan en los adolescentes estos trastornos para anorexia oscila entre los 12 a 20 años incluso hasta los 25 años de edad (Benjet, 2012)(Gaete, Lopez, & Matamala, 2012)(Fandiño & Giraldo, 2007)(Asociación Americana Psicología, 2014), mientras que para bulimia nerviosa se encuentra entre 12 a 40 años, es decir entre la adolescencia y la etapa del joven adulto (Santoncini & Romo, 2010) (Asociación Americana Psicología, 2014). Aunque actualmente las patologías alimentarias tienen mayor incidencia en la adolescencia aunque la edad de comienzo es cada vez más temprana (Gaete et al., 2012) (Portela, et al, 2012).

Es más frecuente en el sexo femenino con una proporción de 10 a 1. Las mujeres se encuentran por un lado, han ganado paulatinamente más espacios en la vida pública, una mayor integración en el mercado laboral, la liberación de su estado reproductivo, y por otro lado, muy preocupadas por la forma de su cuerpo y las dietas (Jesús, Sánchez, & Jáuregui, 2015) (Baker et al., 2012). Mientras en las mujeres los comportamientos de riesgo de los TCA se asocian más con la

estética e imagen corporal, en los varones se asocian a problemas de tipo emocional, como falta de efectividad, miedo a madurar y desconfianza (Jesús et al., 2015).

Hay pocos estudios que han examinado la identidad de género en el prevalencia de la alimentación clínica trastornos y compensatoria comportamientos. Se en control que los grupos transgénero y cisgénero no heterosexual estudiantes universitarios estaban en mayor riesgo de presentar conducta riesgo alimentarias (Diemer et al., 2015) (Homma et al., 2014).

Anteriormente se hablaba de la mayor riesgo en la clase media y clase media alta para presentar TCA, actualmente, el nivel socio-económico (nivel educativo de los padres e ingreso familiar), no hay un estándar consistente de diferencia entre los jóvenes con trastornos alimentarios y aquellos que no los presentan con relación a la clase social (Benjet et al., 2012).

En cuanto a las etnias, los blancos no hispanos, indio americano y las niñas hispanas tuvieron tasas más altas de comportamientos de peso pérdida poco saludable en adolescentes con anorexia nerviosa. Los estudiantes hispanos y negros tenían tasas más altas (Haley et al., 2010). Aunque Asociación Americana de Psiquiatría refiere menos frecuente entre los latinoamericanos, los afroamericanos y los asiáticos; en Estados Unidos, la utilización de los servicios de salud mental por parte de las personas con TCA es significativamente menor en estos grupos étnicos, y que estas tasas bajas pueden predecir alguna manera de sesgo, porque que no estaría claro la distribución de estos trastornos por etnias. En cuanto a la BN se presenta principalmente el cáusticos aunque también se da en otras etnias con prevalencias comparables.(Asociación Americana Psicología, 2014), así que no existe una distribución precisa de estos trastornos alimentarios por etnias.

4.4.2. Definición

Alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (Asociación Americana Psicología, 2014).

4.4.3. Clasificación

De acuerdo a las Clasificaciones Internacionales de Trastornos de Salud Mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y TCA no especificados (TANE/TCANE) o atípicos (OMS/OPS CIE 10, 2003).

4.4.4. Origen

Dentro de los posibles orígenes de los TCA se encuentran algunas hipótesis o teorías.

- 4.4.4.1 La Teoría del Apego.** En donde existe falta de apego por parte de la madre. El apego con las madres es diferente en cada caso; en la anorexia nerviosa es evitativo, creando desconfianza, aislamiento, dificultad para confiar y depender de los demás personas, (Betancourt, Rodríguez, & Gempeler, 2007) (Behar Astudillo, 2012), mientras que en la bulimia nerviosa predomina la ansiedad que provoca relaciones interpersonales inseguras, resistencia a los compromisos, con preocupación por el abandono (Shobana & Saravanan, 2014) (Behar, 2012).
- 4.4.4.2 Hipótesis de la huida de la hambruna.** Corresponde a una antigua respuesta al peligro de escasez alimentaria, a través de conductas como ignorar los alimentos, negar el peligro a la delgadez, hasta ir a otro lugar donde existan posibilidades de abastecimiento, que se asemeja a las características de anorexia como la falta de apetito, inanición, pero no explica la resistencia al comer al haber disponibilidad alimentaria (Kardum, Gra, & Hudek-Kneževi, 2008)(Behar Astudillo, 2012).
- 4.4.4.3 Teoría de selección de parentesco.** A través de cambios genéticos en las generaciones por medio de interacciones entre individuos emparentados. El individuo que porta el gen puede aumentar de frecuencia, porque los parientes suelen portar los mismos genes (Behar, 2012).
- 4.4.4.4 Hipótesis de la supresión reproductiva.** En la anorexia nerviosa se produce consecuencias anormales como anovulación, amenorrea e infertilidad, con preferencia hacia alcanzar el cuerpo delgado, no femenino, posponiendo la etapa de la pubertad, configurando una corporalidad poco atractiva al sexo masculino asociado a una disminución de la libido y por lo tanto hacia la fertilidad que consentiría una mayor entrega al éxito dado por la familia y la paciente a metas ansiosas en resultados académicos, laborales y deportivos, pero en otros casos existe el poco apoyo social, sea familiar o de pareja provoca sentimientos de abandono y aislamiento que provoca la menor disposición a la maternidad (Behar, 2012).
- 4.4.4.5 Teoría de la competencia sexual.** Para la sociedad occidental la figura femenina deseable es indicador de atractivo hacia el sexo opuesto, juventud, mayor capacidad reproductiva y competencia sexual femenina, lo que motivaría a buscar la delgadez, que desde un punto de vista evolutivo humano que favorecería la atracción y retención de parejas a largo plazo para asegurar la sobrevivencia de la especie (Salmon, Crawford, & Dane, 2008). La competencia intersexual femenina por una pareja es predictor preferente de bulimia nerviosa, mientras que la búsqueda de la delgadez es predictor de

anorexia, aunque no relaciona con la imagen corporal en los varones (Behar, 2012).

4.4.5. Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que pueden provocar TCA:

- 4.4.5.1. Factores individuales.** Abuso sexual, insatisfacción con la figura física y del peso corporal, práctica de dietas, pérdida de un ser querido, ruptura de una relación importante, divorcio de los padres, cambio geográfico en la zona de residencia y estudio.
- 4.4.5.2. Factores psicosociales.** Trastornos afectivos, baja autoestima, dificultad para expresar sentimientos, evasión de conflictos, pensamiento rígido con gran énfasis en el deber ser, ausencia de autocontrol, perfeccionismo, problemas básicos de identidad.
- 4.4.5.3. Factores socioculturales.** Ideales culturales de belleza, actitudes de la familia hacia el peso corporal, falta de definición de límites, rigidez y confusión de roles en la familia, disfuncionalidad y maltrato emocional, influencia del grupo de pares, críticas con respecto al peso y la figura (Monterrosa et al, 2012).

4.4.6. Conductas de riesgo para trastornos alimentarios

Los pacientes con trastornos alimentarios presentan dos grandes características dadas por la preocupación y actividades de rituales.

Preocupación:

- La persona con trastorno alimentario presenta insatisfacción con su imagen corporal.
- Se preocupan demasiado del peso.
- Sentimiento de culpabilidad luego de haberse alimentado.
- 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 bajo peso corporal actual.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- 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).
- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado luego de haber comido.

Rituales:

- De privación de alimentos o comer alimentos no nutritivos (jabón, lana, pelos, hielo, tierra, etc.).
- Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes.
- Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado).
- Ingestión, en un período 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.
- 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.
- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

4.4.7. Comorbilidades

Existen problemas comórbidos psicológicos y psiquiátricos que comúnmente acompañan a los TCA, que podrían llegar a comprometer el normal desarrollo bio-psicosocial de los adolescentes. Entre los problemas psicológicos más frecuentes se encuentran el, problemas familiares, alteración del autoestima, retraimiento social, deficiente autonomía y alteración de capacidad para la intimidad (López, Carolina & Theasure, 2011) (Benjet et al., 2012). Y entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la anorexia nerviosa (AN) tenemos, la depresión, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo (López, Carolina & Theasure, 2011). (Benjet et al., 2012). Mientras que en la bulimia nerviosa (BN) son comunes las alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, déficit de atención con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, afecciones impulsivas, trastornos de personalidad, autoagresiones e intentos de suicidio (Benjet et al., 2012). Las adolescentes con trastornos de conducta no especificada (TANE) han mostrado mayores tasas de depresión y rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad (López, Carolina & Theasure, 2011) (Benjet et al., 2012).

4.4.8. Factores protectores

El fomento de actividades intelectuales- culturales, las actividades escolares y laborales orientadas competitivamente, elementos de protección familiar que han sido poco investigados (Olivia et al., 2013).

4.4.9. Diagnóstico

En un estudio realizado sobre el uso de la propuesta del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) para el diagnóstico TCA demuestra una reducción en el número de casos de trastornos de conducta alimentaria no especificada (TCANE). Más específica para el diagnóstico, las categorías tienen el potencial de facilitar el apropiado y justificado tratamiento de este paciente en la población (Monge et al., 2015).

4.4.10. Tratamiento

Los objetivos terapéuticos son tratar el TCA, cuidar del adolescente y de su personalidad y ocuparse de las disfunciones familiares.

La negación del trastorno y la ausencia de sintomatología verbal retrasan el inicio del tratamiento, debido a que debe ser graduado y adaptado a cada caso y a cada etapa de la evolución (Chaulet et al, 2015).

Existen diversos métodos y enfoques para el tratamiento, que favorecen a una amplia distribución de las acciones, además debe recordarse que la mayoría de los tratamientos no han sido evaluados ni comparados entre sí; en la mayoría de los casos, las indicaciones se basan en un consenso de expertos, por lo que es acertado ofrecer dispositivos de cuidados multifocales ya sea en el tratamiento ambulatorio u hospitalario tomando en cuenta que en todos los casos deben ser de forma multidisciplinaria (Chaulet et al, 2015).

El tratamiento somático es sintomático, mientras que el psicológico es ante todo psicoterapéutico. La hospitalización depende de los grados de urgencia somática y/o psiquiátrica, o del fracaso del tratamiento ambulatorio (Chaulet et al, 2015).

El seguimiento médico (alteraciones somáticas) no puede ir solo del seguimiento psiquiátrico o psicológico, ni éste de médico pues es el tipo de trastorno que necesita un enfoque sistémico indisociable, tanto somático como psíquico, y considerar que el entorno familiar, no influye tanto en la evaluación de su posible acción patógena, sino, sobre todo, en su función de aliada terapéutica, El tratamiento de los casos de TCA es prolongado puede durar varios meses incluso años para su recuperación (Chaulet et al, 2015).

4.4.11. Pronóstico del Tratamiento

El pronóstico de los TCA, es buena si son diagnosticados y tratados de manera oportuna, pero esta obstaculizada, pues los adolescentes que los padecen tienden a esconder, por poca conciencia de la patología y motivación al cambio en el peso y la imagen, además de adjunta al pobre diagnóstico que se realiza en atención primaria quizá por la pobre incidencia y prevalencia y su relación con su pobre preparación para el diagnóstico de estos trastornos, y llevan a los adolescentes a ser consultados por sus padres por problemas secundarios (sobrepeso, alteraciones menstruales, estreñimiento, etc.), a profesionales que al

no ser preparados pueden pasar por alto los TCA (Gaete et al., 2012) (Lopez, Carolina & Theasure,2011).

A pesar de las investigaciones hasta la actualidad los resultados de tratamiento son poco satisfactorios o insatisfactorios. Las personas más jóvenes con AN poseen una tasa de recuperación entre 50 y 70%, mientras que, el resto de los TCA llegan a una tasa de recuperación de hasta el 50%, que se adjunta al hecho de los escasos estudios para el tratamiento en medicina basada en evidencia (López, Carolina & Theasure, 2011).

4.4.12. Complicaciones

Las complicaciones en los adolescentes con TCA son alteraciones en la salud del individuo entre las cuales tenemos la hipoglicemia, anemia, leucopenia, trombocitopenia, disminución de electrolitos, hipotensión arterial, arritmias, taquicardia o bradicardia, hematemesis, úlcera gástrica, constipación, oliguria, anuria, disminución del volumen cerebral, disfunciones cognitivas, convulsiones y encefalopatías metabólicas, disminución de la masa ósea, debilidad muscular, amenorrea, ovario poli quístico, hipotiroidismo, esofagitis, deshidratación (Klump et al, 2009)(Gaete et al., 2012), las complicaciones médicas son doce veces mayor que la tasa de muerte anual de todas las causas en mujeres entre 15-24 años de edad (Klump et al., 2009), con una tasa de mortalidad bruta del 2% por década para bulimia nerviosa y 5% por década para anorexia nerviosa (Asociación Americana Psicología, 2014).

4.5. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

4.5.1. Antecedentes

La influencia familiar reviste importancia tanto en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales. Desde la perspectiva multifactorial se reconoce la contribución familiar en cualquier psicopatología y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) no son la excepción.

Leung, Schwartzman y Steiger (1996) proponen un modelo que explica la influencia de la familia a través de dos maneras sobre la sintomatología de los Trastornos de Conducta Alimentarios (Olivia et al., 2013).

- Preocupación del peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas de TCA (Olivia et al., 2013).
- La disfunción familiar puede seguir una vía indirecta donde sus efectos se suman a la baja autoestima y la insatisfacción corporal generando la presencia de síntomas de TCA; o bien puede actuar directamente sobre dichos síntomas de TCA, de acuerdo con el análisis de regresión efectuado (Olivia et al., 2013).

4.5.2. Percepción de la funcionalidad entre miembros de la misma familia

Se relacionó la percepción de la funcionalidad familiar entre padre e hija, la percepción de la hija se percibe como más deteriorada (Olivia et al., 2013).

4.5.2.1. Relación Madre e hija. Se evaluaron a las madres e hijas con TCA, encontrando que reportan peores relaciones con sus hijas, y que también tuvieron mala relación con sus propias madres (Olivia et al., 2013).

4.5.2.2. Relación Padre e hija. Se reconoce en estos casos el perfeccionismo y las altas expectativas, en donde se hallado insatisfacción familiar, rechazo paterno, percepción hacia los padres como distantes y molestos, que sienten las hijas con AN y la satisfacción familiar de sus padres, quizá de debe a que los hombres podría existir menor percepción a las necesidades emocionales y menos dispuestos a reconocer las necesidades de sostén y consuelo, adjuntándose el poco estudio de estos tipos de relaciones (Olivia et al., 2013).

4.5.3. Experiencias estresantes

Se refieren a experiencias traumáticas provocadas en el entorno familiar, entre los cuales destacan el abuso sexual, fallecimiento de algún familiar, separación de los padres, cambios de figura paterna o convivir con una nueva pareja de sus padres, discusiones familiares, cambios de domicilio y problemas de salud (Olivia et al., 2013).

4.5.4. Psicopatología familiar

Se ha encontrado que las madres y padres de personas con TCA, presentaban depresión, riesgo de TCA, abuso y dependencia de drogas (Olivia et al., 2013).

4.5.5. Alimentación, peso y figura en la familia

La apreciación que la familia le concede a la apariencia física puede proveer la preocupación en el peso y figura de las hijas, que las burlas o críticas que percibe el individuo sobre su peso e imagen física impactan sobre la persona pudiendo reflejar síntomas de TCA. La manera como se percibe la madre sobre el peso y la apariencia de sus hijas puede ejercer presión sobre la imagen corporal y hábitos alimentarios, que provocan conductas de supervisión, exigencias del control de apariencia y peso corporales como ocurre en las hijas con sobrepeso, mientras que en las hijas de bajo peso lo que llama la atención es la comunicación conflictiva a la hora de las comidas (Jesús et al, 2015).

4.5.6. Género

Es más frecuente en el sexo femenino con una proporción de 10 a 1. Las mujeres se encuentran por un lado, han ganado paulatinamente más espacios en la vida pública, una mayor integración en el mercado laboral, la liberación de su estado reproductivo, y por otro lado, muy preocupadas por la forma de su cuerpo y las dietas (Jesús et al., 2015).

4.5.7. Dinámica familiar

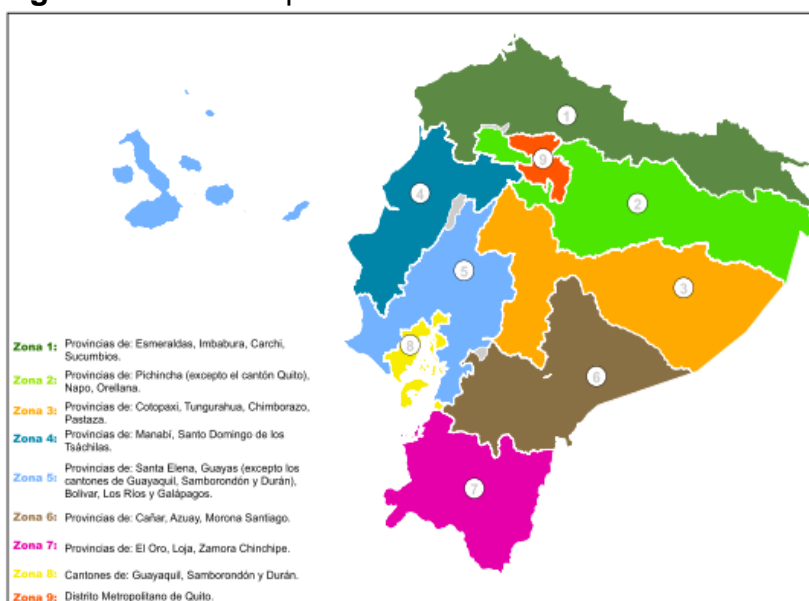
Las personas con BN presentan bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad y un alto conflicto; mientras que la AN manifiesta una familia rígida y conflictos de comunicación. Y los pacientes con TCANE presentan menos adaptabilidad y baja expresión emocional, pero existe pocos estudios de estos últimos trastornos (Jesús et al., 2015) (Olivia et al., 2013).

4.6. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

4.6.1. Zona 7 de Ecuador

Con el objetivo de fortalecer y mejorar la articulación en tres los diferentes niveles y el gobierno, el ejecutivo en el año 2008 inició la implementación de niveles de planificación en el Ecuador, permitiendo la identificación de necesidades y soluciones efectivas en el accionar público. Para dicho efecto se conformaron nueve zonas, siete de ellas compuestas por Provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural, económica y dos zonas integradas por cantones (SENLADES, 2015) Fig. 1.

Figura 1. Zonas de planificación de Ecuador.



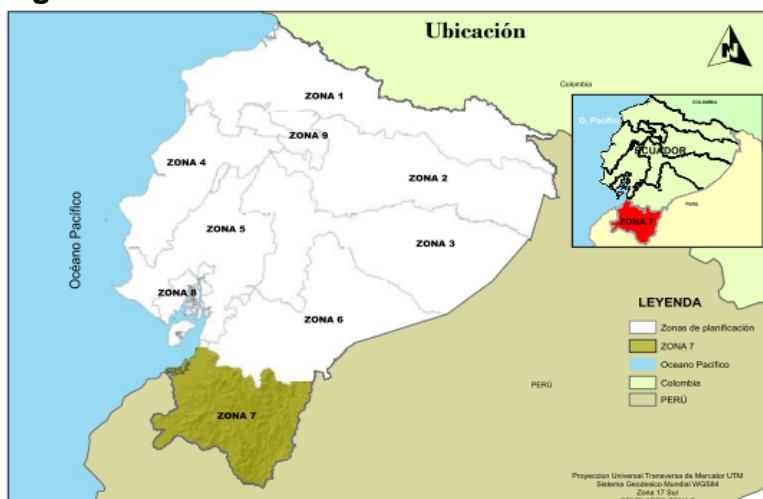
Fuente: INEC: 2010.

Elaboración: Senplades.

4.6.2. Localización

La Zona 7 se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al Sur y Oriente con Perú, al Occidente con Perú y el Océano Pacífico (SENPLADES, 2015) Fig. 2.

Figura 2. Ubicación en el Territorio Nacional.



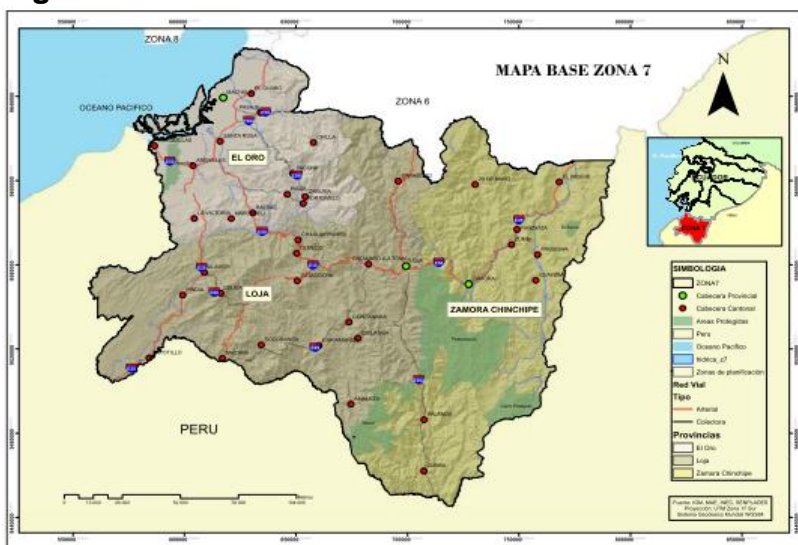
Fuente: INEC: 2010.

Elaboración: Senplades.

4.6.3. División Política

La división política administrativa de la zona, comprende tres Provincias: el Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y Zamora Chinchipe, con 9 cantones y 28 parroquias (SENPLADES, 2015) Fig 3.

Figura 3. Zona de Planificación 7.



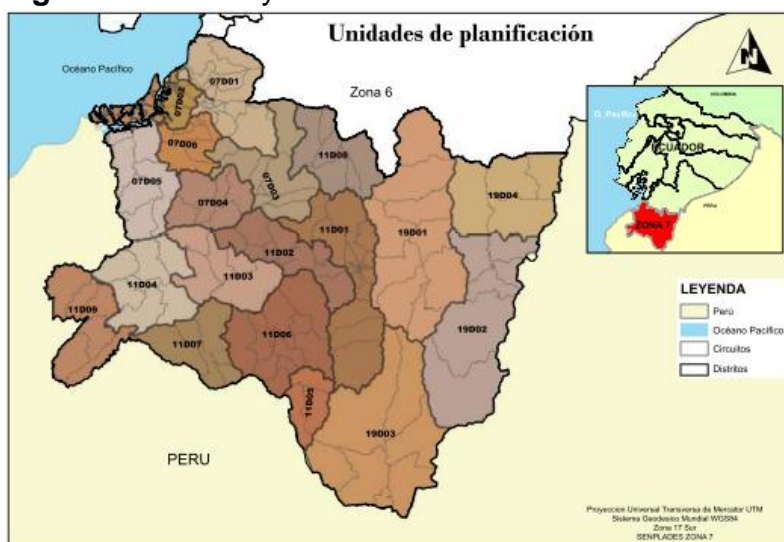
Fuente: INEC: 2010.

Elaboración: SENPLADES.

4.6.4. Unidades de Planificación.

De acuerdo al Registro Oficial No.290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, es establece que se conformarán 19 Distritos (6 en El Oro, 9 en Loja y 4 en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora chinchipe). (Fig. 4).

Figura 4.Distritos y circuitos de la Zona 7.



Fuente: INEC: 2010.

Elaboración: SENPLADES.

Figura 5. Distritos administrativos por provincia Zona 7.

| Provincia | Distrito | Cantones | Circuitos |
|------------------|----------|--|------------|
| El Oro | 07D01 | Chilla, El Guabo, Pasaje | 15 |
| | 07D02 | Machala | 21 |
| | 07D03 | Atahualpa, Portoviejo, Zaruma | 9 |
| | 07D04 | Balsas, Marcabeli, Piñas | 6 |
| | 07D05 | Arenillas, Huaquillas, Las Lajas | 8 |
| | 07D06 | Santa Rosa | 7 |
| Loja | 11D01 | Loja | 22 |
| | 11D02 | Catamayo, Chaguarpamba, Olmedo | 9 |
| | 11D03 | Paltas | 5 |
| | 11D04 | Celica, Puyango, Pindal | 7 |
| | 11D05 | Espíndola | 3 |
| | 11D06 | Calvas, Gonzanama, Quilanga | 9 |
| | 11D07 | Macara, Sozoranga | 5 |
| | 11D08 | Saraguro | 6 |
| | 11D09 | Zapotillo | 6 |
| Zamora Chinchipe | 19D01 | Zamora, Yacuambi | 9 |
| | 19D02 | Nangaritza, Centinela del Condor, Paquisha | 6 |
| | 19D03 | Chinchipe, Palanda | 7 |
| | 19D04 | Yanzatza, El Pangui | 4 |
| Total | | 19 Distritos | 164 |

Fuente: INEC: 2010.

Elaboración: SENPLADES.

4.6.5. Aspectos físicos generales

Posee una superficie de 27491,9 km² que representa el 11% del territorio ecuatoriano, distribuido en tres provincias El Oro (5866,6 Km²), Loja (11065 Km²) y Zamora Chinchipe (10559,7 km²). Según el Censo de 2010 tiene una población de 1'141.001 habitantes, que corresponde al 7,9 % del total nacional; 65,7% es urbana y 34,3% es rural. El Oro aglutina el 52,6 % del total zonal; seguida de Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%. La población masculina representa el 50,2% y la femenina 49,8 %.

5. Materiales y métodos

5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio formó parte del Macroproyecto denominado “Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador, 2016” integrado por 12 estudiantes de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, explorando diferentes aspectos de la problemática de los adolescentes de las Provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

Se realizó un estudio cuantitativo no experimental, cuyo diseño fue de tipo descriptiva, analítico, exploratorio, prospectivo y transversal (Hernandez, 2010).

5.2. UNIDAD DE ESTUDIO

Adolescentes entre 15 a 19 años de edad de bachillerato de la zona 7 del Ecuador, conformada por las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

5.3. UNIVERSO

Estuvo conformado por la población de adolescentes de bachillerato, que según la base de datos AMIE (Archivo Maestro de Instituciones Educativas) de la Coordinación Zonal 7 de Educación estuvo formada en 66.733 alumnos del periodo de estudio 2016.

5.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra se refiere a las unidades de muestreo que se tomó para realización de la estimación o verificación de hipótesis. La determinación del tamaño de la muestra dependió de tres aspectos:

- La variabilidad intrínseca (varianza) de la variable medida.
- La precisión que el investigador requiere para su estimado; y,
- La limitación en tiempo o dinero para muestrear y procesar las muestras.

Para determinar la variabilidad de las variables fue necesario realizar un muestreo preliminar o piloto que permita tener un primer estimado de la varianza. Respecto a la precisión de su estimado, fue fijada por el investigador, a través del tamaño deseado del intervalo de confianza, que fue del 95%, con una proporción de error del 5%.

Para prever el tamaño de muestra, se tomó como fuente la base de datos AMIE (Archivo Maestro de Instituciones Educativas) de la Coordinación Zonal 7 de Educación que estuvo formada en 66.733 alumnos del periodo de estudio 2016, de las tres provincias que conforman la zona 7 en nuestro país.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de Pita Fernández (Software Exel) a partir del total de estudiantes de 1er 2do y 3er año de bachillerato de las tres provincias de la Zona 7 del Ecuador, datos tomados a partir de la base AMIE del Ministerio de Educación:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular.

N = Tamaño del universo.

Z = Valor del Nivel de confianza: Nivel de confianza 95% -> **Z=1,96**.

e = Límite aceptable de error muestral: 0,05 (**5%**).

p = Es la proporción que esperamos encontrar. Valor aproximado del parámetro que queremos medir. p: 0,07 (7 %).

Provincia de El Oro

$$n = \frac{34018 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(35453-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 276 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{324}\text{)}.$$

Provincia de Loja

$$n = \frac{25246 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(25361-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 275 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{322}\text{)}.$$

Provincia de Zamora Chinchipe

$$n = \frac{6554 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(5919-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 267 \text{ (valor ajustado a perdidas= } \mathbf{314}\text{)}.$$

Total de Muestra: **960 adolescentes.**

5.5. ANÁLISIS DE LA POTENCIA ESTADÍSTICA

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizó el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano.

De manera general, la potencia tuvo que ser razonablemente alta para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula. De lo contrario, el experimento no valdría la pena, por lo que se trabajará con una potencia deseada mínima del 80%.

Para la verificación de la potencia de la muestra se utilizó el software GPower v. 3.1.

5.6. MUESTREO

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple (muestreo aleatorio estratificado) a través del sistema informático Microsoft Excel para seleccionar los Colegios de cada Provincia; y por conglomerados para los estudiantes de 1ero, 2do y 3er año de bachillerato hasta completar el total de la muestra para esa provincia, de la siguiente forma.

5.6.1. Muestreo aleatorio estratificado

En este tipo de muestreo se dividió a la población en subgrupos o estratos que tienen alguna característica común (altitud, clima, población, necesidades básicas insatisfechas, etc.); e interesa mantener estos estratos en la muestra, para que mantenga la misma composición que la población. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizará aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel. La estratificación se suele hacer en función de diferentes variables o características de interés.

Para la investigación se tomará la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación en este caso se utilizó la base AMIE de la Coordinación Zonal 7 de Educación.

Cada una de estos lugares en que fue realizado la investigación, tuvieron características ambientales particulares, por lo que se considerarán cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades

básicas insatisfechas, pero que además se utilizó para los estratos muestrales de los establecimientos tomando en cuenta el número de estudiantes, índice de urbanidad tipo, de establecimiento (fiscal, particular y fisco misional), jornada de estudio (matutinos vespertinos nocturnos y a distancia, existiendo una verdadera representatividad de cada uno de los grupos estudiados. Es así que se determinó los establecimientos a visitar y el número de encuestas a realizar en cada uno de estos. Cada característica de interés fue dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elaboró la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la mencionada recopilación de información.

Figura 6. Distribución de Colegios en la Provincia de Loja.

| Provincia | Cantón | Parroquia | Institución educativa | Total de estudiantes | Estratos | Muestra |
|-----------|----------|---------------|---|----------------------|----------|---------|
| Loja | Calvas | Cariamanga | Instituto Tecnológico Superior Cariamanga | 209 | 2 | 30 |
| Loja | Celica | Pozul | Maximiliano Rodriguez | 122 | 1 | 27 |
| Loja | Loja | El Sagrario | Instituto Tecnológico Superior Beatriz Cueva de Ayora | 1038 | 6 | 26 |
| Loja | Loja | Valle | Unidad Educativa a distancia Angel Pastrana | 554 | 3 | 23 |
| Loja | Loja | El Sagrario | Unidad Educativa Experimental Sudamericano | 85 | 1 | 27 |
| Loja | Loja | El Sagrario | Unidad Educativa Fisco misional Vicente Anda Aguirre | 926 | 5 | 32 |
| Loja | Loja | San Sebastian | Colegio Experimental Bernardo Valdivieso | 1612 | 9 | 19 |
| Loja | Loja | Valle | Instituto Tecnológico Superior Daniel Álvarez Burneo | 1546 | 8 | 18 |
| Loja | Loja | Vilcabamba | Colegio Nacional Mixto Vilcabamba | 323 | 2 | 30 |
| Loja | Macara | Eloy Alfaro | Instituto Tecnológico Agropecuario Macara | 625 | 4 | 14 |
| Loja | Saraguro | Saraguro | Instituto Tecnológico Superior Celina Vivar Espinosa | 424 | 3 | 24 |
| Loja | Loja | San Lucas | Unidad Educativa a distancia Mons. Leonidas Proa | 35 | 1 | 25 |
| Loja | Loja | Sucre | Colegio Antonio Peña Celi | 86 | 1 | 27 |
| Total | | | | 7585 | | 322 |

Fuente: Matriz AMIE del Ministerio de Educación.
Elaboración: MD. Carlos Iñiguez.

Figura 7. Distribución de Colegios en la Provincia de El Oro.

| Provincia | Cantón | Parroquia | Institución educativa | Total de estudiantes | Estratos | Muestra |
|-----------|------------|----------------|-------------------------------|----------------------|----------|---------|
| El Oro | Zaruma | Zaruma | 26 de Noviembre | 547 | 3 | 21 |
| El Oro | Machala | La Providencia | Sagrado Corazón de Jesús | 21 | 1 | 23 |
| El Oro | Santa Rosa | Santa Rosa | Santa Rosa | 502 | 3 | 22 |
| El Oro | Arenillas | Arenillas | Arenillas | 657 | 4 | 27 |
| El Oro | El Guabo | El Guabo | Dr. José María Velazco Ibarra | 602 | 4 | 50 |
| El Oro | Pasaje | Ochoa Leon | Carmen Mora de Encalada | 984 | 5 | 30 |
| El Oro | Pasaje | Ochoa Leon | Eduardo Pazmiño Barcelona | 240 | 2 | 21 |
| El Oro | Machala | Machala | Juan Hernández Coello | 292 | 2 | 21 |
| El Oro | Pasaje | Casacay | Francisco Ochoa Ortiz | 40 | 1 | 23 |
| El Oro | Machala | Machala | Ismael Pérez Pasmíño | 1231 | 7 | 12 |
| El Oro | Machala | Machala | 9 de Octubre | 2342 | 12 | 22 |
| El Oro | Machala | Machala | 9 de Mayo | 1023 | 6 | 22 |
| El Oro | Machala | La Providencia | Juan Montalvo | 869 | 5 | 30 |
| Total | | | | 9350 | | 324 |

Fuente: Matriz AMIE del Ministerio de Educación.

Elaboración: MD. Carlos Iñiguez.

Figura 8. Distribución de Colegios en la Provincia de Zamora Chinchipe.

| Provincia | Cantón | Parroquia | Institución educativa | Total de estudiantes | Estratos | Muestra |
|------------------|----------------------|-----------|--|----------------------|----------|---------|
| Zamora Chinchipe | El Pangui | El Pangui | Unidad Experimental a distancia Zamora Extensión | 171 | 2 | 22 |
| Zamora Chinchipe | Yanzatza | Yanzatza | Instituto Tecnológico Primero de Mayo | 711 | 5 | 34 |
| Zamora Chinchipe | Yanzatza | Yanzatza | Unidad Educativa Juan XXIII | 261 | 2 | 22 |
| Zamora Chinchipe | Yanzatza | Yanzatza | Colegio Martha Bucaram de Roldos | 343 | 3 | 24 |
| Zamora Chinchipe | Centinela del Condor | Zumbi | Unidad Experimental a distancia Zamora extensión | 27 | 1 | 27 |
| Zamora Chinchipe | Chinchipe | Zumba | Unidad Experimental a distancia Zamora extensión | 30 | 1 | 27 |
| Zamora Chinchipe | Chinchipe | Zumba | Técnico Industrial Zumba | 228 | 2 | 23 |
| Zamora Chinchipe | Palanda | Palanda | Unidad Experimental a distancia Zamora extensión | 5 | 1 | 27 |
| Zamora Chinchipe | Paquisha | Paquisha | Unidad Experimental a distancia Nuevo Quito | 17 | 1 | 27 |
| Zamora Chinchipe | Zamora | Zamora | Colegio 12 de Febrero | 686 | 5 | 33 |
| Zamora Chinchipe | Zamora | Zamora | Instituto Tecnológico San Francisco | 369 | 3 | 25 |
| Zamora Chinchipe | Zamora | Zamora | Instituto Educativo Madre Bernarda | 177 | 2 | 23 |
| Total | | | | 3025 | | 314 |

Elaboración: MD. Carlos E. Iñiguez O.

Fuente: Matriz AMIE del Ministerio de Educación

5.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

5.7.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes que asisten al 1ero, 2do y 3er año de Bachillerato de los Colegios de las Provincias de El Oro Loja y Zamora Chinchipe y que expresen su deseo de participar en el estudio a través del documento de asentimiento informado y consentimiento informado por parte de sus padres o representantes legales.

5.7.2. Criterios de Exclusión

- Adolescentes de 1er, 2do y 3er año de bachillerato que al momento de realizar el estudio no se encuentren presentes.
- Estudiantes de 20 años y más que estén asistiendo al bachillerato, consideradas según la Organización Mundial de la Salud como adultos jóvenes.
- Estudiantes menores de 15 años que estén asistiendo al bachillerato, consideradas según la Organización Mundial de la Salud como adultos jóvenes.

5.8. TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL PROCESO DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Recopilación de información Primaria, en primera instancia se efectuó una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación; aquí se solicitará den contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta, tomando en cuenta datos generales del participante, condición socioeconómica del INEC, y la aplicación del test de actitudes alimentarias (EAT26) y la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FFSIL).

Recopilación de Información Secundaria, nos remitimos a los documentos e información sobre el contexto de trabajo, reportes, mapas, de ser posible y de existir, también nos remitiremos a los archivos comunitarios sobre la temática, información en línea, donde se haya planteado el tema de la generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática, esto se realizó para corroborar la información recopilada de manera primaria.

5.9. INSTRUMENTOS

- 5.9.1. Encuesta.** Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó (ver anexos) una encuesta semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitirá alcanzar los objetivos

planteados en esta investigación, la cual consta de los siguientes ítems:

- **Datos Generales.** Los datos sociodemográficos fueron tomados mediante aplicación de la encuesta auto llenada por identificación propia, más el llenado de la encuesta socioeconómica del INEC 2010.
- **Edad.** Restringido al grupo de edad del estudio.
- **Sexo.** Ambos sexos, el porcentaje en cada uno de los sexos se escogió según el análisis de la muestra.
- **Institución.** Restringido al grupo de instituciones que fueron escogidas.
- **Área geográfica.** Se toma en cuenta las provincias de Loja, Zamora y El Oro.
- **Año Escolar.** Año que estuvo cursando el adolescente de bachillerato.
- **Tipología familiar.** Se toma en cuenta el número de integrantes y tipo de familia por su ontogénesis.
- **Nivel socioeconómico.** Se compiló la información correspondiente de acuerdo a la encuesta socioeconómica establecida a nivel nacional (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, 2011a).

5.9.2. Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FFSIL)

Instrumento que permite diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, de que es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias como funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales (González, De, & Freiiome, 1990). El Alfa de Crombach va de 0,91 a 0,94. Este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables. El instrumento fue validado en 52 países y permitirá valorar a las familias de manera integral en su estructura y funcionalidad (Nuñez, 2010).

5.9.3. Test de actitudes alimentarias (EAT 26)

Es un test utilizado para el cribado de personas con riesgo de trastornos de conducta alimentaria. Creada por Garder, Rosen and Barren en 1982, que consta de 26 ítems o preguntas que investiga tres parámetros o subescalas a) dieta: 13

ítems, sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez; b) bulimia y preocupación por la comida: 6 ítems, sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, y c) control oral: 7 ítems, sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso. Con una sensibilidad de 88,9% y especificidad de 97,7%, utilizada originalmente con un punto de corte de 20, pero existen muchos estudios en donde se ha realizado un punto de cohorte de 11, se ha utilizado de esta manera para disminuir los falsos positivos y realizando una mejor valoración de las personas con riesgo de TCA, tiene una sensibilidad del 100,0% (IC 95%: 86,3-100,0%) y una especificidad del 85,6% (IC 95%: 77,6-91,5%). También tiene un VPP (valor predictivo positivo) del 61,0% (Intervalo de Confianza (IC) de 95%: 44,5-75,8), un VPN (valor predictivo negativo) del 100,0% (IC 95%: 96,2-100,0%) (Constaín et al., 2014), por lo que en el presente trabajo investigativo se utilizó el punto de cohorte de 11, para identificar el riesgo para trastornos alimentarios.

Para contestar se utilizó una escala de Likert, cada pregunta tenía 6 opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre); las 3 primeras se calificaban con 0, la cuarta con 1, la quinta con 2 y la sexta con 3. La puntuación total es la sumatoria de los valores de los ítems, teniendo como precaución que la pregunta 26 se puntúa a la inversa; por lo tanto a mayor puntuación hay mayor riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria (TCA) (Garner, 1982) (Constaín, 2014).

5.9.4. Encuesta de condiciones de vida o socioeconómicas

Reúne información sobre los diferentes aspectos y dimensiones del bienestar de los hogares, incluidos los ingresos y gastos de las unidades familiares, la producción propia, la salud, el acceso a bienes y servicios públicos y a los recursos de propiedad común, y otras variables; que permitan el análisis de los factores que explican los diferentes niveles de vida existentes en la sociedad. En concreto interesa saber no solo cuántos pobres hay y dónde viven sino por qué lo son. A través del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se realizó en el 2011 la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico, la misma que se validó a través de un estudio donde se realizó a 9.744 viviendas del área urbana de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. El formulario de la encuesta tiene 97 preguntas, para el estudio se utilizaron 25, las mismas que fueron seleccionadas por ser comunes y que caracterizan a los grupos socioeconómicos encontrados para las cinco ciudades de estudio y que constó de 6 dimensiones (vivienda, educación, económica, bienes, tecnología, hábitos de consumo). Al final del estudio se llegó a dividir en 5 grupos o estratos socioeconómicos: puntaje A de 845 a 1000 puntos, B de 696 a 845 puntos, C+ de 535 a 696 puntos, C- de 316 a 535 puntos D de 0 a 316 puntos (INEC, 2011), el cual fue utilizado en el estudio para estimar las condiciones de vida de los adolescentes.

Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se utilizará matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16, con la respectiva licencia dada hacia la Universidad Nacional de Loja, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los

instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

5.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación fue necesario la participación de los adolescentes de los Colegios en estudio; a partir de un documento de asentimiento y consentimiento informado (ver Anexos).

Se considerará los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Se informará al participante sobre los objetivos del estudio, su duración, los beneficios del mismo para él y su familia y la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo considere.

5.11. PROCEDIMIENTO

- **Fase de Inicio**

A través de la solicitud dirigida al rector del establecimiento educativo y bajo su respectiva autorización, se realizó una prueba piloto aplicada a través de una encuesta a 30 estudiantes del bachillerato de un establecimiento educativo de la Ciudad de Loja.

En la encuesta se utilizó variables sociodemográficas, condiciones socioeconómicas, el test de funcionalidad familiar (FFSIL) y el test de actitudes alimentarias (EAT26).

Se realizó el libro de códigos en software de Excel 2010, colocando las etiquetas y las variables utilizadas; y se comenzó a subir los resultados de la encuesta.

Como primera instancia se realizaron las siguientes operaciones:

Para el análisis no se consideró los datos generales del instrumento aplicado, sino únicamente las variables útiles (ítems) de cada investigación.

Se obtuvo la suma total de todas las variables útiles.

Se realizó un análisis de varianza entre todos los ítems y el total.

Se procedió al análisis de Confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach.

Al análisis de confiabilidad del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,814 para el test de actitudes alimentarias y un alfa de Cronbach de 0,913

para el test de funcionalidad familiar, considerándose con una buena consistencia interna y los test fueron aptos para la aplicación en la muestra correspondiente.

Por último, se realizó la Validez del constructo a través de la Reducción de dimensiones:

Se utilizó las 4 dimensiones identificadas según Constaín (2014) en el estudio de “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” a través del análisis factorial. La estructura factorial de la matriz de correlación identificó 4 factores. Los dominios que emergieron fueron: a) bulimia: 6 ítems; b) dieta: 6 ítems; c) preocupación por la comida: 7 ítems, y d) control oral: 5 ítems. La confiabilidad por subescala fue más alta en BN (89,1%), seguida por dieta (85,7%), control oral (81,8%) y preocupación por la comida (75,6%) con una confiabilidad de todo el test de 92,1 (Constaín, 2014).

En esta etapa se conformó 5 grupos de trabajo para facilitar la labor de campo en las provincias que conforman la zona 7 y poder cumplir con los tiempos establecidos.

- **Fase de ejecución o implementación**

Una vez establecido la validez de los test, se prosiguió a realizar el análisis para la obtención de la muestra aleatorizada y los lugares a través de estratos para los diferentes colegios de la Zona 7.

Se realizó un oficio dirigido a la Coordinación Zonal de Educación para la respectiva autorización para el presente estudio en los Colegios de las tres Provincias del Ecuador.

Una vez leído, aceptado y firmado el asentimiento de los participantes y consentimiento informado de los padres o representante legal se inicia la explicación de que se trata la investigación garantizando el anonimato y confidencialidad a los estudiantes y cuya información será para fines estadísticos,

Se continuó luego con la aplicación de los test auto llenados FFSIL, EAT26 y la encuesta socioeconómica, a los estudiantes de los diferentes establecimientos educativos tanto públicos como privados, para posteriormente organizar y analizar la información.

- **Fase de análisis**

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v16, con la licencia y autorización respectiva, a través de la Universidad Nacional de Loja.

Para describir las características demográficas y socioeconómicas de la población de estudio se utilizó la estadística descriptiva (análisis uni-variado) a través de frecuencias, porcentajes, media, mediana y desviación estándar.

Se identificó la prevalencia y su intervalo de confianza, por sexo, por edad, por condición socioeconómica, por tipología familiar, nivel que cursa, a los estudiantes con riesgo de TCA y funcionalidad familiar.

A través de tablas de contingencia (análisis bi-variado) se determinó la asociación de variables y el análisis de significancia estadística al relacionar la funcionalidad y disfuncionalidad familiar con el riesgo o no de TCA, y de sus distintas dimensiones, tomando como puntaje significativo del chi-cuadrado de Pearson y χ^2 Cramer aquellos puntajes de P inferiores a 0.05, además se utilizó el Odd Ratio y riesgo relativo, con su intervalos de confianza del 95%, para identificar el riesgo a presentar TCA.

Durante el análisis se excluyó de la muestra total a un estudiante por el llenado incorrecto del test.

6. Resultados

Cuadro 1. Condiciones sociodemográficas según las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria (TCA).

| Variables | Frecuencia de TCA | Población Total | Prevalencia de TCA | Intervalo de Confianza al 95% | | |
|---------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|-----------------|--|
| | | | | Límite Inferior | Límite Superior | |
| Edad del Adolescente | | | | | | |
| 15 años | 47 | 170 | 27,6 | 21,5 | 34,8 | |
| 16 años | 72 | 294 | 24,5 | 19,9 | 29,7 | |
| 17 años | 67 | 279 | 24,0 | 19,4 | 29,4 | |
| 18 años | 37 | 150 | 24,7 | 18,4 | 32,2 | |
| 19 años | 20 | 66 | 30,3 | 20,5 | 42,3 | |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Año escolar | | | | | | |
| Primero de bachillerato | 80 | 283 | 28,3 | 23,3 | 33,8 | |
| Segundo de bachillerato | 76 | 295 | 25,8 | 21,1 | 31,1 | |
| Tercero de bachillerato | 87 | 381 | 22,8 | 18,9 | 27,3 | |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Sexo | | | | | | |
| Hombre | 104 | 494 | 21,1 | 17,7 | 24,9 | |
| Mujer | 139 | 465 | 29,9 | 25,9 | 34,2 | |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Sector | | | | | | |
| Urbano | 215 | 824 | 26,1 | 23,2 | 29,2 | |
| Rural | 28 | 135 | 20,7 | 14,7 | 28,4 | |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Provincia | | | | | | |
| Loja | 76 | 321 | 23,7 | 19,3 | 28,6 | |
| Zamora | 81 | 315 | 25,7 | 21,2 | 30,8 | |
| El Oro | 86 | 323 | 26,6 | 22,1 | 31,7 | |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Condición socioeconómica | | | | | | |
| Condición de vida baja | 97 | 463 | 21,0 | 17,5 | 24,9 | |
| Condición de vida alta | 146 | 496 | 29,4 | 25,6 | 33,6 | |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

Es importante establecer la relación entre las categorías de sexo, en donde la prevalencia mayor se encuentra en las mujeres (29,9%); en el contexto de condiciones la prevalencia con mayor proporción se halla en la categoría de vida alta (29,4%), estas dos relaciones tienen diferencia estadística significativa al no contenerse o entrecruzarse entre los límites de confianza.

Cuadro 2. Caracterización demográfica de los adolescentes con conductas de riesgo para trastornos alimentarios.

| Cantones | Frecuencia | Población | | Tasa Por mil | Cuartil |
|----------------------|------------|-----------|--|--------------|---------|
| | | Total | | | |
| Balsas | 3 | 7 | | 428,6 | Q4 |
| Gonzanama | 1 | 3 | | 333,3 | Q4 |
| Pasaje | 2 | 6 | | 333,3 | Q4 |
| Saraguro | 8 | 24 | | 333,3 | Q4 |
| Zamora | 33 | 106 | | 311,3 | Q4 |
| Machala | 58 | 194 | | 299,0 | Q3 |
| Yanzatza | 22 | 86 | | 255,8 | Q3 |
| Loja | 44 | 180 | | 244,4 | Q3 |
| Chinchipe | 19 | 78 | | 243,6 | Q2 |
| Macara | 21 | 87 | | 241,4 | Q2 |
| Marcabelí | 6 | 25 | | 240,0 | Q2 |
| Zaruma | 12 | 53 | | 226,4 | Q2 |
| Centinela del Condor | 7 | 45 | | 155,6 | Q2 |
| El Guabo | 5 | 35 | | 142,9 | Q1 |
| Calvas | 2 | 27 | | 74,1 | Q1 |
| Las Lajas | 0 | 1 | | 0,0 | Q1 |
| Portovelo | 0 | 1 | | 0,0 | Q1 |
| Santa Rosa | 0 | 1 | | 0,0 | Q1 |
| Total | 243 | 959 | | 253,4 | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

Por medio de los cuartiles se puede apreciar que más prevalencia existe en los cantones de Balsas, Gonzanama, Pasaje, Saraguro y Zamora, que corresponden al cuarto cuartil, para presentar riesgo para TCA y en donde se debería poner más atención para profundizar en posteriores estudios de TCA y para su debido abordaje diagnóstico, clínico y terapéutico.

Cuadro 3. Conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarios según la tipología familiar.

| Variables | Frecuencia de TCA | Población Total | Prevalencia de TCA | Intervalo de confianza al 95% | |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| Por número de integrantes | | | | | |
| Pequeña | 38 | 146 | 26,0 | 19,6 | 33,7 |
| Mediana | 166 | 627 | 26,5 | 23,2 | 30,1 |
| Grande | 39 | 186 | 21,0 | 15,7 | 27,4 |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 |
| Ontogénesis | | | | | |
| Nuclear | 166 | 694 | 23,9 | 20,9 | 27,2 |
| Extensa | 64 | 219 | 29,2 | 23,6 | 35,6 |
| Ampliada | 13 | 46 | 28,3 | 17,2 | 42,7 |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 |
| Subcategoría familiar | | | | | |
| Monoparental | 54 | 233 | 23,2 | 18,2 | 29,0 |
| Biparental | 150 | 569 | 26,4 | 22,9 | 30,1 |
| Padres ausentes | 23 | 85 | 27,1 | 18,7 | 37,4 |
| Reconstituida | 16 | 72 | 22,2 | 14,1 | 33,2 |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 |
| Funcionalidad familiar | | | | | |
| Severamente disfuncional | 21 | 71 | 29,6 | 20,2 | 41,1 |
| Disfuncional | 45 | 227 | 19,8 | 15,1 | 25,5 |
| Moderadamente funcional | 96 | 424 | 22,6 | 18,9 | 26,9 |
| Funcional | 81 | 237 | 34,2 | 28,4 | 40,4 |
| Total | 243 | 959 | 25,3 | 22,7 | 28,2 |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

En consideración a la tipología familiar y el riesgo de TCA, existe mayor prevalencia en las familias medianas (26,5%), también en las familias extensas (29,2%), de padres ausentes (27,1%) y además hay mayor proporción en las familias funcionales (34,2%), pero que no hay una significancia estadística al entrecruzarse los límites de confianza.

Cuadro 4. Dimensiones de las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria.

| Variables | Frecuencia de TCA | Población Total | Prevalencia | Intervalo de Confianza al 95% | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| Riesgo Bulimia | | | | | |
| Alta | 12 | 16 | 75,0 | 50,0 | 90,3 |
| Baja | 231 | 904 | 25,6 | 22,8 | 28,5 |
| Total | 243 | 920 | 26,4 | 23,7 | 29,4 |
| Alteración en dieta | | | | | |
| Alta | 14 | 19 | 73,7 | 50,9 | 88,5 |
| Baja | 229 | 906 | 25,3 | 22,6 | 28,2 |
| Total | 243 | 925 | 26,3 | 23,5 | 29,2 |
| Preocupación por comida | | | | | |
| Alta | 22 | 27 | 81,5 | 62,8 | 92,3 |
| Baja | 221 | 888 | 24,9 | 22,7 | 27,8 |
| Total | 243 | 915 | 26,6 | 23,8 | 29,5 |
| Alteración control oral | | | | | |
| Alta | 27 | 34 | 79,4 | 62,9 | 90 |
| Baja | 216 | 895 | 24,1 | 21,4 | 27 |
| Total | 243 | 929 | 26,2 | 23,4 | 29,1 |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

Se aprecia que los 243 casos de riesgo para TCA, existe mayor prevalencia en las dimensión con alta preocupación por la comida (81,5%), seguida de alta alteración en el control oral (79,4%), alto riesgo de bulimia (75%) y con alta alteración en la dieta (73,7 %).

Cuadro 5. Dimensiones de la funcionalidad familiar y conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias.

| Dimensiones | Frecuencia de TCA | Población Total | Prevalencia | Intervalo de Confianza al 95% | | |
|----------------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|-----------------|--|
| | | | | Límite Inferior | Límite Superior | |
| Cohesión | | | | | | |
| Baja | 81 | 343,0 | 23,6 | 19,4 | 28,4 | |
| Alta | 160 | 609,0 | 26,3 | 22,9 | 29,9 | |
| Total | 241 | 952,0 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Armonía | | | | | | |
| Baja | 88 | 382 | 23,0 | 19,1 | 27,5 | |
| Alta | 155 | 576 | 26,9 | 23,4 | 30,7 | |
| Total | 243 | 958 | 25,4 | 22,7 | 28,2 | |
| Comunicación | | | | | | |
| Baja | 93 | 445 | 20,9 | 17,4 | 24,9 | |
| Alta | 143 | 488 | 29,3 | 25,4 | 33,5 | |
| Total | 236 | 933 | 25,3 | 22,3 | 27,9 | |
| Adaptabilidad | | | | | | |
| Baja | 93 | 422 | 22,0 | 18,3 | 26,2 | |
| Alta | 148 | 529 | 28,0 | 24,3 | 32,0 | |
| Total | 241 | 951 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Afectividad | | | | | | |
| Baja | 67 | 289 | 23,2 | 18,7 | 28,4 | |
| Alta | 175 | 658 | 26,6 | 23,4 | 30,1 | |
| Total | 242 | 947 | 25,6 | 22,9 | 28,4 | |
| Roles | | | | | | |
| Bajo cumplimiento | 84 | 368 | 22,8 | 18,8 | 27,4 | |
| Alto cumplimiento | 155 | 575 | 27,0 | 23,5 | 30,7 | |
| Total | 239 | 943 | 25,3 | 22,7 | 28,2 | |
| Permeabilidad | | | | | | |
| Baja | 130 | 546 | 23,8 | 20,4 | 27,6 | |
| Alta | 111 | 398 | 27,9 | 23,7 | 32,5 | |
| Total | 241 | 944 | 25,5 | 22,8 | 28,4 | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

Se evidencia que de las siete dimensiones de la funcionalidad familiar, la baja comunicación tiene significancia estadística al no cruzarse entre los intervalos de confianza, con una prevalencia de 20,9%, mientras que la mayor prevalencia corresponde a la baja permeabilidad familiar (23,8%), pero no existe significancia estadística.

Cuadro 6. Tabla de contingencia del análisis inferencial de riesgo de funcionalidad familiar y conducta de riesgo para trastornos de conducta Alimentaria.

| Variables | Riesgo de TCA | | Total | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------|------|
| | Con riesgo de TCA | Sin riesgo de TCA | | |
| Funcionalidad Familiar | Disfuncional | 25,6% | 74,4% | 100% |
| | Funcional | 30,2% | 69,8% | 100% |
| Total | | 28,8% | 71,2% | 100% |

| Chi2 | P | V de Cramer | Odd Ratio | Intervalo de Confianza al 95% | |
|--------------|-------|-------------|-----------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| 1,829 | 0,176 | 0,047 | 0,796 | 0,572 | 1.108 |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

En el análisis de los 243 casos de riesgo para TCA, se tiene un menor porcentaje en los adolescentes de familias disfuncionales (25,6%) en relación con los adolescentes que provienen de familias funcionales (30,2%), lo cual determina una relación directamente proporcional en el riesgo de TCA; el análisis no es estadísticamente significativo, con un valor de Chi cuadrado (1,829) a 1 grado de libertad y el valor de $p > 0,05$ (0,176), lo cual es inferior al valor de Chi cuadrado tabulado (3,84); en cuanto a la fuerza entre variables la razón de ventajas es nula, no existe relación estadística significativa.

Cuadro 7. Análisis bi-variado entre las dimensiones de la Funcionalidad Familiar y el riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria.

| Variables | Chi2 | P | V de Cramer | Odd Ratio | Intervalo de confianza al 95% | |
|--------------------------------------|-------|-------|-------------|-----------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| Cohesión y Riesgo de TCA. | 0,727 | 0,394 | 0,029 | 0,872 | 0,637 | 1,195 |
| Armonía y Riesgo de TCA. | 0,920 | 0,337 | 0,033 | 0,860 | 0,632 | 1,171 |
| Adaptabilidad y Riesgo de TCA | 4,246 | 0,039 | 0,071 | 0,726 | 0,535 | 0,985 |
| Afectividad y Riesgo de TCA | 0,470 | 0,493 | 0,024 | 0,890 | 0,639 | 1,241 |
| Roles y Riesgo de TCA. | 1,834 | 0,176 | 0,047 | 0,806 | 0,59 | 1,102 |
| Permeabilidad y Riesgo de TCA | 2,529 | 0,112 | 0,055 | 0,783 | 0,579 | 1,059 |
| Comunicación y Riesgo de TCA | 8,329 | 0,004 | 0,101 | 0,637 | 0,469 | 0,866 |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

En cuanto al análisis de las dimensiones de la funcionalidad familiar y el riesgo para TCA, existen dos categorías: la adaptabilidad y la comunicación, que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$); En cuanto a la razón de ventajas u oportunidad, al analizar la dimensión adaptabilidad y conductas de riesgo para TCA se tiene que existe el 72,6% de probabilidades de que los expuestos varíen en su adaptabilidad en relación al riesgo de TCA, esto se constituye en un factor protección; mientras que la razón de oportunidades, en la dimensión de comunicación y conductas de riesgo para TCA, existe el 63,7% de probabilidades de que los expuestos varíen en su comunicación familiar en relación al riesgo de TCA, constituyendo un factor protector.

Cuadro 7.1 Tabla de contingencia adaptabilidad y conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria.

| % dentro de Adaptabilidad | | Riesgo de TCA | | Total |
|---------------------------|------|-------------------|-------------------|--------|
| | | Con riesgo de TCA | Sin riesgo de TCA | |
| Adaptabilidad | Baja | 25,1% | 74,9% | 100,0% |
| | Alta | 31,6% | 68,4% | 100,0% |
| Total | | 28,8% | 71,2% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

En el análisis de los 243 casos de conductas de riesgo para TCA, se tiene un menor porcentaje en los adolescentes con baja adaptabilidad (25,1%) en relación con los adolescentes que tienen alta adaptabilidad (31,6%), lo cual determina una relación directamente proporcional en el riesgo de TCA.

Cuadro 7.2 Tabla de contingencia Comunicación y riesgo de TCA

| % dentro de Comunicación | | Riesgo de TCA | | Total |
|--------------------------|------|-------------------|-------------------|--------|
| | | Con riesgo de TCA | Sin riesgo de TCA | |
| Comunicación | Baja | 23,8% | 76,2% | 100,0% |
| | Alta | 32,9% | 67,1% | 100,0% |
| Total | | 28,6% | 71,4% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.
Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

En el análisis de los 243 casos de conductas de riesgo para TCA, se tiene un menor porcentaje en los adolescentes con baja comunicación (23,8%) en relación con los adolescentes que tienen alta adaptabilidad (32,9%), lo cual determina una relación directamente proporcional en el riesgo de TCA.

Cuadro 8. Análisis bi-variado entre funcionalidad familiar y las dimensiones de las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias.

| Variables | Chi2 | P | V de Cramer | Odd Ratio | Intervalo de confianza 95% | |
|--|--------|-------|-------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| Funcionalidad familiar y bulimia. | 2,719 | 0,099 | 0,054 | 2,252 | 0,837 | 6,061 |
| Funcionalidad familiar y alteración en la dieta | 2,079 | 0,149 | 0,047 | 0,413 | 0,119 | 1,428 |
| Funcionalidad familiar y preocupación por la comida. | 5,989 | 0,010 | 0,081 | 2,532 | 1,174 | 5,46 |
| Funcionalidad familiar y control oral. | 10,432 | 0,001 | 0,106 | 2,979 | 1,491 | 5,951 |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e Interpretación:

Existen dos categorías que son estadísticamente significativas ($p < 0,05$), preocupación por la comida y control oral (0,010 y 0,001 respectivamente). En cuanto a la razón de ventajas u oportunidad, al analizar la dimensión de preocupación por la comida y funcionalidad familiar se tiene que existe 1,5 veces de probabilidades de que los expuestos varíen en su adaptabilidad en relación a las conductas de riesgo para TCA, esto se constituye en un factor de riesgo; mientras que la razón de oportunidades, en la dimensión de control oral y funcionalidad familiar, existe 1,9 veces de probabilidades de que los expuestos varíen en su comunicación familiar en relación a las conductas de riesgo para TCA, constituyendo un factor de riesgo.

Cuadro 9. Variables Intervinientes de tipología familiar, funcionalidad familiar y trastornos de conducta alimentarias.

| Variables Intervinientes | Chi2 | P | V de Cramer | Odd Ratio | Intervalo de confianza 95% | |
|--|-------|-------|-------------|-----------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite Inferior | Límite Superior |
| Familia pequeña/Funcionalidad Familiar/Riesgo TCA | 1.730 | 0.188 | 0.116 | 0.563 | 0.237 | 1.334 |
| Familia mediana/Funcionalidad Familiar/Riesgo TCA | 0.285 | 0.593 | 0.023 | 0.895 | 0.956 | 1.344 |
| Familia grande/Funcionalidad Familiar/Riesgo TCA | 0.507 | 0.476 | 0,055 | 0.757 | 0.350 | 1.633 |
| Familia Nuclear/Funcionalidad Familiar/Riesgo TCA | 1.335 | 0.248 | 0.047 | 0.791 | 0.531 | 1.178 |
| Familia Extensa/Funcionalidad Familiar/Riesgo TCA | 0.106 | 0.744 | 0.024 | 0.899 | 0.472 | 1.710 |
| Familia Ampliada/Funcionalidad Familiar/Riesgo de TCA | 1.418 | 0.234 | 0.188 | 0.364 | 0.066 | 2.002 |
| Familia Monoparental/Funcionalidad Familiar/Riesgo de TCA | 5.777 | 0.010 | 0.17 | 0.399 | 0.186 | 0.857 |
| Familia Biparental/Funcionalidad Familiar/Riesgo de TCA | 0.080 | 0.777 | 0.013 | 0.941 | 0.616 | 1.436 |
| Familia con Padres Ausentes/Funcionalidad Familiar/Riesgo de TCA | 0.134 | 0.715 | 0.043 | 1.210 | 0.435 | 3.367 |
| Familia Reconstituida/Funcionalidad Familiar/Riesgo de TCA | 0.092 | 0.761 | 0.038 | 0.829 | 0.247 | 2.783 |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Análisis e interpretación:

Se identificó relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las familias monoparentales. En cuanto a la razón de ventajas, existe el 39,9% probabilidades de que los adolescentes que conviven con uno solo de los padres y con familia disfuncional presenten conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria.

7. Discusión

Se ha realizado un estudio en los adolescentes de bachillerato en edades comprendidas de 15 a 19 años, en esta investigación se identificó una prevalencia general de 25,30%, superior a la encontrada en el estudio de Silva (2014), con 13,70%, estudio realizado en estudiantes del último año de secundaria en Argentina; así mismo, en comparación con el 18,4% de la población femenina de Medellín - Colombia (Constaín et al., 2014), esta variación porcentual de la prevalencia, se puede explicar por el subdiagnóstico de TCA, pues, existen pocos estudios en población en general y los estadísticos se basan en registros de casos en poblaciones clínicas (hospitalizados, en tratamiento psiquiátrico, entre otros); además, no se pueden hacer relaciones de las estadísticas actuales con las anteriores, porque se carece de estudios epidemiológicamente adecuados y correctos.

Otro punto importante, es el cambio constante de los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psicología, el mismo que permite el diagnóstico de un mayor número de casos; así mismo, anteriormente no se realizaba seguimiento o valoración a estos pacientes desde la psiquiatría, los reingresos por complicaciones o casos graves pueden sesgar la elevada frecuencia, la sobrevaloración médica de incluir pacientes de TCA que en épocas anteriores no se correspondían o se diagnosticaban con otras enfermedades, el mayor número de personal preparado en TCA, también puede elevar el número de casos diagnosticados. En conclusión, al momento no existe estadísticos claros de esta patología (Calado, 2011).

En este contexto, hay que tomar en cuenta la utilización del punto de cohorte del test para investigar conductas de riesgo de TCA, muchos autores en estudios similares han utilizado el punto de corte de 20 (88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad) propuesto por los autores de la versión original (Garner et al., 1982); pero tiene baja sensibilidad y alta especificidad, similar a la versión validada española con sensibilidad de 91% y especificidad de 69% (Castro, 1991). En otros estudios se han hallado valores reportados en adolescentes madrileñas (Sensibilidad 90%, Especificidad 75%) y omaníes (Sensibilidad 64%, Especificidad 38%) con un punto de corte de 10; en griegas (Sensibilidad 40%, Especificidad 84%) con punto de corte de 20; en gallegas (Sensibilidad 26%, Especificidad 95%) con un punto de corte de 23, lo que corrobora que al ampliar el punto de corte reduce la sensibilidad pero incrementa la especificidad. Sin embargo, con un punto de corte igual o mayor a 11 se mejora la precisión diagnóstica (sensibilidad del 100% y una especificidad del 85%) con reducción de los falsos positivos, por lo que este instrumento sería útil para atención primaria como cribado de riesgo para TCA y así poder derivar para su mejor evaluación, confirmación diagnóstica y de tratamiento especializado correspondiente (Constaín et al., 2014), razón por la cual en el presente trabajo de investigación se utilizó el punto de cohorte de 11.

En el estudio se identificó que la edad media es de 17 años, con una mayor prevalencia a los 19 años (30,3%), con representación mayor en mujeres

similar como la describe la literatura en otros estudios (Silva, 2014) (Jesús, Sánchez, & Jáuregui, 2015).

Existe una prevalencia de 29,4% (IC 95%, LCI 25,6 – LCs 33,6) en la condición de vida alta, pero al hacer un análisis bivariado existe significancia estadística en la condición de vida baja ($P < 0,05$); para presentar riesgo para TCA, que se rechaza con el estudio que según Fandiño (2007), se describe mayor riesgo en la clase media y clase media alta para presentar TCA (Fandiño & Giraldo, 2007). Hay estudios actuales que describen que no existe relación en el tipo de condición socioeconómica para presentar TCA (Benjet et al., 2012), por lo que se debería continuar haciendo estudios para identificar estas variaciones en la condición socioeconómica de la población en estudio.

Existen factores estresantes que pueden provocar riesgo para TCA, entre los cuales se encuentran la familia con padres ausentes o separación de uno de ellos, en el estudio se pudo identificar mayor prevalencia en familias con 4 a 6 integrantes (26,5%), familias formadas por padres, hijos y otras personas no consanguíneas (29,2%), con padres ausentes (27,1%), sin ser significativo. Similares resultados se encontraron en el estudio que según Borda (2015), cuando en el 30,9% hay pérdidas de un familiar y el 28,9% separación de los padres, pero, estas variables no mostraron significancia estadística (Borda, 2015) (Olivia et al., 2013).

Al realizar tablas de contingencia con las dimensiones de funcionalidad familiar, se identificó la presencia de baja comunicación y baja adaptabilidad con significancia estadística ($p < 0,05$; V de Cramer baja dependencia entre variables), que pudiera explicar en parte el riesgo para presentar trastornos de conducta alimentaria, comparables con estudios que según Jesús (2015) y Oliva (2013), en donde se identificó a personas con bulimia nerviosa, que presentaban bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad y un alto conflicto; mientras que la anorexia nerviosa manifestada en una familia rígida con conflictos de comunicación, y en los pacientes con trastornos de conducta no especificado, presentaban menos adaptabilidad y baja expresión emocional (Jesús et al., 2015) (Olivia et al., 2013) (Sainos-López DG, Sánchez-Morales MT & E, 2015) (Fernández et al., 2015).

Al realizar la asociación entre las dimensiones de los trastornos de conducta alimentario y funcionalidad familiar se evidencia que las familias con disfunción familiar presentan preocupación por la comida y bajo control oral ($P < 0,05$), comparable con las alteraciones encontradas en la alimentación, en el estudio según Borda (2015) se observó tendencia a la asociación con saltar comidas, con frecuencia a consumir tres comidas y picar, emplear diuréticos o laxantes para bajar de peso, con significancia estadística ($P < 0,05$) (Borda, 2015) (Jesús, 2015).

En esta investigación estudio no se identificó una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria, por lo que, se debería realizar estudios donde se identifiquen otros factores familiares que incidan con el riesgo para presentar

TCA, como la relación madre e hija, en donde, se ha encontrado peores relaciones con sus hijas y mala relación con sus propias madres. Se reconoce igualmente que en las relaciones padre e hija donde existen casos de perfeccionismo y las altas expectativas, insatisfacción familiar, rechazo paterno, percepción hacia los padres como distantes y molestos, quizá se debe a que los padres tienen menor percepción sobre las necesidades emocionales y menos dispuestos a reconocer las necesidades de sostén y consuelo, adjuntándose el poco estudio de estos tipos de relaciones (Olivia et al., 2013).

Además, se ha identificado alteraciones en los hábitos alimentarios dentro del hogar, como la práctica de saltar comidas con frecuencia, de consumir tres comidas y picar, y de ingerir tres comidas, respectivamente, genera un riesgo 6, 3 y 2,8 veces ($p=0.02$, $p=0.02$ y $p=0.03$) la probabilidad de desarrollar trastornos alimentarios como la bulimia; finalmente, trastornos nutricionales como el sobrepeso tienen 3 veces ($p=0.011$) más la probabilidad de desarrollar trastornos alimentarios.

Finalmente se en el presente trabajo de investigación se acepta la hipótesis nula (1), en donde la funcionalidad familiar no se relaciona con las conductas de riesgo para presentar trastornos alimentarios en los adolescentes del nivel bachillerato de los establecimientos educativos de la Zona 7, mientras que se acepta la hipótesis alterna (2): las dimensiones de la funcionalidad familiar se relaciona con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias.

8. Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones finales:

- No existe relación entre el diagnóstico la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo presentar Trastornos de Conducta Alimentaria en los adolescentes de la zona 7.
- En cuanto a las condiciones sociodemográficas, es más frecuente en las adolescentes mujeres, de condición de vida baja y en edad promedio de 17 años, que pertenecen a familias monoparentales.
- Las dimensiones afectadas en la funcionalidad familiar para presentar Trastornos de Conducta Alimentaria son la comunicación y la adaptabilidad familiar.
- Las dimensiones afectadas en los Trastornos de Conducta Alimentaria para relacionarse con la familia disfuncional son el control oral y preocupación por la comida.

9. Recomendaciones

De acuerdo a los procesos implementados y a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda:

- Continuar realizando otros estudios que involucren la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria, para corroborar que la dinámica familiar es un factor importante en la génesis de esta patología.
- Identificar en atención primaria las condiciones sociodemográficas de riesgo en los adolescentes para presentar conductas de riesgo de trastornos de alimentación y realizar su oportuno seguimiento y diagnóstico.
- Determinar la perspectiva de la funcionalidad familiar del adolescente en su hogar, para identificar alteraciones en las dimensiones del mismo y poner en marcha planes de intervención en la familia, que eviten en el adolescentes riesgo para presentar alteraciones sociales, psicológicas y físicas en su desarrollo hacia la etapa adulta.
- Difundir el uso del test EAT26 para el cribado de conducta de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en atención primaria, detectando posibles conductas de riesgo para TCA y poder realizar su respectiva referencia, para el diagnóstico y tratamiento especializado.

10. Revisión bibliográfica

Álvarez-Fray, G. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos.

Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia, ALUBA, (2016), Recuperado de <http://aluba.org.ar/tag/trastornos-alimentarios/>.

Asociación Americana Psicología, D. 5. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (E. M. Panamericana, Ed.). Trastornos de Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos; 329-354.

Behar Astudillo, R. (2012). Perspectiva evolucionista de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 517–523. Recuperado de <http://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400015>.

Baker, J. Thornton, L, Bulik, C. (2012). Shared Genetic Effects Between Age at Menarche and Disordered Eating. *Journal of Adolescent Health*, 51, 491–496. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.02.013>.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483–490.

Betancourt, L., Rodríguez, M., & Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo , patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261–276.

Borda Pérez Mariela, Celemín Nieto Adriana, Celemín Nieto Andrea, Palacio Leonardo, Majul Fajid, (2015), Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia), *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*; 31 (1): 36-52.

Calado, M. (2011). Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 13(4), 5–9.

Chaulet, S., Riquin É., Avarello G., Malka J., Duverger P., (2015), Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente, *EMC – Pediatría*; 50(3):1-25; Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789\(15\)72932-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1245-1789(15)72932-X).

Claes, L., & Mitchell, J. E. (2012). Out of Control ? Inhibition Processes in Eating Disorders from a Personality and Cognitive Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 407–414. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/eat.20966>

Diemer, E. W., Grant, J. D., Ph, D., Munn-chernoff, M. A., Ph, D., Patterson, D. A., Ph, D. (2015). Gender Identity , Sexual Orientation , and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *Journal of Adolescent Health*, 57, 144–149.

Fandiño, A., & Giraldo, S. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Medica*, 38, 344–351.

Fernández Ruiz, M., Masjuan, N., Costa Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento Familiar y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo; *Ciencias Psicológicas* 9(2): 153 – 162.

Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769–782. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.001>

Frederique, S., Daphne, V. H., & Hans, H. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *CURRENT PSYCHIATRY REPORTS*, 14(4), 406–414. Recuperado de <http://doi.org/10.1007/s11920>.

Gaete, M.-V., Lopez, C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes y Jóvenes. *Revista Médica Clínica*, 23(5), 566–578.

Gaete Verónica (2015), Desarrollo psicosocial del adolescente, *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6):436---443.

Garner et al. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Garner, D. M. (2004a). Eating Attitudes Test (EAT-26). Recuperado el 15 de marzo de 2016 desde <http://www.eat-26.com/downloads.php>.

Garza, T. (2009). Trabajo con Familias. ISBN 978-607-433-144-8, 1-362.

Greenberg, S. T., & Schoen, E. G. (2008). Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder Recovery. *American Psychological Association*, 39(4), 464–471. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.464>.

González, Garcia & Martinez, R. (2013). Valoración de la Imágen Corporal y de los Comportamientos alimentarios en Universitarios. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 18, 45–59. Retrieved from www.aepep.net

Haley, C. C., H, M. P., Hedberg, K., H, M. P., Leman, R. F., & D, M. (2010). Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk? *Journal of Adolescent Health*, 47, 102–105. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.023>.

Hernandez Sampieri, R. (2010). Metodología de la Investigación.

Homma, Y., Beaulieu-prévost, D., Rose, H. A., & Scd, M. E. E. (2014). TRENDS IN DISORDERED EATING BY SEXUAL ORIENTATION IN WESTERN CANADA.

Journal of Adolescent Health, 54(2), S56. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.125>

Hudson, J. I., Hiripi, E., Jr, H. G. P., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the national Comorbidity Survey Replication. *National Institutes of Health*, 61(3), 348–358.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2011); http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf.

Jesús, M. De, Sánchez, Á., & Jáuregui, A. (2015). Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 1–12. <http://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.002>.

Jourti, T. (2005). Conceptos Básicos para Estudio de Familias. *Archivos En Medicina Familiar*, 7, 15–19.

Kardum, I., Gra, A., & Hudek-Kneževi, J. (2008). Evolutionary explanations of eating disorders. *Psychological Topics*, 17(2), 247–263.

Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97–103. <http://doi.org/10.1002/eat.20589>.

López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo; *Revista Médica Clínica*, 22(1), 85–97. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2011/1_enero/10_PS_Lopez-12.pdf.

Louro-Bernal, I. (2002). *Manual para la Intervención en la Salud Familiar*. ISBN 9597132966; 1-41.

Mann, A. P., Phil, M., Accurso, E. C., Ph, D., Stiles-shields, C., A, M., Ph, D. (2014). Factors Associated With Substance Use in Adolescents With Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 2–7.

Mateos-Agut, M., García-Alonso, I., Sebastián-Vega, C., & Martínez-Villares, A. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 267–280.

Monge, M. C., T, M. A., Forman, S. F., D, M., Mckenzie, N. M., Rosen, D. S.,... H, M. P. (2015). Use of Psychopharmacologic Medications in Adolescents With Restrictive Eating Disorders: Analysis of Data From the National Eating Disorder Quality Improvement Collaborative. *Journal of Adolescent Health*, 57, 66–72.

Monterrosa-Castro, Á., Ruiz-Martínez, J., & Cuesta-Fernández, C. (2012). Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Ciencias Biomédicas*, 300–305.

Quintero, Ángela. (2007), *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires: Argentina: Lumen/Humanitas, 19-23.

Ochoa de Alda, Inmaculada, (1995), *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder, 23-26.

OMS/OPS. (2014). Comunicado de prensa. *Salud Mental*, 37(3), 267–269. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n3/v37n3a13.pdf>

OMS/OPS CIE 10. (2003). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de L Salud.

Ortega Veitía Teresa, De la Cuesta Freijomil Dolores, Días Retureta Caridad, Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales, *Revista Cubana de Enfermería* 1999; 15(3):164-8.

Ortiz –Laguado C., García-Jaramillo M (2013). Aspectos Claves, Familia, Corporación para Investigaciones Biológicas, Primera Edición, 3-5.

Osorio, A., & Alvarez, A. (2004). *Introducción a la Salud familiar*; 1-69.

Portela, M. L., Da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M. S., & Raich i Escursell, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria: Organo Oficial de La Sociedad Española de Nutrición Parenteral Y Enteral*, 27(2), 391–401. <http://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>

Reynalte Agueda (2010); *Disfuncionalidad Familiar*; Recuperado de <http://disfuncionalidadfamiliar-v.blogspot.com/2010/11/lectura-5-capitulo-ii.html>.

Sainos-López DG, Sánchez-Morales MT, V.-C., & E, G.-G. I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia, 6(4), 54–57.

Sánchez-Barbudo Adolfo de los Santos (2007); *Trastornos de la Conducta Alimentaria*; 5 439-456.

Santoncini, C. U., & Romo, A. C. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*; 13-16.

Salmon, C., Crawford, C., & Dane, L. (2008). Ancestral Mechanisms in Modern Environments. *Human Nature*. *Human Nature*, 19(1), 103–117.

SENPLADES. (2015). *Agenda Zonal, Zona 7 Sur 2013-2017*.

Shobana, M., & Saravanan, C. (2014). Comparative study on attitudes and psychological problems of mothers towards their children with developmental disability. *East Asian Archives of Psychiatry: Official Journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi: Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan*, 24(1), 16–22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676483>

Solorzano, M. de L., Toro, C., & Flores, O. (2001). Estudio Integral del Ser Humano y su Familia.

Unikel, C., & Go, G. (2006). Suicidal Behaviour, Risky Eating Behaviours and Psychosocial Correlates in Mexican Female Students. *European Eating Disorders Review*, 414–421.

Wade, T. D., Keski-Rahkonen A., & Hudson J. (2011). Epidemiology of eating disorders. In M. Tsuang and M. Tohen (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*; 3: 343-360).

Walker, M., Thornton, L., Ph, D., Choudhury, M. De, Ph, D., Teevan, J., Ph, D. (2015). Facebook Use and Disordered Eating in College-Aged Women. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 157–163. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.026>

11. Anexos

Anexo 1

Asentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

ASENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Te estamos invitando a participar en un proyecto de investigación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja y que pretende identificar los problemas psico afectivos de los adolescentes del ColegioTú puedes decidir si aceptas o no participar en la investigación. Si no quieres participar, no pasará nada.

Lo que harás si aceptas participar en la presente investigación es contestas unos cuestionarios dentro de tu hora académica. Si durante la aplicación de los cuestionarios decides no continuar, puedes hacerlo, si es el caso debes comunicarlo a la persona encargarla de aplicarlo.

Puedes realizar todas las preguntas que tengas sobre el proyecto de investigación y si después de que te contesten todas tus dudas decides que quieres participar, solo debes firmar en la parte inferior.

Todos los datos personales que suministres serán guardados por los investigadores y ninguna persona tendrá acceso a ellos. La información sólo será empleada para fines académicos.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombre

Firma y Cédula de identidad

Anexo 2

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Señor padre de familia.

Los estudiantes de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, estamos realizando la investigación "**Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador 2016**"

El objetivo central es determinar la relación entre diferentes problemáticas de salud del adolescente y los factores familiares en los adolescentes del bachillerato del ColegioLa misma que se realizará a través de la aplicación de formularios y test a los adolescentes.

La presente investigación no representa daño alguno para el alumno, así como costo alguno para la institución o para los padres de familia.

Es necesario recalcar que los datos recolectados serán manejados con completa confidencialidad.

Si usted está de acuerdo que su hija/o forme parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que irá en beneficio directo de los adolescentes.

Nombre

Firma y Cédula de identidad

Anexo 3
Test de Actitudes Alimentarias (EAT26)

| Preguntas | Siempre 3 | Muy a menudo 2 | A menudo 1 | Algunas veces 0 | Raramen te 0 | Nunca 0 |
|---|--------------|----------------------|------------------|-----------------------|--------------------|------------|
| Me da mucho miedo pesar demasiado: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Procura no comer aunque tenga hambre: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me preocupo mucho por la comida: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| A veces me a "tracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Corto mis alimentos en trozos pequeños: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papa, etc): | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Noto que los demás preferirían que yo comiese más: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Vómito después de haber comido | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me siento muy culpable después de comer: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me preocupa el deseo de estar más delgado (a): | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hago mucho ejercicio para quemar calorías: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hago mucho ejercicio para quemar calorías: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a): | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me preocupa la idea de tener la grasa del cuerpo: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Tardo en comer más que las otras personas: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Procuro no comer alimentos con azúcar: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Como alimentos de régimen (dieta): | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Siento que los alimentos controlan mi vida: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me controlo en las comidas: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Noto que los demás me presionan para que coma: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me siento incomodo (a) después de comer dulces: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me comprometo hacer régimen (dieta): | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Me gusta sentir el estómago vacío: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas: | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Tengo ganas de vomitar después de las comidas: | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |

Anexo 4

Test de percepción del funcionamiento familiar (FFSIL)

| PREGUNTAS | <i>Casi nunca (1 punto)</i> | <i>Pocas veces (2 puntos)</i> | <i>A veces (3 puntos)</i> | <i>Muchas veces (4 puntos)</i> | <i>Casi siempre (5 puntos)</i> |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. ¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia? | | | | | |
| 2. ¿En su casa predomina la armonía? | | | | | |
| 3. ¿En su familia cada uno cumple sus responsabilidades? | | | | | |
| 4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana? | | | | | |
| 5. ¿Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa? | | | | | |
| 6. ¿Pueden aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos? | | | | | |
| 7. ¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes? | | | | | |
| 8. ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan? | | | | | |
| 9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado? | | | | | |
| 10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones? | | | | | |
| 11. ¿Pueden conversar diversos temas sin temor? | | | | | |
| 12. ¿Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas? | | | | | |
| 13. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar? | | | | | |
| 14. ¿Se demuestran el cariño que se tienen? | | | | | |
| TOTAL: | | | | | |

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Anexo 5

Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

| Características de la Vivienda | Puntajes finales |
|---|------------------|
| 1. ¿Cuál es el tipo de vivienda? | |
| Suite de lujo | 59 |
| Cuarto(s) en casa de inquilinato | 59 |
| Departamento en casa o edificio | 59 |
| Casa/Villa | 59 |
| Mediagua | 40 |
| Rancho | 4 |
| Choza/Covacha/Otro | 0 |
| 2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de: | |
| Hormigón | 59 |
| Ladrillo o bloque | 55 |
| Adobe/Tapia | 47 |
| Caña revestida o bahareque/madera | 17 |
| Caña no revestida/Otros materiales | 0 |
| 3. El material predominante del piso de la vivienda es de: | |
| Duela, parquet, tablón o piso flotante | 48 |
| Cerámica, baldosa, vinil o marmetón | 46 |
| Ladrillo o cemento | 34 |
| Tabla sin tratar | 32 |
| Tierra/Caña/Otros materiales | 0 |
| 4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar? | |
| No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar | 0 |
| Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha | 12 |
| Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha | 24 |
| Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha | 32 |
| 5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es: | |
| No tiene | 0 |
| Letrina | 15 |
| Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada | 18 |
| Conectado a pozo ciego | 18 |
| Conectado a pozo séptico | 22 |
| Conectado a red pública de alcantarillado | 38 |
| Acceso a tecnología | Puntajes finales |
| 1. ¿Tiene este hogar servicio de internet? | |
| No | 0 |
| Si | 45 |
| 2. ¿Tiene computadora de escritorio? | |
| No | 0 |
| Si | 35 |
| 3. ¿Tiene computadora portátil? | |
| No | 0 |
| Si | 39 |
| 4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar? | |
| No tiene celular nadie en el hogar | 0 |

| | |
|--------------------------------|----|
| Tiene 1 celular | 8 |
| Tiene 2 celulares | 22 |
| Tiene 3 celulares | 32 |
| Tiene 4 o más celulares | 42 |

| Posesión de bienes | Puntajes finales |
|---|------------------|
| 1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional? | |
| No | 0 |
| Si | 19 |
| 2. ¿Tiene cocina con horno? | |
| No | 0 |
| Si | 29 |
| 3. ¿Tiene refrigeradora? | |
| No | 0 |
| Si | 30 |
| 4. ¿Tiene lavadora? | |
| No | 0 |
| Si | 18 |
| 5. ¿Tiene equipo de sonido? | |
| No | 0 |
| Si | 18 |
| 6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar? | |
| No tiene TV a color en el hogar | 0 |
| Tiene 1 TV a color | 9 |
| Tiene 2 TV a color | 23 |
| Tiene 3 o más TV a color | 34 |
| 7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene en este hogar? | |
| No tiene vehículo exclusivo para el hogar | 0 |
| Tiene 1 vehículo exclusivo | 6 |
| Tiene 2 vehículos exclusivo | 11 |
| Tiene 3 o más vehículos exclusivo | 15 |

| Hábitos de consumo | Puntajes finales |
|---|------------------|
| 1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales? | |
| No | 0 |
| Si | 6 |
| 2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses? | |
| No | 0 |
| Si | 26 |
| 3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo? | |
| No | 0 |
| Si | 27 |
| 4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social? | |
| No | 0 |
| Si | 28 |

| | |
|--|----|
| 5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo, ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses? | |
| No | 0 |
| Si | 12 |

| | |
|--|------------------|
| Nivel de Educación | Puntajes finales |
| 1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar? | |
| Sin estudios | 0 |
| Primaria incomplete | 21 |
| Primaria complete | 39 |
| Secundaria incomplete | 41 |
| Secundaria complete | 65 |
| Hasta 3 años de educación superior | 91 |
| 4 ó más años de educación superior (sin post grado) | 127 |
| Post grado | 171 |

| | |
|--|------------------|
| Actividad Económica del hogar | Puntajes finales |
| 1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro de IESS(general. Voluntario o campesino) y/o seguro del ISFFA o ISSPOL? | |
| No | 0 |
| Si | 39 |
| 2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida? | |
| No | 0 |
| Si | 55 |
| 3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar? | |
| Personal directivo de la Administración Pública y de empresas | 76 |
| Profesionales científicos e intelectuales | 69 |
| Técnicos y profesionales de nivel medio | 46 |
| Empleados de oficina | 31 |
| Trabajador de los servicios y comerciantes | 18 |
| Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros | 17 |
| Oficiales operarios y artesanos | 17 |
| Operadores de instalaciones y máquinas | 17 |
| Trabajadores no calificados | 0 |
| Fuerzas Armadas | 54 |
| Desocupados | 14 |
| Inactivos | 17 |

Según la suma de puntaje final (Umbrales),

| Grupos socioeconómicos | Umbrales |
|-------------------------------|------------------------|
| A (alto) | De 845,1 a 1000 puntos |
| B (medio alto) | De 696,1 a 845 puntos |
| C+ (medio típico) | De 535,1 a 696 puntos |
| C- (medio bajo) | De 316,1 a 535 puntos |
| D (bajo) | De 0 a 316 puntos |

Anexo 6

Operacionalización de Variables.

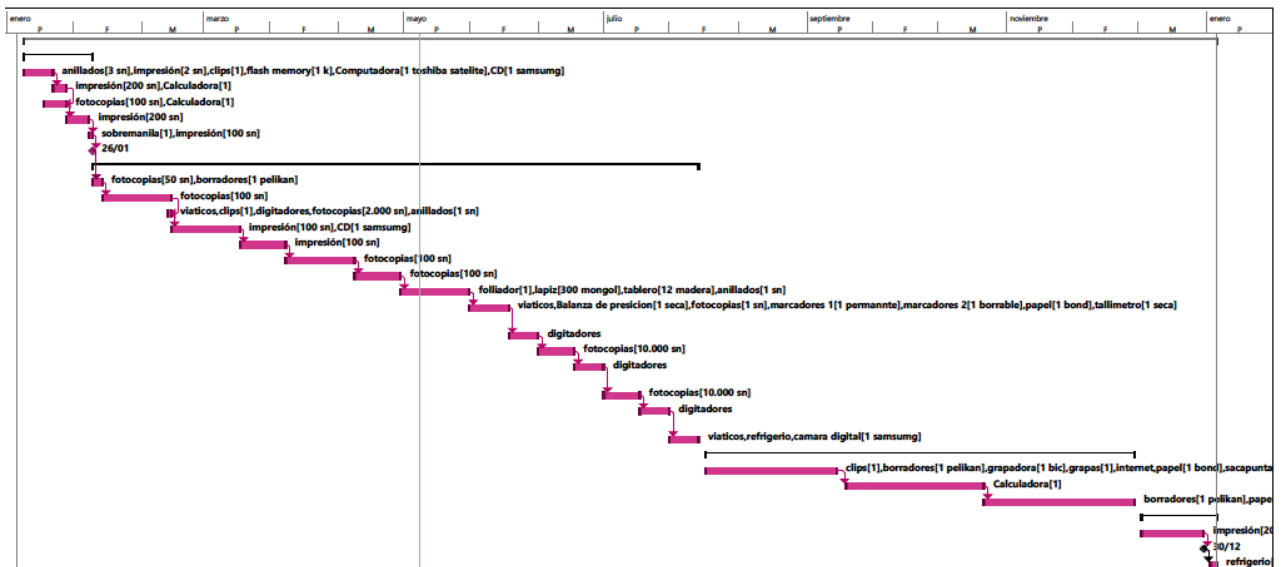
| Definición conceptual | Dimensiones | Indicador | Escala |
|--|---|--|---|
| <p>Variable independiente</p> <p>Funcionalidad Funcional: <i>Considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia.</i></p> | <p>Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de desiciones de las tareas cotidianas</p> <p>Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positive</p> <p>Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de formas clara y directa.</p> <p>Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.</p> <p>Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unas a los otros.</p> <p>Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.</p> <p>Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.</p> | <p>Preguntas 1 y 8 Test FFSIL</p> <p>Preguntas 2 y 13 Test FFSIL</p> <p>Preguntas 5 y 11 Test FFSIL</p> <p>Preguntas 7 y 12 Test FFSIL</p> <p>Preguntas 4 y 14 Test FFSIL</p> <p>Preguntas 3 y 9 Test FFSIL</p> <p>Preguntas 6 y 10 Test FFSIL</p> | <p>1. Familia Funcional</p> <p>2. Familia Moderadamente Funcional</p> <p>3. Familia Disfuncional</p> <p>4. Familia Severamente Disfuncional</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Variable dependiente.</p> <p>Trastornos de conducta alimentaria <i>Alteración o comportamiento persistente en la alimentación en relación con la alimentación que lleva a un cambio en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro de la salud física, social o psicológica.</i></p> | <p>Dieta.</p> <p>Bulimia y preocupación por la comida.</p> <p>Control oral.</p> | <p>Preguntas 1,6,7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26</p> <p>Preguntas 3, 4, 9, 18, 21, 25</p> <p>Preguntas 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20</p> | <p>Mayor de 20 puntos: riesgo de trastornos de conducta alimentaria.</p> |
| <p>Variables intervinientes.</p> <p>Sexo. <i>Atributo que define a ser hombre o ser mujer.</i></p> <p>Edad: <i>Periodo de tiempo desde el nacimiento de un ser humano hasta la presente fecha.</i></p> <p>Condiciones socioeconómicas <i>Características económicas de una población humana.</i></p> | <p>Rasgo biológico de la persona.</p> <p>Tiempo en años</p> <p>Características de la vivienda Acceso a la tecnología Posición de bienes Hábitos de consumo Nivel de educación Actividad económica del hogar</p> | <p>Cédula de identidad</p> <p>Fecha de nacimiento</p> <p>Encuesta INEC 2010, de Estratificación del Nivel Socioeconómico</p> | <p>Hombre Mujer</p> <p>15 años 16 años 17 años 18 años 19 años</p> <p>Grupos socioeconómicos: Alto: 845,1 a 1000 puntos Medio alto: 656,1 a 845 puntos Medio típico: 535,1 a 696 puntos Medio bajo: 316,1 a 535 puntos Bajo: 0 a 316 puntos.</p> |

Anexo 7

Costos

| Id | Modo de tarea | Nombre de tarea | Costo | Duración | Comienzo | Fin | Nombres de los recursos |
|----|---------------|---|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--|
| 0 | | Proyecto Adolescentes | \$5.208,61 | 253,88 días | mié 06/01/16 | mar 03/01/17 | |
| 1 | | FASE I | \$2.155,60 | 14,88 días | mié 06/01/16 | mar 26/01/16 | |
| 2 | | diseño de proyecto | \$2.018,60 | 7 días | mié 06/01/16 | jue 14/01/16 | anillados[3 sn],impresión[200 sn],Calculadora[1] |
| 3 | | Esquema de proyecto de investigacion | \$60,00 | 2 días | jue 14/01/16 | lun 18/01/16 | impresión[200 sn],Calculadora[1] |
| 4 | | busqueda de informacion | \$51,00 | 5 días | lun 11/01/16 | lun 18/01/16 | fotocopias[100 sn],Calculadora[1] |
| 5 | | Elaboracion de proyecto | \$10,00 | 5 días | lun 18/01/16 | lun 25/01/16 | impresión[200 sn] |
| 6 | | Presentacion de proyecto | \$6,00 | 1 día | lun 25/01/16 | mar 26/01/16 | sobremaniila[1],impresión[100 sn] |
| 7 | | Aprobacion de proyecto | \$10,00 | 0 días | mar 26/01/16 | mar 26/01/16 | movilizacion[\$10,00],Calculadora[1] |
| 8 | | FASE II | \$2.680,01 | 132 días | mar 26/01/16 | vie 29/07/16 | |
| 9 | | Desarrollo de proyecto | \$3,50 | 3 días | mar 26/01/16 | vie 29/01/16 | fotocopias[50 sn],borrador[1] |
| 10 | | Elaboracion de test | \$1,00 | 15 días | vie 29/01/16 | vie 19/02/16 | fotocopias[100 sn] |
| 11 | | Piloto del test | \$111,00 | 1 día | jue 18/02/16 | vie 19/02/16 | viaticos,clips[1],digitadores |
| 12 | | Validacion de test in situ | \$8,50 | 15 días | vie 19/02/16 | vie 11/03/16 | impresión[100 sn],CD[1] |
| 13 | | Reajustes del test | \$5,00 | 10 días | vie 11/03/16 | vie 25/03/16 | impresión[100 sn] |
| 14 | | Ajuste de proyecto | \$1,00 | 15 días | vie 25/03/16 | vie 15/04/16 | fotocopias[100 sn] |
| 15 | | revisión de proyecto | \$1,00 | 10 días | vie 15/04/16 | vie 29/04/16 | fotocopias[100 sn] |
| 16 | | Preparacion de logistica | \$177,00 | 15 días | vie 29/04/16 | vie 20/05/16 | folliador[1],lapiz[300 m] |
| 17 | | Organización de Recoleccion de datos Zamora | \$982,01 | 7 días | vie 20/05/16 | mié 01/06/16 | viaticos,Balanza de pesacion[1] |
| 18 | | Recoleccion de datos Zamora | \$56,00 | 7 días | mié 01/06/16 | vie 10/06/16 | digitadores |
| 19 | | Ingreso de datos Zamora | \$100,00 | 7 días | vie 10/06/16 | mar 21/06/16 | fotocopias[10.000 sn] |
| 20 | | Organización de Recoleccion de datos Loja | \$56,00 | 7 días | mar 21/06/16 | jue 30/06/16 | digitadores |
| 21 | | Recoleccion de datos Loja | \$100,00 | 7 días | jue 30/06/16 | lun 11/07/16 | fotocopias[10.000 sn] |
| 22 | | Organización de Recoleccion de datos El Oro | \$56,00 | 7 días | lun 11/07/16 | mié 20/07/16 | digitadores |
| 23 | | Recoleccion de datos El Oro | \$1.022,00 | 7 días | mié 20/07/16 | vie 29/07/16 | viaticos,refrigerio,camara digital |
| 24 | | FASE III | \$309,00 | 89,88 días | lun 01/08/16 | vie 09/12/16 | |
| 25 | | Creacion de base de datos | \$136,00 | 29 días | lun 01/08/16 | vie 09/09/16 | clips[1],borradores[1 pelikan] |
| 26 | | Analisis de base de datos | \$50,00 | 30 días | mar 13/09/16 | lun 24/10/16 | Calculadora[1] |
| 27 | | Revisión y ajustes | \$123,00 | 30 días | mar 25/10/16 | vie 09/12/16 | borradores[1 pelikan],Calculadora[1] |
| 28 | | FASE IV | \$64,00 | 16,88 días | lun 12/12/16 | mar 03/01/17 | |
| 29 | | Presentacion de trabajo final | \$18,00 | 15 días | lun 12/12/16 | vie 30/12/16 | impresión[200 sn],encuadernado |
| 30 | | Publicacion y difusion de resultados | \$30,00 | 0 días | vie 30/12/16 | vie 30/12/16 | internet[\$30,00] |
| 31 | | Sustentacion de tesis | \$16,00 | 2 días | lun 02/01/17 | mar 03/01/17 | refrigerio[50%] |



Anexo 8

Cronograma de Trabajo

| CRONOGRAMA DEL MACROPROYECTO "PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA ZONA 7 ECUADOR. | | | | | | | | |
|---|------------|-------------------|------------|---------------|--|------------|---------------------|---------|
| FECHA | HORA | PROVINCIA | CANTON | PARROQUIA | COLEGIO | MODALIDAD | NUMERO DE ENCUESTAS | TIEMPO |
| LUNES 16/05/2016 | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | SAGRARIO | COLEGIO EXPERIMENTAL SUDAMERICANO | PRESENCIAL | 27 | 2 HORA |
| | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | SAGRARIO | INSTITUTO SUPERIOR BEATRIZ CUEVA DE AYORA | PRESENCIAL | 26 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | EL VALLE | DANIEL ALVAREZ BURNEO | PRESENCIAL | 18 | 1HORA |
| | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | SAN SEBASTIAN | COLEGIO DEL MILENIO BERNARDO VALDIVIEZO | PRESENCIAL | 19 | 1 HORA |
| MARTES 17/05/2016 | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | SAGRARIO | UNIDAD EDUCATIVA VICENTE ANDA AGUIRRE | PRESENCIAL | 32 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | EL VALLE | ANTONIO PEÑA CELI | PRESENCIAL | 27 | 1 HORA |
| | 8H00-11H00 | LOJA | CARIAMANGA | CARIAMANGA | INSTITUTO CARIAMANGA | PRESENCIAL | 30 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | LOJA | CELICA | POZUL | MAXIMILIANO RODRIGUEZ | PRESENCIAL | 27 | 2HORAS |
| MIERCOLES 18/05/2016 | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | VILCABAMBA | NACIONAL MIXTO VILCABAMBA | PRESENCIAL | 30 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | LOJA | SARAGURO | SARAGURO | CELINA VIVAR | PRESENCIAL | 24 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | LOJA | MACARÁ | MACARÁ | ELOY ALFARO | PRESENCIAL | 14 | 1 HORA |
| | 8H00-1H00 | ZAMORA CHINCHIP E | YANTZAZA | YANTZAZA | JUAN XXIII | PRESENCIAL | 23 | 2 HORAS |
| JUEVES 19/05/2016 | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | CHINCHIPE | CHINCHIPE | INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR SAN FRANCISCO | PRESENCIAL | 24 | 2 HORA |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | ZAMORA | ZAMORA | 12 DE FEBRERO | PRESENCIAL | 33 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | ZAMORA | ZAMORA | MADRE BERNARDA | PRESENCIAL | 23 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | YANTZAZA | YANTZAZA | MARTHA BUCARAM | PRESENCIAL | 25 | 2 HORAS |
| VIERNES 20/05/2016 | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | CHINCHIPE | ZUMBA | TECNICO INDUSTRIAL ZUMBA | PRESENCIAL | 23 | 6 HORAS |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | YANTZAZA | YANTZAZA | PRIMERO DE MAYO | PRESENCIAL | 34 | 2 HORAS |
| SABADO 21/05/2016 | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | LOJA | ANGEL PASTRANA | DISTANCIA | 23 | 2 HORA |
| | 8H00-10H00 | LOJA | LOJA | SAN LUCAS | LEONIDAS PROAÑO | DISTANCIA | 25 | 2 HORA |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIP E | CHINCHIPE | ZUMBA | UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA ZAMORA | DISTANCIA | 27 | 2 HORAS |

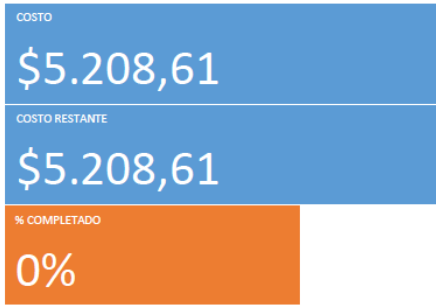
| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|---------------------|------------|-------------------|---|------------|----|------------|
| | | | | | CHINCHIPE EXT. GUARIMIZAL | | | |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIPE | PAQUIZHA | PAQUIZHA | NUEVO QUITO | DISTANCIA | 27 | 2 HORAS |
| | 14H00-16H00 | ZAMORA CHINCHIPE | PALANDA | PALANDA | UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT FATIMA | DISTANCIA | 27 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIPE | EL PANGUI | EL PANGUI | UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA EXTENSIÓN EL PANGUI | DISTANCIA | 23 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | ZAMORA CHINCHIPE | ZUMBI | ZUMBI | UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA SAN ISIDRO | DISTANCIA | 27 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | MACHALA | MACHALA | 9 DE MAYO | DISTANCIA | 22 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | SANTA ROSA | SANTA ROSA | SANTA ROSA | DISTANCIA | 21 | 2 HORAS |
| LUNES 23/05/2016 | 8H00-10H00 | EL ORO | MACHALA | MACHALA | ISMAEL PEREZ | PRESENCIAL | 12 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | MACHALA | LA PROVIDENCIA | SAGRADO CORAZON DE JESUS | PRESENCIAL | 23 | 2 HORAS |
| MARTES 24/05/2017 | 8H00-10H00 | EL ORO | MACHALA | MACHALA | 9 DE OCTUBRE | PRESENCIAL | 22 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | MACHALA | MACHALA | JUAN MONTALVO | PRESENCIAL | 30 | 3 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | MACHALA | MACHALA | JUAN ENRIQUE COELLO | PRESENCIAL | 21 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | PASAJE | PASAJE | FRANCISCO OCHOA | PRESENCIAL | 22 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | PASAJE | CASACAY | EDUARDO PAZMIÑO | PRESENCIAL | 23 | 2 HORAS |
| MIERCOLES 25/05/2018 | 8H00-10H00 | EL ORO | ARENILLAS | ARENILLAS | ARENILLAS | PRESENCIAL | 18 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | EL GUABO | EL GUABO | JOSE MARIA VELAZCO | PRESENCIAL | 50 | 4 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | PASAJE | PASAJE | CARMEN MORA | PRESENCIAL | 30 | 3 HORAS |
| JUEVES 26/05/2016 | 8H00-10H00 | EL ORO | ZARUMA | ZARUMA | 26 DE NOVIEMBRE | PRESENCIAL | 22 | 2 HORAS |
| | 8H00-10H00 | EL ORO | PASAJE | PASAJE | JOSE OCHOA LEON | PRESENCIAL | | 2 HORAS |

Anexo 9

Presupuesto y Financiamiento

INFORMACIÓN GENERAL COSTOS

MIÉ 06/01/16 - MAR 03/01/17



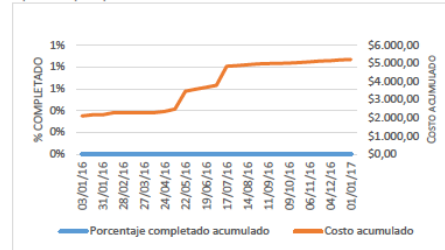
ESTADO DEL COSTO

Estado de costo de tareas de nivel superior.

| Nombre | Costo real | Costo restante | Costo de línea base | Costo | Variación de costo |
|----------|------------|----------------|---------------------|------------|--------------------|
| FASE I | \$0,00 | \$2.155,60 | \$2.155,60 | \$2.155,60 | \$0,00 |
| FASE II | \$0,00 | \$2.680,01 | \$2.680,01 | \$2.680,01 | \$0,00 |
| FASE III | \$0,00 | \$309,00 | \$309,00 | \$309,00 | \$0,00 |
| FASE IV | \$0,00 | \$64,00 | \$64,00 | \$64,00 | \$0,00 |

PROGRESO FRENTE A COSTO

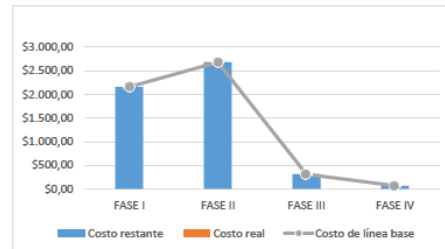
Progreso realizado en comparación con el coste durante el proceso. Si el valor de la línea % completado está por debajo de la línea de coste acumulado, es posible que su proyecto haya superado el presupuesto.



ESTADO DE COSTO

Estado de costo de todas las tareas de nivel superior. ¿La línea base es cero?

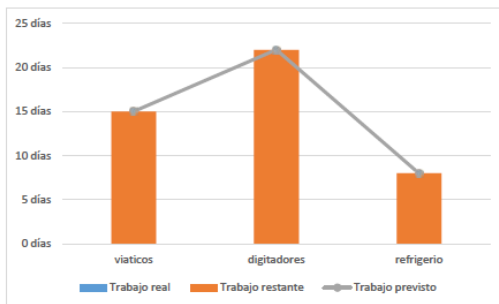
[Intente establecer una línea base](#)



VISIÓN GENERAL DE LOS RECURSOS

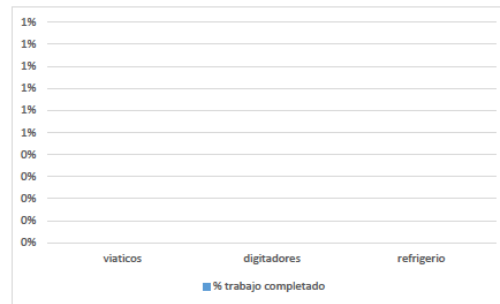
ESTADÍSTICAS DE RECURSOS

Estado de trabajo de todos los recursos de trabajo.



ESTADO DEL TRABAJO

% trabajo realizado por todos los recursos de trabajo.



ESTADO DE LOS RECURSOS

Resta trabajo para todos los recursos de trabajo

| Nombre | Comienzo | Fin | Trabajo restante |
|-------------|--------------|--------------|------------------|
| viaticos | jue 18/02/16 | vie 29/07/16 | 15 días |
| digitadores | jue 18/02/16 | mié 20/07/16 | 22 días |
| refrigerio | mié 20/07/16 | mar 03/01/17 | 8 días |

Anexo 10

Informe de costo presupuestado

| Año | Trimestre | Semana | Datos | | | |
|---------------|-----------|-----------|---------------------|-------------|-------------|---|
| | | | Costo presupuestado | Costo | Costo real | |
| 2016 | T1 | Semana 1 | 0 | 901,1607143 | 0 | |
| | | Semana 2 | 0 | 1193,264286 | 0 | |
| | | Semana 3 | 0 | 43,425 | 0 | |
| | | Semana 4 | 0 | 21,25833333 | 0 | |
| | | Semana 5 | 0 | 0,333333333 | 0 | |
| | | Semana 6 | 0 | 0,333333333 | 0 | |
| | | Semana 7 | 0 | 199,3958333 | 0 | |
| | | Semana 8 | 0 | 2,833333333 | 0 | |
| | | Semana 9 | 0 | 2,833333333 | 0 | |
| | | Semana 10 | 0 | 2,825 | 0 | |
| | | Semana 11 | 0 | 2,5 | 0 | |
| | | Semana 12 | 0 | 2,445833333 | 0 | |
| | | Semana 13 | 0 | 0,333333333 | 0 | |
| | Total T1 | | | 0 | 2372,941667 | 0 |
| | T2 | | | 0 | 0,333333333 | 0 |
| | Semana 14 | | | 0 | 0,3375 | 0 |
| | Semana 15 | | | 0 | 0,5 | 0 |
| | Semana 16 | | | 0 | 1,9625 | 0 |
| | Semana 17 | | | 0 | 59 | 0 |
| | Semana 18 | | | 0 | 59 | 0 |
| | Semana 19 | | | 0 | 75,06089286 | 0 |
| | Semana 20 | | | 0 | 561,1485714 | 0 |
| | Semana 21 | | | 0 | 454,3255357 | 0 |
| | Semana 22 | | | 0 | 118,7857143 | 0 |
| | Semana 23 | | | 0 | 71,42857143 | 0 |
| | Semana 24 | | | 0 | 101,7857143 | 0 |
| | Semana 25 | | | 0 | 109,0714286 | 0 |
| | Semana 26 | | | 0 | | 0 |
| | Total T2 | | | 0 | 1612,739762 | 0 |
| | T3 | | | 0 | 71,42857143 | 0 |
| | Semana 27 | | | 0 | 111,5 | 0 |
| | Semana 28 | | | 0 | 379,25 | 0 |
| | Semana 29 | | | 0 | 711,75 | 0 |
| | Semana 30 | | | 0 | 23,23333333 | 0 |
| | Semana 31 | | | 0 | 18,13333333 | 0 |
| | Semana 32 | | | 0 | 22,66666667 | 0 |
| | Semana 33 | | | 0 | 22,66666667 | 0 |
| | Semana 34 | | | 0 | 22,66666667 | 0 |
| | Semana 35 | | | 0 | 22,1 | 0 |
| | Semana 36 | | | 0 | 6,875 | 0 |
| | Semana 37 | | | 0 | 8,333333333 | 0 |
| | Semana 38 | | | 0 | 8,333333333 | 0 |
| | Semana 39 | | | 0 | | 0 |
| | Total T3 | | | 0 | 1428,936905 | 0 |
| | T4 | | | 0 | 8,333333333 | 0 |
| | Semana 40 | | | 0 | 8,333333333 | 0 |
| | Semana 41 | | | 0 | 8,333333333 | 0 |
| | Semana 42 | | | 0 | 18,37083333 | 0 |
| | Semana 43 | | | 0 | 4,1 | 0 |
| | Semana 44 | | | 0 | 20,5 | 0 |
| | Semana 45 | | | 0 | 20,5 | 0 |
| | Semana 46 | | | 0 | 20,5 | 0 |
| Semana 47 | | | 0 | 20,5 | 0 | |
| Semana 48 | | | 0 | 19,9875 | 0 | |
| Semana 49 | | | 0 | 6,15 | 0 | |
| Semana 50 | | | 0 | 6 | 0 | |
| Semana 51 | | | 0 | 35,85 | 0 | |
| Semana 52 | | | 0 | | 0 | |
| Total T4 | | | 0 | 197,4583333 | 0 | |
| Total 2016 | | | 0 | 5612,076667 | 0 | |
| 2017 | T1 | Semana 1 | 0 | 32 | 0 | |
| | Total T1 | | 0 | 32 | 0 | |
| Total 2017 | | | 0 | 32 | 0 | |
| Total general | | | 0 | 5644,076667 | 0 | |

INFORME DEL FLUJO DE CAJA

| Año | Trimestre | Semana | Datos | |
|---------------|-----------|-------------|-------------|-----------------|
| | | | Costo | Costo acumulado |
| 2016 | T1 | Semana 1 | 901,1607143 | 901,1607143 |
| | | Semana 2 | 1193,264286 | 2094,425 |
| | | Semana 3 | 43,425 | 2137,85 |
| | | Semana 4 | 21,25833333 | 2159,108333 |
| | | Semana 5 | 0,33333333 | 2159,441667 |
| | | Semana 6 | 0,33333333 | 2159,775 |
| | | Semana 7 | 199,3958333 | 2359,170833 |
| | | Semana 8 | 2,83333333 | 2362,004167 |
| | | Semana 9 | 2,83333333 | 2364,8375 |
| | | Semana 10 | 2,825 | 2367,6625 |
| | | Semana 11 | 2,5 | 2370,1625 |
| | | Semana 12 | 2,445833333 | 2372,608333 |
| | | Semana 13 | 0,33333333 | 2372,941667 |
| | Total T1 | | 2372,941667 | 2372,941667 |
| | T2 | Semana 14 | 0,33333333 | 2373,275 |
| | | Semana 15 | 0,3375 | 2373,6125 |
| | | Semana 16 | 0,5 | 2374,1125 |
| | | Semana 17 | 1,9625 | 2376,075 |
| | | Semana 18 | 59 | 2435,075 |
| | | Semana 19 | 59 | 2494,075 |
| | | Semana 20 | 75,06089286 | 2569,135893 |
| | | Semana 21 | 561,1485714 | 3130,284464 |
| | | Semana 22 | 454,3255357 | 3584,61 |
| | | Semana 23 | 118,7857143 | 3703,395714 |
| | | Semana 24 | 71,42857143 | 3774,824286 |
| | | Semana 25 | 101,7857143 | 3876,61 |
| | | Semana 26 | 109,0714286 | 3985,681429 |
| | | Total T2 | | 1612,739762 |
| | T3 | Semana 27 | 71,42857143 | 4057,11 |
| | | Semana 28 | 111,5 | 4168,61 |
| | | Semana 29 | 379,25 | 4547,86 |
| | | Semana 30 | 711,75 | 5259,61 |
| | | Semana 31 | 23,23333333 | 5282,843333 |
| | | Semana 32 | 18,13333333 | 5300,976667 |
| | | Semana 33 | 22,66666667 | 5323,643333 |
| | | Semana 34 | 22,66666667 | 5346,31 |
| | | Semana 35 | 22,66666667 | 5368,976667 |
| | | Semana 36 | 22,1 | 5391,076667 |
| | | Semana 37 | 6,875 | 5397,951667 |
| | | Semana 38 | 8,33333333 | 5406,285 |
| | Semana 39 | 8,33333333 | 5414,618333 | |
| | Total T3 | | 1428,936905 | 5414,618333 |
| | T4 | Semana 40 | 8,33333333 | 5422,951667 |
| | | Semana 41 | 8,33333333 | 5431,285 |
| | | Semana 42 | 8,33333333 | 5439,618333 |
| | | Semana 43 | 18,37083333 | 5457,989167 |
| | | Semana 44 | 4,1 | 5462,089167 |
| | | Semana 45 | 20,5 | 5482,589167 |
| | | Semana 46 | 20,5 | 5503,089167 |
| | | Semana 47 | 20,5 | 5523,589167 |
| | | Semana 48 | 20,5 | 5544,089167 |
| | | Semana 49 | 19,9875 | 5564,076667 |
| Semana 50 | | 6,15 | 5570,226667 | |
| Semana 51 | | 6 | 5576,226667 | |
| Semana 52 | | 35,85 | 5612,076667 | |
| Total T4 | | | 197,4583333 | 5612,076667 |
| Total 2016 | | 5612,076667 | 5612,076667 | |
| 2017 | T1 | Semana 1 | 32 | 5644,076667 |
| | Total T1 | | 32 | 5644,076667 |
| Total 2017 | | | 32 | 5644,076667 |
| Total general | | | 5644,076667 | 5644,076667 |

Anexo 11

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Funcionalidad familiar.

| | | | Funcionalidad Familiar | | Total |
|---------------|-------------------|------------------------------------|------------------------|-----------|--------|
| | | | DISFUNCIONAL | FUNCIONAL | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 66 | 177 | 243 |
| | | Frecuencia esperada | 74,2 | 168,8 | 243,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 27,2% | 72,8% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 25,6% | 30,2% | 28,8% |
| | | % del total | 7,8% | 20,9% | 28,8% |
| | SIN RIESGO DE TCA | Recuento | 192 | 410 | 602 |
| | | Frecuencia esperada | 183,8 | 418,2 | 602,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 31,9% | 68,1% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 74,4% | 69,8% | 71,2% |
| | | % del total | 22,7% | 48,5% | 71,2% |
| Total | | Recuento | 258 | 587 | 845 |
| | | Frecuencia esperada | 258,0 | 587,0 | 845,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 30,5% | 69,5% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 30,5% | 69,5% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 12

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Cohesión familiar.

| | | | Cohesión | | Total |
|-------------------|-------------------|---------------------------|----------|--------|--------|
| | | | Baja | Alta | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 81 | 160 | 241 |
| | | Frecuencia esperada | 86,4 | 154,6 | 241,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 33,6% | 66,4% | 100,0% |
| | | % dentro de Cohesión | 26,9% | 29,7% | 28,7% |
| | | % del total | 9,6% | 19,0% | 28,7% |
| SIN RIESGO DE TCA | | Recuento | 220 | 379 | 599 |
| | | Frecuencia esperada | 214,6 | 384,4 | 599,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 36,7% | 63,3% | 100,0% |
| | | % dentro de Cohesión | 73,1% | 70,3% | 71,3% |
| | | % del total | 26,2% | 45,1% | 71,3% |
| Total | | Recuento | 301 | 539 | 840 |
| | | Frecuencia esperada | 301,0 | 539,0 | 840,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 35,8% | 64,2% | 100,0% |
| | | % dentro de Cohesión | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 35,8% | 64,2% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 13

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Armonía familiar.

| | | | Armonía | | Total |
|---------------|-------------------|---------------------------|---------|--------|--------|
| | | | Baja | Alta | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 88 | 155 | 243 |
| | | Frecuencia esperada | 94,1 | 148,9 | 243,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 36,2% | 63,8% | 100,0% |
| | | % dentro de Armonía | 26,9% | 30,0% | 28,8% |
| | | % del total | 10,4% | 18,4% | 28,8% |
| | SIN RIESGO DE TCA | Recuento | 239 | 362 | 601 |
| | | Frecuencia esperada | 232,9 | 368,1 | 601,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 39,8% | 60,2% | 100,0% |
| | | % dentro de Armonía | 73,1% | 70,0% | 71,2% |
| | | % del total | 28,3% | 42,9% | 71,2% |
| Total | | Recuento | 327 | 517 | 844 |
| | | Frecuencia esperada | 327,0 | 517,0 | 844,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 38,7% | 61,3% | 100,0% |
| | | % dentro de Armonía | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 38,7% | 61,3% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 14

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Comunicación familiar

| | | | Comunicación | | Total |
|---------------|---------------------------|---------------------------|--------------|--------|--------|
| | | | Baja | Alta | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 93 | 143 | 236 |
| | | Frecuencia esperada | 111,7 | 124,3 | 236,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 39,4% | 60,6% | 100,0% |
| | | % dentro de Comunicación | 23,8% | 32,9% | 28,6% |
| | | % del total | 11,3% | 17,4% | 28,6% |
| | | SIN RIESGO DE TCA | Recuento | 297 | 291 |
| | Frecuencia esperada | 278,3 | 309,7 | 588,0 | |
| | % dentro de RIESGO DE TCA | 50,5% | 49,5% | 100,0% | |
| | % dentro de Comunicación | 76,2% | 67,1% | 71,4% | |
| | % del total | 36,0% | 35,3% | 71,4% | |
| Total | | Recuento | 390 | 434 | 824 |
| | | Frecuencia esperada | 390,0 | 434,0 | 824,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 47,3% | 52,7% | 100,0% |
| | | % dentro de Comunicación | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 47,3% | 52,7% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 15

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Adaptabilidad familiar

| | | Adaptabilidad | | Total | |
|-------------------|-------------------|---------------------------|--------|--------|--------|
| | | Baja | Alta | | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 93 | 148 | 241 |
| | | Frecuencia esperada | 106,4 | 134,6 | 241,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 38,6% | 61,4% | 100,0% |
| | | % dentro de Adaptabilidad | 25,1% | 31,6% | 28,8% |
| | | % del total | 11,1% | 17,7% | 28,8% |
| SIN RIESGO DE TCA | | Recuento | 277 | 320 | 597 |
| | | Frecuencia esperada | 263,6 | 333,4 | 597,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 46,4% | 53,6% | 100,0% |
| | | % dentro de Adaptabilidad | 74,9% | 68,4% | 71,2% |
| | | % del total | 33,1% | 38,2% | 71,2% |
| Total | | Recuento | 370 | 468 | 838 |
| | | Frecuencia esperada | 370,0 | 468,0 | 838,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 44,2% | 55,8% | 100,0% |
| | | % dentro de Adaptabilidad | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 44,2% | 55,8% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 16

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Afectividad familiar

| | | | Afectividad | | Total |
|---------------|---------------------------|---------------------------|-------------|--------|--------|
| | | | Baja | Alta | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 67 | 175 | 242 |
| | | Frecuencia esperada | 71,1 | 170,9 | 242,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 27,7% | 72,3% | 100,0% |
| | | % dentro de Afectividad | 27,3% | 29,7% | 29,0% |
| | | % del total | 8,0% | 21,0% | 29,0% |
| | SIN RIESGO DE TCA | Recuento | 178 | 414 | 592 |
| | | Frecuencia esperada | 173,9 | 418,1 | 592,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 30,1% | 69,9% | 100,0% |
| | | % dentro de Afectividad | 72,7% | 70,3% | 71,0% |
| | | % del total | 21,3% | 49,6% | 71,0% |
| Total | Recuento | 245 | 589 | 834 | |
| | Frecuencia esperada | 245,0 | 589,0 | 834,0 | |
| | % dentro de RIESGO DE TCA | 29,4% | 70,6% | 100,0% | |
| | % dentro de Afectividad | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 29,4% | 70,6% | 100,0% | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 17

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Roles familiar

| | | | Roles | | Total |
|---------------|-------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|
| | | | Bajo cumplimiento de roles | Alto cumplimiento de roles | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 84 | 155 | 239 |
| | | Frecuencia esperada | 92,6 | 146,4 | 239,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 35,1% | 64,9% | 100,0% |
| | | % dentro de Roles | 26,1% | 30,5% | 28,8% |
| | | % del total | 10,1% | 18,7% | 28,8% |
| | SIN RIESGO DE TCA | Recuento | 238 | 354 | 592 |
| | | Frecuencia esperada | 229,4 | 362,6 | 592,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 40,2% | 59,8% | 100,0% |
| | | % dentro de Roles | 73,9% | 69,5% | 71,2% |
| | | % del total | 28,6% | 42,6% | 71,2% |
| Total | | Recuento | 322 | 509 | 831 |
| | | Frecuencia esperada | 322,0 | 509,0 | 831,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 38,7% | 61,3% | 100,0% |
| | | % dentro de Roles | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 38,7% | 61,3% | 100,0% |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 18

Tablas de contingencia Trastornos Alimentarios y Permeabilidad familiar

| | | Permeabilidad | | Total | |
|---------------|-------------------|---------------------------|----------|--------|--------|
| | | Baja | Alta | | |
| RIESGO DE TCA | CON RIESGO DE TCA | Recuento | 130 | 111 | 241 |
| | | Frecuencia esperada | 140,3 | 100,7 | 241,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 53,9% | 46,1% | 100,0% |
| | | % dentro de Permeabilidad | 26,7% | 31,8% | 28,9% |
| | | % del total | 15,6% | 13,3% | 28,9% |
| | | SIN RIESGO DE TCA | Recuento | 356 | 238 |
| | | Frecuencia esperada | 345,7 | 248,3 | 594,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 59,9% | 40,1% | 100,0% |
| | | % dentro de Permeabilidad | 73,3% | 68,2% | 71,1% |
| | | % del total | 42,6% | 28,5% | 71,1% |
| Total | | Recuento | 486 | 349 | 835 |
| | | Frecuencia esperada | 486,0 | 349,0 | 835,0 |
| | | % dentro de RIESGO DE TCA | 58,2% | 41,8% | 100,0% |
| | | % dentro de Permeabilidad | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 58,2% | 41,8% | 100,0% |
| | | | | | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 19

Tablas de contingencia dimensión Bulimia y Funcionalidad Familiar.

| | | | Funcionalidad Familiar | | Total |
|---------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------|--------|
| | | | DISFUNCIONA L | FUNCIONAL | |
| RIESGO PARA BULIMIA | ALTA | Recuento | 8 | 8 | 16 |
| | | Frecuencia esperada | 5,0 | 11,0 | 16,0 |
| | | % dentro de RIESGO PARA BULIMIA | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | BAJA | % dentro de Funcionalidad Familiar | 2,8% | 1,3% | 1,7% |
| | | % del total | ,9% | ,9% | 1,7% |
| | | Recuento | 278 | 626 | 904 |
| Total | ALTA | Frecuencia esperada | 281,0 | 623,0 | 904,0 |
| | | % dentro de RIESGO PARA BULIMIA | 30,8% | 69,2% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 97,2% | 98,7% | 98,3% |
| | BAJA | % del total | 30,2% | 68,0% | 98,3% |
| | | Recuento | 286 | 634 | 920 |
| | | Frecuencia esperada | 286,0 | 634,0 | 920,0 |
| Total | % dentro de RIESGO PARA BULIMIA | 31,1% | 68,9% | 100,0% | |
| | % dentro de Funcionalidad Familiar | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 31,1% | 68,9% | 100,0% | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 20

Tablas de contingencia dimensión alteración en la dieta y funcionalidad familiar.

| | | | Funcionalidad Familiar | | Total |
|---------------------------|--|--|------------------------|-----------|--------|
| | | | DISFUNCIONAL | FUNCIONAL | |
| ALTERACION EN LA DIETA | ALTA | Recuento | 3 | 16 | 19 |
| | | Frecuencia esperada | 5,9 | 13,1 | 19,0 |
| | | % dentro de ALTERACION EN LA DIETA | 15,8% | 84,2% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 1,0% | 2,5% | 2,1% |
| | | % del total | ,3% | 1,7% | 2,1% |
| | BAJA | Recuento | 283 | 623 | 906 |
| | | Frecuencia esperada | 280,1 | 625,9 | 906,0 |
| | | % dentro de ALTERACION EN LA DIETA | 31,2% | 68,8% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 99,0% | 97,5% | 97,9% |
| | | % del total | 30,6% | 67,4% | 97,9% |
| Total | Recuento | 286 | 639 | 925 | |
| | Frecuencia esperada | 286,0 | 639,0 | 925,0 | |
| | % dentro de ALTERACION EN LA DIETA | 30,9% | 69,1% | 100,0% | |
| | % dentro de Funcionalidad Familiar | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 30,9% | 69,1% | 100,0% | |
| | | | | | |

Anexo 21

Tablas de contingencia dimensión preocupación por la comida y funcionalidad familiar.

| | | | Funcionalidad Familiar | | Total |
|----------------------------|--|--|------------------------|-----------|--------|
| | | | DISFUNCIONAL | FUNCIONAL | |
| PREOCUPACION POR LA COMIDA | ALTA | Recuento | 14 | 13 | 27 |
| | | Frecuencia esperada | 8,2 | 18,8 | 27,0 |
| | | % dentro de PREOCUPACION POR LA COMIDA | 51,9% | 48,1% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 5,0% | 2,0% | 3,0% |
| | | % del total | 1,5% | 1,4% | 3,0% |
| | BAJA | Recuento | 265 | 623 | 888 |
| | | Frecuencia esperada | 270,8 | 617,2 | 888,0 |
| | | % dentro de PREOCUPACION POR LA COMIDA | 29,8% | 70,2% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 95,0% | 98,0% | 97,0% |
| | | % del total | 29,0% | 68,1% | 97,0% |
| Total | Recuento | 279 | 636 | 915 | |
| | Frecuencia esperada | 279,0 | 636,0 | 915,0 | |
| | % dentro de PREOCUPACION POR LA COMIDA | 30,5% | 69,5% | 100,0% | |
| | % dentro de Funcionalidad Familiar | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 30,5% | 69,5% | 100,0% | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 22

Tablas de contingencia dimensión control oral y funcionalidad familiar.

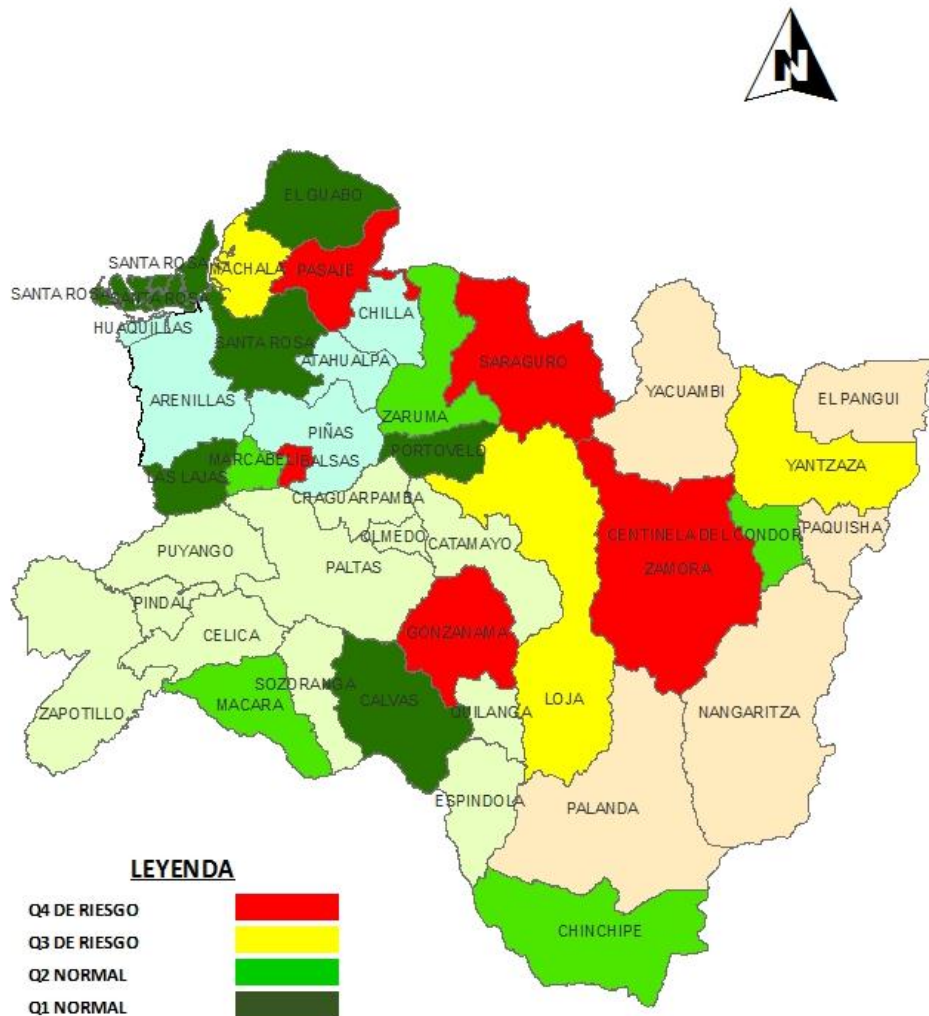
| | | | Funcionalidad Familiar | | Total |
|--------------------------------|---|---|------------------------|-----------|--------|
| | | | DISFUNCION AL | FUNCIONAL | |
| ALTERACION DEL CONTROL ORAL | ALTA | Recuento | 19 | 15 | 34 |
| | | Frecuencia esperada | 10,5 | 23,5 | 34,0 |
| | | % dentro de ALTERACION DEL CONTROL ORAL | 55,9% | 44,1% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 6,6% | 2,3% | 3,7% |
| | | % del total | 2,0% | 1,6% | 3,7% |
| | BAJA | Recuento | 267 | 628 | 895 |
| | | Frecuencia esperada | 275,5 | 619,5 | 895,0 |
| | | % dentro de ALTERACION DEL CONTROL ORAL | 29,8% | 70,2% | 100,0% |
| | | % dentro de Funcionalidad Familiar | 93,4% | 97,7% | 96,3% |
| | | % del total | 28,7% | 67,6% | 96,3% |
| Total | Recuento | 286 | 643 | 929 | |
| | Frecuencia esperada | 286,0 | 643,0 | 929,0 | |
| | % dentro de ALTERACION DEL CONTROL ORAL | 30,8% | 69,2% | 100,0% | |
| | % dentro de Funcionalidad Familiar | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 30,8% | 69,2% | 100,0% | |

Fuente: Investigación directa, 2016. Base de datos Macroproyecto Adolescentes.

Elaborado por: MD. Carlos Eri Iñiguez Ordoñez.

Anexo 23

MAPA DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA ZONA 7



ELABORADO POR: Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.
DOCENTE ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN EMFYC, 2016

Anexo 24



Foto 1. Recolección de datos en la Unidad Educativa Dr. José María Velasco Ibarra, cantón El Guabo – El Oro



Foto 1. Recolección de datos en la Unidad Educativa Dr. José María Velasco Ibarra, cantón El Guabo – El Oro



Foto 1. Recolección de datos en la Unidad Educativa Dr. José María Velasco Ibarra, cantón El Guabo – El Oro



Foto 1. Recolección de datos en la Unidad Educativa Dr. José María Velasco Ibarra, cantón El Guabo – El Oro

Anexo 25

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

Funcionalidad Familiar y su relación con las conductas de riesgo para Trastornos de Conducta Alimentaria en Adolescentes de Bachillerato. Zona 7, Ecuador, 2016.

PROBLEMÁTICA:

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), es una etapa en los seres humanos comprendida entre los 10 a los 19 años de edad, momento en el cual se encuentran influenciados por múltiples factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que los hacen vulnerables a muchas circunstancias que pueden alterar su adecuado desarrollo hacia la edad adulta. Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. Además la OMS refiere que al menos el 20% de los adolescentes presentara alguna forma de enfermedad mental como trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta alimentarias, abuso de sustancias, trastorno de depresión o actitudes suicidas; de los cuales los trastornos de conducta alimentarias son la tercera causa de muerte en adolescentes asociados al suicidio, únicamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas. (OMS/OPS, 2014).

En Estados Unidos existen 20 millones y 10 millones aproximadamente de mujeres y hombres respectivamente que presentan algún tipo de trastorno de la alimentación. (Wade, Keski-Rahkonen, & Hudson, 2011). La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA 2010) manifestó estudios internacionales declaran que tanto en Argentina como en Japón, la anorexia afecta a cerca de 1 cada 100 mujeres, que el país con más incidencia de trastornos alimentarios es Japón, con un 35% de la población afectada. Mientras tanto que Italia comparte los valores Argentinos, con un 29 % de la población afectada sufre algún tipo de patología alimentaria; con cifras parecidas, el Reino Unido revela un 27 % de impacto en la sociedad de estas patologías. Otras naciones de Asia, incluyendo Corea, Singapur y Hong Kong, poseen la mayor cantidad de mujeres adolescentes con estos desórdenes, ya que una de cada 10 mujeres sufre de bulimia o anorexia. En Argentina particularmente, las enfermedades vinculadas a la alimentación entre las adolescentes han registrado en el último decenio un incremento de 50 %, cifra que representa poco más de 100.000 casos. En el año 2000 se registró un nivel de patologías del 9% en el total de adolescentes mujeres encuestadas, en tanto en el último informe el índice llega al 12 %. En el mismo año (2000) se detectó un 26 % de la población encuestada con desórdenes alimentarios, en tanto que en el estudio más reciente en el 2010, este alcanza el 37 %. (ALUBA, 2010).

Con respecto al sexo, los TCA son más común entre las mujeres; los varones se ven afectados en una proporción de 1:10. (Lopez, Carolina & Theasure, 2011), aunque ALUBA (La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia) refiere en sus informes un incremento de las patologías alimentarias en varones en el año 2004 del 2% al 9% en el 2014 en Argentina. (ALUBA, 2014). Mientras en las mujeres los comportamientos de riesgo de los TCA se asocian más con la estética e imagen corporal, en los varones se asocian a problemas de tipo emocional, como falta de efectividad, miedo a madurar y desconfianza. (Jesús, Sánchez, & Jáuregui, 2015).

La edad promedio que se presentan en los adolescentes estos trastornos para anorexia oscila entre los 12 a 20 años incluso hasta los 25 años de edad.(Benjet, Méndez, Borges, & Medina-mora, 2012)(Gaete, Lopez, & Matamala, 2012)(Fandiño & Giraldo, 2007)(Asociación Americana Psicología, 2014), mientras que para bulimia nerviosa se encuentra entre 12 a 40 años, es decir entre la adolescencia y la etapa del joven adulto.(Santoncini & Romo, 2010) (Asociación Americana Psicología, 2014). Aunque actualmente las patologías alimentarias tienen mayor incidencia en la adolescencia aunque la edad de comienzo es cada vez más temprana. (Gaete et al., 2012).

Anteriormente se hablaba del mayor riesgo en la clase media y clase media alta para presentar TCA (Fandiño & Giraldo, 2007), actualmente, el nivel socio-económico (nivel educativo de los padres e ingreso familiar), no hay un estándar consistente de diferencia entre los jóvenes con trastornos alimentarios y aquellos que no los presentan con relación a la clase social. (Benjet et al., 2012).

En cuanto a las etnias, los blancos no hispanos, indio americano y las niñas hispanas tuvieron tasas más altas de comportamientos de peso pérdida poco saludable en adolescentes con anorexia nerviosa. Los estudiantes hispanos y negros tenían tasas más altas. (Haley et al., 2010). Aunque Asociación Americana de Psiquiatría refiere menos frecuente entre los latinoamericanos, los afroamericanos y los asiáticos; en Estados Unidos, la utilización de los servicios de salud mental por parte de las personas con TCA es significativamente menor en estos grupos étnicos, y que estas tasas bajas pueden predecir alguna manera de sesgo, porque que no estaría claro la distribución de estos trastornos por etnias. En cuanto a la BN se presenta principalmente los cáusticos, aunque también se da en otras etnias con prevalencias comparables. (Asociación Americana Psicología, 2014), así que no existe una distribución precisa de estos trastornos alimentarios por etnias.

De acuerdo a las Clasificaciones Internacionales de Trastornos de Salud Mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y TCA no especificados (TANE/TCANE) o atípicos. (OMS/OPS CIE 10, 2003) (Asociación Americana Psicología, 2014). Las diferencias entre estas categorías se basan en el grado de alteración del peso normal, las conductas de alimentación y las medidas adoptadas por los individuos para controlar el peso. Mientras que la AN y BN son los principales trastornos con criterios diagnósticos establecidos y detallados, los TCANE corresponden a una categoría que no cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional. (Asociación Americana Psicología, 2014) (OMS/OPS CIE 10, 2003).

En general, se han estimado que la prevalencia entre las jóvenes de AN oscila entre 0.4% y 1% y de Bulimia Nervosa (BN) entre 1-2% y 4,2%. Los TCA más frecuentes son no especificados (TANE), que alcanzan una prevalencia de hasta 14%, y cabe recalcar que a pesar de ser los más comunes, son los TCA menos estudiados. (Gaete et al., 2012) (Asociación Americana Psicología, 2014) (Behar, 2008). La prevalencia en hombres de anorexia nerviosa es de 0,3% y 0,5% de bulimia nerviosa. (Hudson, Hiripi, Jr, & Kessler, 2007) (Greenberg & Schoen, 2008). La prevalencia a doce meses del trastorno de atracones en las mujeres o los hombres adultos (igual o mayores de 18 años) en Estados Unidos es de 1,6 y 0,8, respectivamente. (Asociación Americana Psicología, 2014).

La incidencia de la AN es de 8 casos por cada 100 000 habitantes por año, y la de BN, de 12 casos por cada 100 000 habitantes por año en la población en general (Calado, 2011), (Santoncini & Romo, 2010), mientras que en otros estudios se encuentran tasas de incidencia más altas para las mujeres de entre 15-19 años con una tasa de incidencia de 109,2 por cada 100 000 adolescentes entre 15-19 años de edad por año de 1995 a 1999. La incidencia de la AN entre los varones fue de menos de 1 por cada 100 000 personas (Frederique, Daphne, & Hans, 2012), se ha visto el aumento de la incidencia y prevalencia de los TCA en estos últimos años, que se puede deber a que los estudios de incidencia son pocos en población en general y los estadísticos se basan en registros de casos en poblaciones clínicas (hospitalizados, en tratamiento psiquiátrico, etc.), además, no se pueden realizar relaciones de las estadísticas actuales con las anteriores porque no habían estudios epidemiológicamente correctos, el cambio constante de los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psicología que permiten el diagnóstico de un mayor número de casos, anteriormente no se manejaba a estos pacientes desde la psiquiatría, los reingresos por complicaciones o casos graves pueden sesgar la elevada frecuencia, la sobrevaloración médica de incluir pacientes de TCA que en épocas anteriores no se contenían o se diagnosticaban con otras patologías, el mayor número de personal capacitado en TCA también puede elevar el número de casos diagnosticados. (Calado, 2011).

Aunque existen además otros trastornos alimentarios como trastorno por atracón, trastorno de rumiación, pica y otros que por no ser tan frecuentes y al no conocer muy bien su prevalencia e incidencia no dejan de ser importantes. (Asociación Americana Psicología, 2014).

Los principales factores de riesgo son: ser mujer, adolescente, tener percepción distorsionada de la imagen corporal y el uso de dietas para adelgazar. (Monterrosa-Castro, Ruiz-Martínez, & Cuesta-Fernández, 2012). En un estudio realizado, cita Mateos, (2014), “existen factores de riesgo dentro de la familia que aumentan la posibilidad de tener un TCA: aplicación rígida de la norma (hasta 9 veces más riesgo), afrontamiento basado en la falta de reconocimiento de problema (hasta 8,5 veces más riesgo), alta expresión emocional (hasta 6,9 veces más riesgo), aplicación imprevisible de la norma (hasta 4,7 veces más riesgo)” (Mateos-Agut, García-Alonso, Sebastián-Vega, & Martínez-Villares, 2014).

Se ha propuesto actualmente que existe un componente multifactorial, entre los que se encuentran la sociedad, el ambiente, la cultura, la familia, factores genéticos, antecedentes psicológicos y psiquiátricos familiares, factores estresantes, factores individuales y muchos más.

El factor social-cultural entre los factores más destacado y estudiados asociados al origen de los TCA; ya que estamos sumergidos en un modelo cultural occidental hacia la delgadez y hacia la imagen ideal corporal femenina muy delgada, tomado como distintivo del triunfo y de superación social y profesional, mientras que la obesidad es considerada como despreocupación, dejadez y pobre interés, originado insatisfacción corporal en el adolescente, que lo(a) incita a la toma de decisiones y actitudes tales como ejercicio excesivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas (vómitos, enemas, diuréticos, etc.) (Alvarez-ray, 2006), que afectan a la salud emocional, psicológica y corporal del individuo con la meta de buscar una imagen corporal esbelta culturalmente establecida. (González, Garcia & Martinez, 2013).

Además los medios de comunicación, el internet, redes sociales, (Walker et al., 2015) (Alvarez-ray, 2006), la presión social, la cultura, personajes públicos (deportistas, actores, actrices) (Alvarez-ray, 2006), han influenciado en los adolescentes en búsqueda de las personas de imagen “perfecta”.

Entre otro factor importante en la génesis de los TCA se encuentra la dinámica familiar, en el estudio “Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios” según Olivia (2013) cita, “los estudios muestran que las familias con TCA generalmente presentan mayor deterioro que las familias controles, caracterizado por menor cohesión, adaptabilidad, expresividad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasez de actividades que fomenten el desarrollo de sus integrantes; así como mayor conflicto” (Olivia et al., 2013), por lo tanto la familia es un ente muy importante en la comprensión de los TCA. Además existen peculiaridades entre los TCA: las personas con AN presentan familias tienden a ser rígidas, tienen dificultad en la comunicación y en la solución de problemas. (Olivia et al., 2013) (Sainos-López DG, Sánchez-Morales MT & E, 2015). Por otra parte, las personas con BN perciben que sus familias son menos cohesivas, menos adaptables y tienen menor comunicación, acompañados de falta de expresividad, apoyo emocional y social y con un nivel elevado de conflicto. (Olivia et al., 2013).

De acuerdo con los elementos del funcionamiento familiar percibido por las pacientes con BN, es posible identificar a algunas familias como rígidas (autoritarismo, reglas impuestas, roles estrictos) y otras como caóticas (autoridad insignificante, disciplina inconsistente, roles indefinidos). (Olivia et al., 2013) (Sainos-López DG, Sánchez-Morales MT & E, 2015). En cuanto a los TCANE, a pesar de ser los TCA con mayor prevalencia, se cuenta con menor información acerca de sus características familiares, pero se ha visto que presentaban menor cohesión y comunicación que el grupo control, pero no se encontró diferencias en la adaptación familiar. (Olivia et al., 2013).

Las complicaciones en los adolescentes con TCA son alteraciones en la salud del individuo entre las cuales tenemos la hipoglicemia, anemia, leucopenia, trombocitopenia, disminución de electrolitos, hipotensión arterial, arritmias, taquicardia o bradicardia, hematemesis, úlcera gástrica, constipación, oliguria, anuria, disminución del volumen cerebral, disfunciones cognitivas, convulsiones y encefalopatías metabólicas, disminución de la masa ósea, debilidad muscular, amenorrea, ovario poli quístico, hipotiroidismo, esofagitis, deshidratación. (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009) (Gaete et al., 2012), las complicaciones médicas son doce veces mayor que la tasa de muerte anual de todas las causas en mujeres entre 15-24 años de edad (Klump et

al., 2009), con una tasa de mortalidad bruta del 2% por década para bulimia nerviosa y 5% por década para anorexia nerviosa.(Asociación Americana Psicología, 2014).

Existen problemas comórbidos psicológicos y psiquiátricos que comúnmente acompañan a los TCA, que podrían llegar a comprometer el normal desarrollo bio-psicosocial de los adolescentes. Entre los problemas psicológicos más frecuentes se encuentran el, problemas familiares, alteración del autoestima, retraimiento social, deficiente autonomía y alteración de capacidad para la intimidad.(Lopez, Carolina & Theasure, 2011) (Benjet et al., 2012). Y entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la anorexia nerviosa (AN) tenemos, la depresión, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo (Lopez, Carolina & Theasure, 2011). (Benjet et al., 2012). Mientras que en la bulimia nerviosa (BN) son comunes las alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, déficit de atención con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, afecciones impulsivas, trastornos de personalidad, autoagresiones e intentos de suicidio. (Benjet et al., 2012). Las adolescentes con trastornos de conducta no especificada (TANE) han mostrado mayores tasas de depresión y rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad. (Lopez, Carolina & Theasure, 2011) (Benjet et al., 2012). En el estudio realizado por Benjet (2012) cita, el "87% de aquellos con anorexia y 95% de aquellos con bulimia o trastorno por atracones ha sufrido algún trastorno psiquiátrico comórbido" (Benjet et al., 2012).

Varios estudios han encontrado un elevado riesgo suicida en personas con anorexia y bulimia. (Unikel & Go, 2006)(Franko & Keel, 2006), e incluso un riesgo dos veces mayor de realizar un intento de suicidio. (Unikel & Go, 2006). La anorexia tiene aumento en tasas de suicidio consumado que las personas con bulimia, con tasas de 12 por 100.000 al año (Asociación Americana Psicología, 2014) (Claes & Mitchell, 2012), mientras que para el trastorno por atracones y bulimia existen tasas más elevadas para un intento de suicidio. (Claes & Mitchell, 2012) (J. H. Lacey, 1993).

Además un estudio realizado por Mann (2014), en adolescentes se encontró la relación de los TCA con el uso de sustancias como alcohol, tabaco, cannabis y el uso de otras sustancias, se evidenció que en la AN se encontró un 24.6%, el 48.7% para bulimia nerviosa (BN), and 28.6% para TCNE. (Mann et al., 2014).

El pronóstico de los TCA, es buena si son diagnosticados y tratados de manera oportuna, pero esta obstaculizada, pues los adolescentes que los padecen tienden a esconder, por poca conciencia de la patología y motivación al cambio en el peso y la imagen, además de adjunta al pobre diagnóstico que se realiza en atención primaria quizá por la pobre incidencia y prevalencia y su relación con su pobre preparación para el diagnóstico de estos trastornos, y llevan a los adolescentes a ser consultados por sus padres por problemas secundarios (sobrepeso, alteraciones menstruales, estreñimiento, etc.), a profesionales que al no ser preparados pueden pasar por alto los TCA (Gaete et al., 2012) (Lopez, Carolina & Theasure,2011).

Actualmente en Ecuador no existen estudios e investigaciones sobre los trastornos de conducta alimentaria a excepción de tesis de pregrado de psicología clínica o nutrición. La escasa investigación en salud en la región Sur del Ecuador ha sido un incentivo para tratar este tema de investigación que cada año incrementan los casos en los adolescentes con TCA según la literatura. Tomando en consideración lo antes citado nos queda la problemática: "¿La adecuada funcionalidad familiar en los adolescentes de 15 a 19 años de edad de la Zona 7 del Ecuador, es un factor protector que evita el riesgo de presentar Trastornos de Conducta Alimentarias?"

JUSTIFICACION

Los(as) adolescentes se encuentran en una etapa que son vulnerables a factores psicológicos, sociales, biológicos, entre otros que pueden modificar el desarrollo adecuado hacia la edad adulta, además la dinámica familiar es en el adolescente, un componente de interacción con su medio interno y externo en armonía, que por diferentes circunstancias puede modificar el equilibrio familiar, haciéndolo propenso a alteraciones en la salud física, psicosocial del adolescente. Los TCA, como una enfermedad de etiología compleja y multicausal, acompañada de patologías comórbidas y complicaciones en la salud, que incluye en casos graves llegar a la muerte.

La presente investigación tiene la finalidad de determinar las condiciones sociodemográficas y socioeconómicas del adolescente, la existencia de casos de TCA, identificar de como la funcionalidad familiar está en interrelación con el riesgo de presentar TCA, como una de las causas de riesgo multifactorial en la génesis de estos trastornos, apoyada por la no existencia de evidencia científica en el País que ayude este tema. Los beneficiados serán todos los adolescentes de la Zona 7 y del país porque además de conocer la funcionalidad familiar y los TCA, permitirá a través de la validación de los instrumentos de FF-SIL (funcionalidad familiar) y EAT 26 (test de actitudes alimentarias), ser utilizados en Atención Primaria, para el diagnóstico temprano de TCA, y así mejorar su pronóstico de curación y evitar en los posible las múltiples comorbilidades asociadas.

HIPOTESIS.

Hipótesis nula 1.

La funcionalidad familiar no se relaciona con las conductas de riesgo para presentar trastornos alimentarios en los adolescentes del nivel bachillerato de los establecimientos educativos de la Zona 7.

Hipótesis nula 2

Las dimensiones de la funcionalidad familiar no se relacionan con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias

Hipótesis alterna 1.

La funcionalidad familiar se relaciona con las conductas de riesgo para presentar trastornos alimentarios en los adolescentes del nivel bachillerato de los establecimientos educativos de la Zona 7.

Hipótesis alterna 2

Las dimensiones de la funcionalidad familiar se relacionan con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias

Modelo matemático.

Ho: $X_{2t} = X_{2c}$.

H1: $X_{2t} > X_{2c}$.

H2: $X_{2t} < X_{2c}$.

α : 5% (margen de error).

gl : $(v-1)(h-1)$ (grados de libertad).

ZONA RECHAZO (R): Para establecer la región de rechazo buscamos en la tabla de distribución del X^2 el valor correspondiente a los grados de libertad con la significación del 5%.

R: $\pm 1,96$.

Modelo estadístico.

$$X^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Evaluar la funcionalidad familiar en relación a las conductas de riesgo para trastornos de alimentación (TCA) en los adolescentes de 15 a 19 años de edad del nivel de bachillerato de la Zona 7.

Objetivos específicos.

Caracterizar las condiciones socioeconómicas, sociodemográficas y familiares en relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentarias

Determinar la relación y dependencia entre las diferentes categorías de la funcionalidad familiar con los trastornos de conducta alimentaria

Establecer la relación y dependencia entre la funcionalidad familiar y las diferentes categorías de las conductas alimentarias.

6. MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I: La Familia.

Antecedentes.

Etapas históricas de la familia.

Familia consanguínea.

Familia Punalúa.

Familia Sindiásmica.

Familia monogámica.

Etimología.

Según Tarapelli, la familia proviene del latín *fames*, que significa hambre, dada que es una necesidad biológica del ser humano. (Garza, 2009).

Según Marquez de Morante, deriva de *famulus* (siervo), o del vocablo *osca femel* o *famul* (esclavo). (Garza, 2009).

Según Mendizabel y Martín, proviene de la palabra *fames*, que significa hambre. (Garza, 2009).

Definiciones.

Es la unidad social inicial, la cual está compuesta por un grupo de personas que se organizan espontáneamente de las prácticas cotidianas de los individuos, las mismas que se convocan y se fortalecen alrededor de una serie de aspectos de su entorno (compartir actividades, tener lugares en comunes, derechos recíprocos, ayuda mutua y compartida). (Ortiz, 2013).

Según Rodríguez de Cepeda, "Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural". (Garza, 2009).

Según Fernández de Moratín, "Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje". (Garza, 2009).

La familia y la salud.

Según la OMS/OPS (2013) “Es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas”. (OMS/OPS, 2013).

Clasificación.

Según el subsistema familiar y su función:

Conyugal: pareja de diferente sexo, que resuelve empezar una relación formal de convivencia. La nueva pareja decide las nuevas reglas que estarán en este nuevo subsistema. Además habrá apoyo y complementariedad mutua. (Osorio & Alvarez, 2004) (Ortiz, 2013).

Parental: los padres o la persona que ayuda al rol de padre o de madre, da las herramientas que necesita pasar a los hijos dentro del lugar de socialización. Estas incluidos a los abuelos, tíos, primos, hermanos u otras personas de la familia y que se involucran en el desarrollo del niño(a). (Osorio & Alvarez, 2004) (Ortiz, 2013).

Fraternal: involucran a los hermanos. Donde aprenden sus primeras vivencias y conductas en relación con los comportamientos que deben o no tener respecto de las otras personas dentro y fuera de sus familias es decir es la socialización e integración. (Ortiz, 2013)(Osorio & Alvarez, 2004).

Caracterización Familiar.

Según la Ontogénesis.

Familia Nuclear: por lo general formado por la pareja con hijos o sin ellos, (Ortiz, 2013). (Louro-Bernal, 2002).

Familia Extensa: familia de un mismo tronco, sin depender del número de generaciones. (Ortiz, 2013). (Louro-Bernal, 2002).

Familia Ampliada: cuando la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no correspondan al mismo tronco, formados por otras personas como amigos, conocidos, etc. (Ortiz, 2013). (Louro-Bernal, 2002).

Por Ciclo vital.

Formación. Formación de la pareja hasta el nacimiento del primer hijo. (Louro-Bernal, 2002).

Expansión. Desde el nacimiento del primer hijo hasta la salida de uno de los hijos. (Louro-Bernal, 2002).

Contracción: desde la salida de unos de los hijos hasta la muerte o separación de uno de los padres. (Louro-Bernal, 2002).

Disolución: desde la muerte o separación de uno de los padres hasta la muerte del otro padre o madre. (Louro-Bernal, 2002).

Por generación.

Unigeneracional: formada por una generación, pareja o esposos.

Bigeneracional: formado por dos generaciones, padres e hijos.

Trigeneracional: formado por tres generaciones, abuelos, padres, nietos.

Multigeneracional: formado por abuelos, tíos, primos, hijos, etc.

Por tamaño.

Pequeña: menos de tres miembros de la familia.

Mediana: de tres a seis miembros de la familia.

Grande: mayor a seis miembros de la familia.

Etapas del ciclo familiar.

- Abandono del hogar.
- Formación de la pareja.
- Embarazo y parto.
- Familia con niños pequeños.
- Familia con hijos adolescentes.
- Adulto joven y edad media de la vida.
- Contracción de la familia.
- Muerte y duelo. (Solorzano, Toro, & Flores, 2001).

Funciones de la familia.

Se distinguen las siguientes funciones:

Socialización.

Afecto.

Cuidado.

Estatus o posición social.

Reproducción.

Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Funcionamiento familiar.

Tiene límites definidos, caracterizada por su permeabilidad, permitiendo la comunicación e intercambios entre sus integrantes. (Jourti, 2005).

Se ajusta fácilmente a los cambios y mantiene un equilibrio entre la dependencia y la autonomía. (Jourti, 2005).

Todos los problemas son percibidos por todos los miembros quienes se movilizan para ayudar y proteger. (Jourti, 2005).

Respeto al medio externo, permitiendo paso a la personas a él y mantienen lazos de unión con él. (Jourti, 2005).

Crisis Familiares.

Normativas o evolutivas:

Son situaciones que generan estrés o reajuste que corresponde al paso evolutivo de una etapa a otro del ciclo vital familiar, por ejemplo embarazo, adolescencia, hijos en etapa escolar, etc. (Louro-Bernal, 2002).

Para normativas o accidentales:

Son elementos estresores que se presentan en el sistema familiar de una manera súbita, dramática e irrepitable, por ejemplo, abandono de la pareja, abortos, muerte de un familiar, pérdida de trabajo, etc. (Louro-Bernal, 2002).

Se clasifican: (Louro-Bernal, 2002).

- Desmembramiento: separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia.
- Incremento: ingreso o aumento de uno o más miembros de la familia.
- Desmoralización: caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos morales de la familia.

- Cambio socio-económico: tanto como ganancia o pérdida.
- Problemas de salud: caracterizada por enfermedades como diabetes, cáncer, leucemia, etc. que aparecen de una manera súbita y que causan desorganización dentro de la familia o de cada uno de sus miembros.

CAPITULO II: Adolescencia.

Definición:

Etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por significativos cambios físicos, psíquicos y sociales, comprendida según la Organización Mundial de la Salud, entre los 10 a 19 años de edad.(Solorzano et al., 2001).

Clasificación.

Adolescencia temprana, comprendida entre los 10 a los 13 años de edad.
Adolescencia media, comprendida entre los 14 y 16 años de edad.
Adolescencia tardía, comprendida entre los 17 a 19 años de edad.

Cambios en la adolescencia.

Desarrollo físico.
Desarrollo cognoscitivo.
Desarrollo Psicosocial.

Factores protectores de los adolescentes.

“La aceptación familiar y social de que el adolescente tiene recursos personales positivos que bien orientados permitan una suave transición a la edad adulta” (Solorzano et al., 2001).

Las adecuadas relaciones con los padres otorgan confianza y seguridad. (Solorzano et al., 2001).

Una red de apoyo familiar (hermano, abuela, tío, etc.) y el apoyo de sus pares (amigos) ayudan a afrontar crisis. (Solorzano et al., 2001).

La integración a grupos sociales (deporte, iglesia, etc), le permite canalizar inquietudes y reduce la exposición a la presión de un solo grupo. (Solorzano et al., 2001).

Integración de la confianza personal a través de un área de destresa como el deporte, música, artesanías. (Solorzano et al., 2001).

Aplicación de responsabilidades como cuidar a un hermano menor o representate estudiantil del paralelo escolar, etc. provoca sentir el poder, la confianza y la capacidad para poder resolver problemas. (Solorzano et al., 2001).

Factores de riesgo.

Biológicos.

Historia familiar de enfermedades hereditarias o alcoholismo, discapacidades accidentales, enfermedades genéticas o cromosómicas. (Solorzano et al., 2001).

Personales.

Baja autoestima, poca tolerancia a las frustraciones, impulsividad, ansiedad, depresión, sentimientos de rechazo, fracaso escolar insatisfactorio. (Solorzano et al., 2001).

Medio familiar.

Disfunción familiar, abuso sexual, malas relaciones interpersonales, padre o madre ausente, familias numerosas, problemas psicológicos, maltrato físico, violencia, etc. (Solorzano et al., 2001).

Medio social.

Desigualdad racial, religiosa o étnica, nivel socioeconómico, presión grupal, pérdida de un amigo, medios de comunicación informáticos. (Solorzano et al., 2001).

CAPITULO III: La familia disfuncional.

Antecedentes.

La disfuncionalidad familiar significa, un quebrantamiento de la función, deficiente funcionamiento, una situación anómala, una dinámica irregular, extraerse de lo establecido en lo referente a roles, funciones y vivencias.

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.

“Una familia disfuncional con el tiempo genera personas disfuncionales, quienes van a trabajar, acuden a la escuela y se relacionan como pueden con los demás,” explica la terapeuta familiar Cecilia Quintero Vásquez. “Los efectos negativos no sólo se observan en los hijos, sean niños o adolescentes, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones.”

Definición de la familia disfuncional

a. Se define como un patrón, porque es un conjunto de características que se presenta de forma constante.

b. Son conductas desadaptativas, por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.

c. son indeterminadas, porque no puede determinarse cual característica se constituyó como factor relevante para el surgimiento de la disfunción y por ende de la patología en la familia.

d. Es permanente, por cuanto su presencia es constante. Hay que considerar sin embargo que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten en Disfuncional por cuanto estos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia los cuales una vez transcurridos y movilizados los recursos recobran su equilibrio y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de Disfuncionalidad Familiar.

e. Dichas características pueden presentarlas uno o varios de los integrantes. El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o que puede influenciar a los integrantes de la familia, para que su sola presencia sea para calificarla como Disfuncional.

f. Estos requieren necesariamente estar en relación directa con los demás miembros para que se genere una dinámica anómala.

Características de la disfunción familiar genérica.

- a. Su dinámica familiar no es saludable.
- b. Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible.
- c. Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios
- d. Impide al interior de la familia el entrenamiento de conductas precurrentes

Proceso de disfunción familiar genérica

Existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por ende equivocado desempeño de Roles Complementarios impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicio de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines. Estas conductas pueden ir desde un trastorno de conducta hasta una alteración psiquiátrica severa. En una relación deficitaria y no saludable de un integrante de la familia con otro familiar, no solamente los afecta a ambos, sino que también alcanza a los demás integrantes de la familia afectándolos de una manera específica o inespecífica pudiendo originar la aparición de formas anómalas del comportamiento. Puede ser que una persona que presente un Factor Predictivo Adictógeno y que se empareje con otra de características psicológicas compatibles, paulatinamente vaya estableciendo un nexo que al asociarse fortuitamente a un Factor de Riesgo de manera y forma permanente, puede ir condicionando lo que posteriormente será una adicción. Si dicho emparejamiento da origen a una familia, se va formar un clima donde la relación entre la pareja y esta con los hijos se desarrolle de manera disfuncional en un tiempo no determinado, características posiblemente orientadas a determinada patología.

Existen sistemas familiares disfuncionales, que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros neurotípicos, psicopatogénicos, psicopatogénicas y Adictogénicos. La disfuncionabilidad familiar así conceptuada puede ocasionar de manera genérica el siguiente tipo de familias:

Clasificación genérica de las familias disfuncionales

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

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

c. 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.

d. 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 adictogenia en la disfuncionabilidad familiar, de la siguiente manera:

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

* Familias disfuncionales adictogénicas pro-adicciones atípicas, es decir que promueven el brote de casos de adicciones atípicas o adicciones no convencionales, entre sus integrantes.

CAPITULO IV: Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

Antecedentes.

La edad promedio que se presentan en los adolescentes estos trastornos para anorexia oscila entre los 12 a 20 años incluso hasta los 25 años de edad.(Benjet, Méndez, Borges, & Medina-mora, 2012)(Gaete, Lopez, & Matamala, 2012)(Fandiño & Giraldo, 2007)(Asociación Americana Psicología, 2014), mientras que para bulimia nerviosa se encuentra entre 12 a 40 años, es decir entre la adolescencia y la etapa del joven adulto.(Santoncini & Romo, 2010) (Asociación Americana Psicología, 2014). Aunque actualmente las patologías alimentarias tienen mayor incidencia en la adolescencia aunque la edad de comienzo es cada vez más temprana. (Gaete et al., 2012). (Portela, Da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, & Raich i Escursell, 2012).

Es más frecuente en el sexo femenino con una proporción de 10 a 1. Las mujeres se encuentran por un lado, han ganado paulatinamente más espacios en la vida pública, una mayor integración en el mercado laboral, la liberación de su estado reproductivo, y por otro lado, muy preocupadas por la forma de su cuerpo y las dietas. (Jesús, Sánchez, & Jáuregui, 2015). (Baker et al., 2012). Mientras en las mujeres los comportamientos de riesgo de los TCA se asocian más con la estética e imagen corporal, en los varones se asocian a problemas de tipo emocional, como falta de efectividad, miedo a madurar y desconfianza.(Jesús et al., 2015).

Hay pocos estudios que han examinado la identidad de género en el prevalencia de la alimentación clínica trastornos y compensatoria comportamientos. Se en control que los grupos transgénero y cisgénero no heterosexual estudiantes universitarios estaban en mayor riesgo de presentar conducta riesgo alimentarias.(Diemer et al., 2015) (Homma, Beaulieu-prévost, Rose, & Scd, 2014).

Definición.

Alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.(Asociación Americana Psicología, 2014).

Clasificación.

De acuerdo a las Clasificaciones Internacionales de Trastornos de Salud Mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y TCA no especificados (TANE/TCANE) o atípicos. (OMS/OPS CIE 10, 2003).

Origen.

Dentro de los posibles orígenes de los TCA se encuentran algunas hipótesis o teorías:

- a. La Teoría del Apego.
- b. Hipótesis de la huida de la hambruna.
- c. Teoría de selección de parentesco.
- d. Hipótesis de la supresión reproductiva.
- e. Teoría de la competencia sexual.

Factores de riesgo.

- a. Factores individuales.
- b. Factores psicosociales.
- c. Factores socioculturales.

Diagnóstico.

En un estudio realizado sobre el uso de la propuesta del DSM-5 para el diagnóstico TCA demuestra una reducción en el número de casos de trastornos de conducta alimentaria no especificada (TCANE). Más específica para el diagnóstico, las categorías tienen el potencial de facilitar el apropiado y justificado tratamiento de este paciente en la población. (Monge et al., 2015).

Pronóstico del Tratamiento.

A pesar de las investigaciones hasta la actualidad los resultados de tratamiento son poco satisfactorios o insatisfactorios. Las personas más jóvenes con AN poseen una tasa de recuperación entre 50 y 70%, mientras que, el resto de los TCA llegan a una tasa de recuperación de hasta el 50%, que se adjunta al hecho de los escasos estudios para el tratamiento en medicina basada en evidencia. (Lopez, Carolina & Theasure, 2011).

CAPITULO V: Trastornos de conducta alimentaria y funcionalidad familiar.

Percepción de la funcionalidad entre miembros de la misma familia.

En un estudio en donde se relacionó la percepción de la funcionalidad familiar entre padre e hija, la percepción de la hija se percibe como más deteriorada. (Olivia et al., 2013).

a. Relación Madre e hija.

Se evaluaron a las madres e hijas con TCA, encontrando que reportan peores relaciones con sus hijas, y que también tuvieron mala relación con sus propias madres. (Olivia et al., 2013).

b. Relación Padre e hija.

Se reconoce en estos casos el perfeccionismo y las altas expectativas, en donde se hallado insatisfacción familiar, rechazo paterno, percepción hacia los padres como distantes y molestos, que sienten las hijas con AN y la satisfacción familiar de sus padres, quizá de debe a que los hombres podría existir menor percepción a las necesidades emocionales y menos dispuestos a reconocer las necesidades de sostén y consuelo, adjuntándose el poco estudio de estos tipos de relaciones. (Olivia et al., 2013).

Experiencias estresantes.

Se refieren a experiencias traumáticas provocadas en el entorno familiar, entre los cuales destacan el abuso sexual, fallecimiento de algún familiar, separación de los padres, cambios de figura paterna o convivir con una nueva pareja de sus padres, discusiones familiares, cambios de domicilio y problemas de salud. (Olivia et al., 2013).

Psicopatología familiar.

Se ha encontrado que las madres y padres de personas con TCA, presentaban depresión, riesgo de TCA, abuso y dependencia de drogas. (Olivia et al., 2013).

Alimentación, peso y figura en la familia.

La apreciación que la familia le concede a la apariencia física puede proveer la preocupación en el peso y figura de las hijas, que las burlas o críticas que percibe el individuo sobre su peso e imagen física impactan sobre la persona pudiendo reflejar síntomas de TCA. La manera como se percibe la madre sobre el peso y la apariencia de sus hijas puede ejercer presión sobre la imagen corporal y hábitos alimentarios, que provocan conductas de supervisión, exigencias del control de apariencia y peso corporales como ocurre en las hijas con sobrepeso, mientras que en las hijas de

bajo peso lo que llama la atención es la comunicación conflictiva a la hora de las comidas. (Jesús, Sánchez, & Jáuregui, 2015).

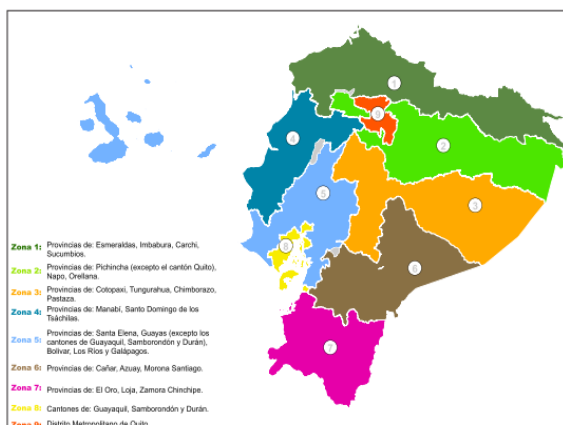
Funcionamiento familiar y TCA.

Las personas con BN presentan bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad y un alto conflicto; mientras que la AN manifiesta una familia rígida y conflictos de comunicación. Y los pacientes con TCANE presentan menos adaptabilidad y baja expresión emocional, pero existe pocos estudios de estos últimos trastornos. (Jesús et al., 2015)(Olivia et al., 2013).

CAPITULO VI: Contextualización del Área de estudio: La Zona 7 de Ecuador.

Con el objetivo de fortalecer y mejorar la articulación entre los diferentes niveles y el gobierno, el ejecutivo en el año 2008 inició la implementación de niveles de planificación en el Ecuador, permitiendo la identificación de necesidades y soluciones efectivas en el accionar público. Para dicho efecto se conformaron nueve zonas equipotentes, siete de ellas compuestas por Provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural, económica y dos zonas integradas por cantones.(SENPLADES, 2015) Fig. 1.

Figura 1. Zonas de planificación de Ecuador.

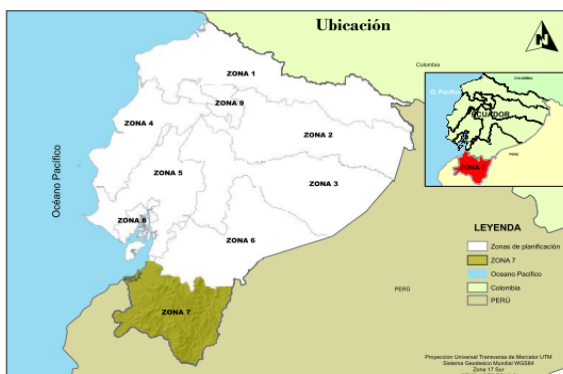


Fuente: INEC: 2010.
Elaboración: Senplades.

Localización.

La Zona 7 se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al Sur y Oriente con Perú, al Occidente con Perú y el Océano Pacífico.(SENPLADES, 2015)Fig. 2.

Figura 2. Ubicación en el Territorio Nacional.

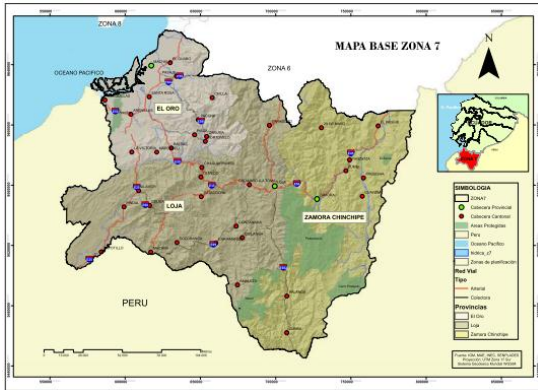


Fuente: INEC: 2010.
Elaboración: Senplades.

División Política

La división política administrativa de la zona, comprende tres Provincias: el Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y Zamora Chinchipe, con 9 cantones y 28 parroquias. (SENPLADES, 2015) Fig 3.

Fiura 3. Zona de Planificación 7.

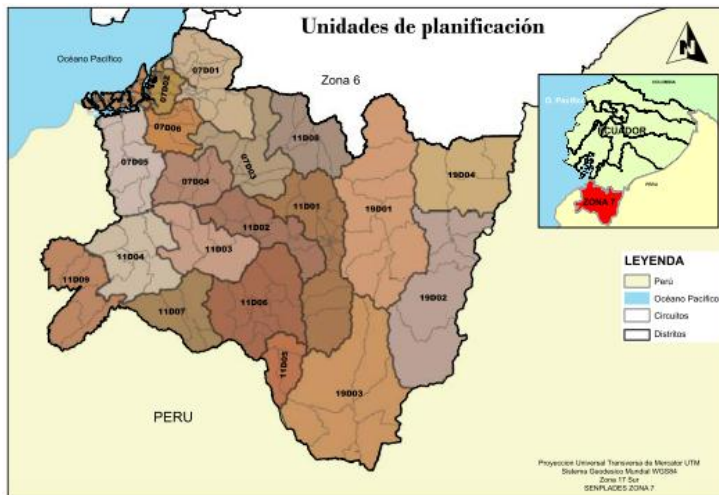


Fuente: INEC: 2010.
Elaboración: Senplades.

Unidades de Planificación.

De acuerdo al Registro Oficial No.290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, es establece que se conformarán 19 Distritos (6 en El Oro, 9 en Loja y 4 en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora chinchipe). (Fig. 4).

Figura 4: Distritos y circuitos de la Zona 7.



Fuente: INEC: 2010.
Elaboración: Senplades.

Tabla 1: Distritos administrativos por provincia Zona 7.

| Provincia | Distrito | Cantón(es) | Nro. de circuitos |
|------------------|----------|--|-------------------|
| El Oro | 07D01 | Chilla, El Guabo, Pasaje | 15 |
| | 07D02 | Machala | 21 |
| | 07D03 | Atahualpa, Portovelo, Zaruma | 9 |
| | 07D04 | Balsas, Marcabelí, Piñas | 6 |
| | 07D05 | Arenillas, Huaquillas, Las Lajas | 8 |
| | 07D06 | Santa Rosa | 7 |
| Loja | 11D01 | Loja | 22 |
| | 11D02 | Catamayo, Chaguarpamba, Olmedo | 9 |
| | 11D03 | Paltas | 5 |
| | 11D04 | Celica, Puyango, Pindal | 7 |
| | 11D05 | Espindola | 3 |
| | 11D06 | Calvas, Gonzanamá, Quilanga | 9 |
| | 11D07 | Macará, Sozoranga | 5 |
| | 11D08 | Saraguro | 6 |
| | 11D09 | Zapotillo | 6 |
| Zamora Chinchipe | 19D01 | Zamora, Yacuambi | 9 |
| | 19D02 | Nangaritza, Centinela del Cóndor, Paquisha | 6 |
| | 19D03 | Chinchipe, Palanda | 7 |
| | 19D04 | Yantzaza, El Pangui | 4 |
| Total | | 19 Distritos | 164 Circuitos |

Fuente: INEC: 2010.

Elaboración: Senplades.

Aspectos físicos generales.

Posee una superficie de 27491,9 km² que representa el 11% del territorio ecuatoriano, distribuido en tres provincias El Oro (5866,6 Km²), Loja (11065 Km²) y Zamora Chinchipe (10559,7 km²). Según el Censo de 2010 tiene una población de 1'141.001 habitantes, que corresponde al 7,9 % del total nacional; 65,7% es urbana y 34,3% es rural. El Oro aglutina el 52,6 % del total zonal; seguida de Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%. La población masculina representa el 50,2% y la femenina 49,8 %.

METODOLOGÍA.

Tipo y Diseño de Investigación.

El presente estudio forma parte del macroproyecto denominado “**Problemática de salud de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 del Ecuador 2016**” integrado por 12 estudiantes de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, explorando diferentes aspectos de la problemática de los adolescentes, a través de encuestas y mediciones antropométricas dirigidas a los adolescentes de las Provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

Se pretende realizar un tipo de estudio cuantitativo no experimental cuyo diseño es de tipo transversal de causalidad.

7.2 Cálculo del Tamaño de muestra.

a. Universo.

Este conformado por la población de adolescentes de bachillerato de las Provincias de El Oro; Loja y Zamora Chinchipe que según la Coordinación Zonal 7 de Educación está calculada en 66733 adolescentes de los cuales pertenecen:

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Provincia de El Oro: | 35.453. |
| Provincia de Loja: | 25.361. |
| Provincia de Zamora Chinchipe: | 5.919. |
| Total de Alumnos: | 66.733. |

Muestra.

Para el cálculo de la muestra se ha utilizado la fórmula de Pita Fernandez a partir del total de estudiantes de 1er 2do y 3er año de bachillerato de las tres provincias de la Zona 7 del Ecuador datos tomados a partir de la base AMIE del Ministerio de Educación:

$$n = \frac{n \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular.

N = Tamaño del universo.

Z = Valor del Nivel de confianza:

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96.

e = Límite aceptable de error muestral e: 0,03 (3%).

p = Es la proporción que esperamos encontrar. Valor aproximado del parámetro que queremos medir. p:0,07 (7 %).

Provincia de El Oro.

$$n = \frac{34018 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(35453-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 276 \text{ (valor ajustado a perdidas= 324).}$$

Provincia de Loja.

$$n = \frac{25246 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(25361-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 275 \text{ (valor ajustado a perdidas= 322).}$$

Provincia de Zamora Chinchipe.

$$n = \frac{6554 (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)}{(5919-1) \cdot 0,03^2 + (1,96)^2 \cdot 0,07 \cdot (1-0,07)} = 267 \text{ (valor ajustado a perdidas= 314).}$$

Total de Muestra: **960 adolescentes.**

Análisis de la Potencia Estadística.

La potencia estadística fue realizada en conjunto con el cálculo del tamaño de la muestra, trabajando con una potencia deseada mínima del 80%; para dicha verificación se utilizó el software GPower v. 3.1 y Fórmula de Pita Fernández.

Muestreo Aleatorio Estratificado.

Se realizará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple a través del sistema informático Microsoft Excel para seleccionar los Colegios de cada Provincia; y por conglomerados para los estudiantes de 1ero, 2do y 3er año de bachillerato hasta completar el total de la muestra para esa provincia, de la siguiente forma:

De la base AMIE del Ministerio de educación se ha seleccionados los establecimientos de bachillerato que cumplan los criterios de inclusión, luego se realizó los estratos muestrales de los establecimientos tomando en cuenta el número de estudiantes, índice de urbanidad tipo de establecimiento (fiscal, particular y fisco misional), jornada de estudio (matutinos vespertinos nocturnos y a distancia, existiendo una verdadera representatividad de cada uno de los grupos

estudiados. Es así que se determinó los establecimientos a visitar y el número de encuestas a realizar en cada uno de estos:

Tabla 3. Distribución de Colegios en la Provincia de Loja.

| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | TOTAL BACHILLERATO | ESTRATOS | MUESTRA |
|--------------|----------|------------------|---|--------------------|-----------|------------|
| LOJA | CALVAS | CARIAMANGA | INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR CARIAMANGA | 209 | ESTRATO 2 | 30 |
| LOJA | CELICA | POZUL (SAN JUAN) | MAXIMILIANO RODRIGUEZ | 122 | ESTRATO 1 | 27 |
| LOJA | LOJA | EL SAGRARIO | INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR BEATRIZ CUEVA DE AYORA | 1038 | ESTRATO 6 | 26 |
| LOJA | LOJA | VALLE | UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT HNO ANGEL PASTRANA | 554 | ESTRATO 3 | 23 |
| LOJA | LOJA | EL SAGRARIO | UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL SUDAMERICANO | 85 | ESTRATO 1 | 27 |
| LOJA | LOJA | EL SAGRARIO | UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL VICENTE ANDA AGUIRRE | 926 | ESTRATO 5 | 32 |
| LOJA | LOJA | SAN SEBASTIAN | COLEGIO EXPERIMENTAL BERNARDO VALDIVIESO | 1612 | ESTRATO 9 | 19 |
| LOJA | LOJA | VALLE | INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DANIEL ALVAREZ BURNEO | 1546 | ESTRATO 8 | 18 |
| LOJA | LOJA | VILCABAMBA (VIC) | COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA | 323 | ESTRATO 2 | 30 |
| LOJA | MACARA | GENERAL ELOY ALF | MACARA | 625 | ESTRATO 4 | 14 |
| LOJA | SARAGURO | SARAGURO | CELINA VIVAR ESPINOSA ITS | 424 | ESTRATO 3 | 24 |
| LOJA | LOJA | SAN LUCAS | UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT MONS LEONIDAS PROA | 35 | ESTRATO 1 | 25 |
| LOJA | LOJA | SUCRE | COLEGIO DR. ANTONIO PEÑA CELI | 86 | ESTRATO 1 | 27 |
| TOTAL | | | | 7585 | | 322 |

Fuente: Matriz AMIE del Ministerio de Educación.
Elaboración: MD. Carlos Iñiguez.

Tabla 4. Distribución de Colegios en la Provincia de El Oro.

| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | TOTAL BACHILLERATO | ESTRATOS | ENCUESTAS |
|--------------|------------|---------------------|------------------------------|--------------------|------------|------------|
| EL ORO | ZARUMA | ZARUMA | 26 DE NOVIEMBRE | 547 | ESTRATO 3 | 21 |
| EL ORO | MACHALA | LA PROVIDENCIA | SAGRADO CORAZON DE JESUS | 21 | ESTRATO 1 | 23 |
| EL ORO | SANTA ROSA | SANTA ROSA | SANTA ROSA | 502 | ESTRATO 3 | 22 |
| EL ORO | ARENILLAS | ARENILLAS | ARENILLAS | 657 | ESTRATO 4 | 27 |
| EL ORO | EL GUABO | EL GUABO | DR JOSE MARIA VELASCO IBARRA | 602 | ESTRATO 4 | 50 |
| EL ORO | PASAJE | OCHOA LEON (MATRIZ) | CARMEN MORA DE ENCALADA | 984 | ESTRATO 5 | 30 |
| EL ORO | PASAJE | OCHOA LEON (MATRIZ) | EDUARDO PAZMIÑO BARCIONA | 240 | ESTRATO 2 | 21 |
| EL ORO | MACHALA | MACHALA | JUAN HENRIQUEZ COELLO | 292 | ESTRATO 2 | 21 |
| EL ORO | PASAJE | CASACAY | FRANCISCO OCHOA ORTIZ | 40 | ESTRATO 1 | 23 |
| EL ORO | MACHALA | MACHALA | ISMAEL PEREZ PAZMIÑO | 1231 | ESTRATO 7 | 12 |
| EL ORO | MACHALA | MACHALA | 9 DE OCTUBRE | 2342 | ESTRATO 12 | 22 |
| EL ORO | MACHALA | MACHALA | 9 DE MAYO | 1023 | ESTRATO 6 | 22 |
| EL ORO | MACHALA | LA PROVIDENCIA | JUAN MONTALVO | 869 | ESTRATO 5 | 30 |
| TOTAL | | | | 9350 | | 324 |

Fuente: Matriz AMIE del Ministerio de Educación.
Elaboración: MD. Carlos Iñiguez.

Tabla 5. Distribución de Colegios en la Provincia de Zamora Chinchipe.

| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | TOTAL BACHILLERATO | ESTRATOS | MUESTRA |
|------------------|-----------------|-----------|---|--------------------|-----------|------------|
| ZAMORA CHINCHIPE | EL PANGUI | EL PANGUI | UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT PANGUI | 171 | ESTRATO 2 | 22 |
| ZAMORA CHINCHIPE | YANTZAZA | YANTZAZA | INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PRIMERO DE MAYO | 711 | ESTRATO 5 | 34 |
| ZAMORA CHINCHIPE | YANTZAZA | YANTZAZA | JUAN XXIII | 261 | ESTRATO 2 | 22 |
| ZAMORA CHINCHIPE | YANTZAZA | YANTZAZA | MARTHA BUCARAM DE ROLDOS | 343 | ESTRATO 3 | 24 |
| ZAMORA CHINCHIPE | CENTINELA DEL C | ZUMBI | UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXTEN SAN ISIDRO | 27 | ESTRATO 1 | 27 |
| ZAMORA CHINCHIPE | CHINCHIPE | ZUMBA | UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT GUARIMIZAL | 30 | ESTRATO 1 | 27 |
| ZAMORA CHINCHIPE | CHINCHIPE | ZUMBA | TÉCNICO INDUSTRIAL ZUMBA | 228 | ESTRATO 2 | 23 |
| ZAMORA CHINCHIPE | PALANDA | PALANDA | UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ZAMORA CH EXT FATIMA | 5 | ESTRATO 1 | 27 |
| ZAMORA CHINCHIPE | PAQUISHA | PAQUISHA | UNIDAD EDUC EXPERIMENTAL A DISTANCIA ESXT NUEVO QUITO | 17 | ESTRATO 1 | 27 |
| ZAMORA CHINCHIPE | ZAMORA | ZAMORA | 12 DE FEBRERO | 686 | ESTRATO 5 | 33 |
| ZAMORA CHINCHIPE | ZAMORA | ZAMORA | INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR SAN FRANCISCO | 369 | ESTRATO 3 | 25 |
| ZAMORA CHINCHIPE | ZAMORA | ZAMORA | MADRE BERNARDA | 177 | ESTRATO 2 | 23 |
| TOTAL | | | | 3025 | | 314 |

Fuente: Matriz AMIE del Ministerio de Educación.
Elaboración: MD. Carlos Iñiguez.

Criterios de inclusión.

- Adolescentes que asisten al 1ero, 2do y 3er año de Bachillerato de los Colegios de las Provincias de El Oro Loja y Zamora Chinchipe y que expresen su deseo de participar en el estudio a través del documento de asentimiento informado y consentimiento informado por parte de sus padres o representantes legales.

Criterios de Exclusión.

- Adolescentes de 1er, 2do y 3er año de bachillerato que al momento de realizar el estudio no se encuentren presentes.
- Estudiantes de 20 años y más que estén asistiendo al bachillerato, consideradas según la Organización Mundial de la Salud como adultos jóvenes.

7.5 Recolección de información.

Se aplicará a los adolescentes una encuesta anónima que incluya la información demográfica, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC; el instrumento de funcionalidad familiar FFSIL y el Test de Actitudes Alimentarias.

Instrumentos.

Test de Funcionalidad Familiar FFSIL.

Instrumento que permite diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, de que es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias como familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales. (González, De, & Freiiome, 1990).

Confiabilidad.

La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson fue de 0,42, la relación positiva existe pero no es perfecta. (Nuñez, 2010).

Validez.

El Alfa de Crombach va de 0,91 a 0,94. Este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables. El instrumento fue validado en 52 países y permitirá valorar a las familias de manera integral en su estructura y funcionalidad. (Nuñez, 2010); para el presente estudio se realizará la validación respectiva para nuestro medio.

Test de Actitudes Alimentarias (EAT 26).

Creada por Garder, Rosen and Barren en 1998, que consta de 26 ítems divididos en cuatro parámetros (a) *bulimia*: 6 ítems; b) *dieta*: 6 ítems; c) *preocupación por la comida*: 7 ítems, y d) *control oral*: 5 ítems) (La confiabilidad por subescala fue más alta en BN (89,1%), seguida por dieta (85,7%), control oral (81,8%) y preocupación por la comida (75,6%)) con una confiabilidad de todo el test de 92,1, el valor de corte ≥ 11 tiene una sensibilidad del 100,0% (IC 95%: 86,3-100,0%) y una especificidad del 85,6% (IC 95%: 77,6-91,5%). También tiene un VPP (valor predictivo positivo) del 61,0% (Intervalo de Confianza (IC) de 95%: 44,5-75,8), un VPN (valor predictivo negativo) del 100,0% (IC 95%: 96,2-100,0%) (Constaín et al., 2014), y se contestara a través de una escala de Likert, y así encontrar riesgos de presentar Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), no riesgo de TCA y alta Probabilidad de TCA.

Consideraciones Éticas.

Para el desarrollo del presente proyecto de tesis será necesaria la participación de los adolescentes de los Colegios en estudio; a partir de un documento de asentimiento y consentimiento informado (ver Anexos).

Se considerará los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Se informará al participante sobre los objetivos del estudio, su duración, los beneficios del mismo para él y su familia y la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo considere.

Análisis de Datos.

Fase de Inicio:

Realización de prueba piloto para la validación de los instrumentos de investigación.

Solicitud por escrito a la Coordinación Zonal de Educación para la autorización de la realización del presente estudio en los Colegios de las tres Provincias; para posteriormente realizar del muestreo de la población a trabajar.

Fase de implementación:

Se realizará la aplicación de la encuesta socioeconómica del INEC, el instrumento de funcionalidad familiar FFSIL y EAT-26, para posteriormente organizar y analizar la información.

Fase de finalización:

Plan de Análisis:

- Para describir las características demográficas y socioeconómicas de la población de estudio se utilizará frecuencias, porcentajes y desviación estándar.
- Para analizar la asociación entre la disfuncionalidad familiar y las conductas de riesgo para TCA, se utilizará el odds ratio con intervalo de confianza al 95%.
- A partir de los resultados se realizará el análisis por asociación de variables que forman parte del estudio, identificado el riesgo relativo y tomando como puntaje significativo del chi- cuadrado de Pearson aquellos puntajes inferiores a 0.05 a través del programa informático SPSS.
- Posteriormente se realizará una discusión contrastando los resultados con la revisión teórica.

Operacionalización de Variables.

| Definición conceptual | Dimensiones | Indicador | Escala |
|--|---|--|--|
| <p>Variable independiente</p> <p>Funcionalidad Funcional:</p> <p><i>Considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia.</i></p> | <p>Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas</p> | <p>Preguntas 1 y 8 Test</p> <p>FFSIL</p> | 1. Familia Funcional |
| | <p>Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo</p> | <p>Preguntas 2 y 13 Test</p> <p>FFSIL</p> | 2. Familia Moderadamente Funcional |
| | <p>Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de formas clara y directa.</p> | <p>Preguntas 5 y 11 Test</p> <p>FFSIL</p> | |
| | <p>Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.</p> | <p>Preguntas 7 y 12 Test</p> <p>FFSIL</p> | 3. Familia Disfuncional |
| | <p>Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unas a los otros.</p> | <p>Preguntas 4 y 14 Test</p> <p>FFSIL</p> | |
| | <p>Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.</p> | <p>Preguntas 3 y 9 Test</p> <p>FFSIL</p> | 4. Familia Severamente Disfuncional |
| | <p>Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.</p> | <p>Preguntas 6 y 10 Test</p> <p>FFSIL</p> | |
| <p>Variable dependiente.</p> <p>Trastornos de conducta alimentaria</p> <p><i>Alteración o comportamiento persistente en la alimentación en relación con la alimentación que lleva a un cambio en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro de la salud física, social o psicológica.</i></p> | <p>Dieta.</p> <p>Bulimia y preocupación por la comida.</p> <p>Control oral.</p> | <p>Preguntas 1,6,7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26</p> <p>Preguntas 3, 4, 9, 18, 21, 25</p> <p>Preguntas 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20</p> | <p>Mayor de 20 puntos: riesgo de trastornos de conducta alimentaria.</p> |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------------|
| <u>Variables intervinientes.</u> | Rasgo biológico de la persona. | Cédula de identidad | Hombre |
| Sexo. | | | Mujer |
| <i>Atributo que define a ser hombre o ser mujer.</i> | | | |
| Edad: | Tiempo en años | Fecha de nacimiento | 15 años |
| <i>Periodo de tiempo desde el nacimiento de un ser humano hasta la presente fecha.</i> | | | 16 años |
| | | | 17 años |
| | | | 18 años |
| Condiciones socio económicas | | | 19 años |
| <i>Características económicas de una población humana.</i> | | | |
| | Características de la vivienda | Encuesta INEC 2010, de Estratificación del Nivel Socioeconómico | Grupos socioeconómicos: |
| | Acceso a la tecnología | | Alto: 845,1 a 1000 puntos |
| | Posición de bienes | | Medio alto: 656,1 a 845 puntos |
| | Hábitos de consumo | | Medio típico: 535,1 a 696 puntos |
| | Nivel de educación | | Medio bajo: 316,1 a 535 puntos |
| | Actividad económica del hogar | | Bajo: 0 a 316 puntos. |

Área de Estudio.

El estudio se realizará en la Zona de Planificación Territorial 7 La Zona que se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al Sur y Oriente con Perú, al Occidente con Perú y el Océano Pacífico. Dicha La zona, comprende tres Provincias: el Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y Zamora Chinchipe, con 9 cantones y 28 parroquias. Dicho estudio se realizará en 13 Colegios de la Provincia de Loja, 13 de la Provincia de El Oro y 12 de la Provincia de Zamora de acuerdo a los estratos definidos tomando en cuenta el número de estudiantes, índice de urbanidad tipo de establecimiento (fiscal, particular y fisco misional), jornada de estudio (matutinos, vespertinos, nocturnos y a distancia).

Aspectos Administrativos:

Talento Humano.

Postgradista: MD. Carlos Iñiguez.

Equipo de tutores y Asesores.

Director de Tesis: Dr. Luis Murillo

Asesor Metodológico: Ing. José González Estrella.

Recursos materiales.

| Id | Nombre del recurso | Tipo | Etiqueta de material | Iniciales | Grupo | Capacidad máxima | Tasa estándar |
|----|----------------------|----------|----------------------|-----------|-------|------------------|---------------|
| 1 | Computadora | Material | toshiba satellite | C | | | \$2.000,00 |
| 2 | Impresora | Material | epson tinta | I | | | \$250,00 |
| 3 | Calculadora | Material | | C | | | \$50,00 |
| 4 | Balanza de precision | Material | seca | B | | | \$250,00 |
| 5 | tallimetro | Material | seca | t | | | \$50,00 |
| 6 | papel | Material | bond | p | | | \$120,00 |
| 7 | CD | Material | samsung | C | | | \$3,50 |
| 8 | flash memory | Material | k | f | | | \$8,00 |
| 9 | lapiceros | Material | big | I | | | \$0,35 |
| 10 | lapiz | Material | mongol | I | | | \$0,35 |
| 11 | borradores | Material | pelikan | b | | | \$3,00 |
| 12 | marcadores 1 | Material | permannte | m | | | \$1,00 |
| 13 | marcadores 2 | Material | borrable | m | | | \$1,00 |
| 14 | fotocopias | Material | sn | f | | | \$0,01 |
| 15 | impresión | Material | sn | i | | | \$0,05 |
| 16 | anillados | Material | sn | a | | | \$2,00 |
| 17 | encuadernacion | Material | sn | e | | | \$8,00 |
| 18 | movilizacion | Costo | | m | | | |
| 19 | viaticos | Trabajo | | v | | 100% | \$10,00/hora |
| 20 | camara digital | Material | samsung | c | | | \$350,00 |
| 21 | tablero | Material | madera | t | | | \$5,00 |
| 22 | grapadora | Material | bic | g | | | \$10,00 |
| 23 | grapapas | Material | | g | | | \$1,00 |
| 24 | clips | Material | | c | | | \$1,00 |
| 25 | sacapuntas | Material | | s | | | \$1,00 |
| 26 | sobremanila | Material | | s | | | \$1,00 |
| 27 | digitadores | Trabajo | | d | | 100% | \$1,00/hora |
| 28 | folliador | Material | | f | | | \$10,00 |
| 29 | refrigerio | Trabajo | | r | | 100% | \$2,00/hora |
| 30 | internet | Costo | | i | | | |

Anexo 26

Certificado de Traducción del Resumen



Washington
ENGLISH INSTITUTE

WEIL - Nº 0000361

Más práctica por minuto... menor tiempo de aprendizaje.....

Yo, Freddy Paúl Castillo H., profesor de WEI English Institute;

Certifico:

Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que las traducciones de los siguientes:

Resumen de Tesis

para: **IÑIGUEZ ORDOÑEZ CARLOS ERI**
es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender.

Firmado en Loja al primer día del mes de febrero de 2017.

