

PS
HB (2)



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERIA

TESIS:

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A ALGUNOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL
AAHH. JUAN CARLOS DEL AGUILA.
IQUITOS, 2009**

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORAS:

Bach. Enf. PEZO ROMERO, Iris Julieta.

Bach. Enf. YUMBATO YEPEZ, Jerly Ruth.

Bach. Enf. PEÑA JIMENEZ, Fritzy Seomara.

IQUITOS – PERÚ

2009



403
**BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

01/20/11

TESIS: "FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A ALGUNOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL
AAHH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS 2009"

AUTORAS:

Bach. Enf. Peña Jimenez, Fritzy Seomara.

Bach. Enf. Pezo Romero, Iris Julieta.

Bach. Enf. Yumbato Yopez Jerly Ruth

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre los factores familiares y algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres, de 15 a 19 años, residentes del AAHH Juan Carlos del Águila del distrito de Iquitos año 2009. El método de investigación fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal, descriptivo y de correlación. Se estudió a 92 adolescentes previamente seleccionados mediante el muestreo probabilístico al azar simple, aplicando dos instrumentos: Test de valoración de factores familiares que tuvo una validez de 91.0% y confiabilidad de 92.4% y el Test de tendencia a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes con una validez de 93 % y confiabilidad de 87%. El propósito fue responder a la hipótesis planteada "Existe asociación estadística significativa entre factores familiares y algunos trastornos de conducta alimentaria, en adolescentes residentes del AAHH Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009" y el resultado general es que existe asociación estadística significativa entre la comunicación familiar ($p < -0.007 < \alpha 0.05$), funcionalidad familiar ($p < -0.017 < \alpha 0.05$), autoridad paterna/materna ($p < -0.15 < \alpha 0.05$) y la tendencia a anorexia nerviosa; asimismo, existiendo asociación significativa entre la comunicación familiar ($p < -0.009 < \alpha 0.05$), funcionalidad familiar ($p < -0.015 < \alpha 0.05$), autoridad paterna/materna ($p < -0.007 < \alpha 0.05$) y la tendencia a bulimia nerviosa; aceptándose la hipótesis de estudio.

Palabras claves: factores, familiares, trastornos, conducta alimentaria

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro sincero y profundo agradecimiento a las siguientes personas:

Dra. Marina, GUERRA VASQUEZ, asesora de la tesis, por su apoyo profesional, carácter, tiempo, consejos sabios, dedicación y comprensión, con la que ha guiado la investigación a lo largo de su desarrollo.

Dra. Eva Lucia MATUTE PANAIFO, por el apoyo estadístico que acertadamente nos ha brindado.

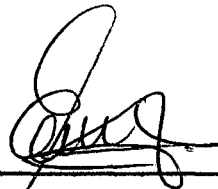
Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA, Dra. Alba Luz VASQUEZ VASQUEZ y Mgr. Carmen CHUQUIPIONDO CARRANZA, docentes miembros del jurado calificador, por sus valiosas sugerencias y oportunos aportes, en el desarrollo de la investigación.

Sra. Jessica ORTIZ GARCÍA, presidenta del AA.HH. Juan Carlos Del Águila, por aceptar y facilitarnos la autorización para la aplicación de los instrumentos.

A las adolescentes del AA.HH. Juan Carlos Del Águila, participantes en la investigación, por brindarnos su valioso tiempo y sus experiencias tempranas.


Sra. Lady SAAVEDRA BARDALES, secretaria del Instituto de Investigación de la Facultad de Enfermería, por su valioso apoyo y orientación en los trámites y responsabilidades a considerar.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PÚBLICA EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA EN LA FECHA DE DEL 2010, ANTE LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:



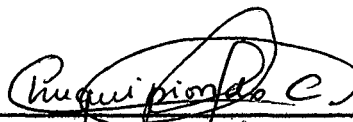
Lic. Enf. Zulema ORBE GAVIOLA, Mgr.

Presidenta



Lic. Enf. Alba Luz VÁSQUEZ VÁSQUEZ, Dra.

Miembro



Lic. Enf. Carmen CHUQUIPIONDO CARRANZA, Mgr.

Miembro



Lic. Enf. Marina GUERRA VÁSQUEZ, Dra.

Asesora

DEDICATORIA

Doy gracias a nuestro padre celestial, por haberme dado la vida, salud, la fuerza espiritual, por iluminar y guiar mis pasos hacia la culminación de mi carrera profesional.

A mis padres: "María y Edgardo", porque siempre han estado conmigo en los momentos más difíciles y alegres de mi vida, les agradezco por su apoyo incondicional durante el tiempo de mi formación profesional.

Con mucho amor a mis hijitas: Gabriela y Galilea, por brindarme su cariño, paciencia y por darme las fuerza necesarias para seguir adelante en las adversidades durante toda mi carrera profesional.

IRIS JULIETA

DEDICATORIA

Agradezco a Dios, por darme el precioso regalo de la vida, salud y fuerza espiritual para cumplir mis metas trazadas y permitirme culminar satisfactoriamente mi deseo de ser profesional.

A mis queridos padres: Germán y Angélica, por el constante e incansable esfuerzo de apoyarme durante toda mi formación profesional

Con especial cariño a mi hija Briseth, por ser la luz que me iluminó durante todo este tiempo y me dio la fuerza necesaria para culminar exitosamente la carrera profesional.

FRITZY SEOMARA

DEDICATORIA

A DIOS por regalarme la vida, por enseñarme a vencer mis miedos y por permitirme, la culminación de mi carrera profesional.

A mis queridos padres: OSCAR y ANA, por su apoyo y sacrificio incondicional, a ellos mi eterna gratitud.

A mis hijos DIEGO y MARCELO, por ser la razón de mi superación y así poder lograr la culminación de mis logros.

A mi Esposo MARCELO por su apoyo, paciencia y amor incondicional, ya que sin ello no hubiera sido posible la culminación de mi Carrera profesional.

JERLY RUTH

INDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	
1. Introducción	01
2. Planteamiento del problema	05
3. Objetivos	06
CAPITULO II	
1. Marco Teórico	07
2. Definiciones Operacionales	23
3. Hipótesis	25
CAPITULO III	
1. Método y Diseño de Investigación	26
2. Población	27
3. Muestra	27
4. Técnicas e Instrumentos	32
5. Procedimientos de recolección de datos	33
6. Análisis de datos	35
7. Limitaciones	36
8. Protección de los Derechos Humanos	37
CAPITULO IV	
1. Resultados	38
2. Discusión	45
3. Conclusiones	59
4. Recomendaciones	60
5. Bibliografía	62
6. Referencias Bibliográficas	66
Anexos	71

INDICE DE TABLAS

Nº	TITULOS	Pág.
01	Tipo de Comunicación familiar en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	33
02	Tipo de Funcionalidad familiar en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009”	34
03	Tipo de Autoridad paterna/materna en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	35
04	Tendencia a anorexia en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	36
05	Tendencia a bulimia en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	37
06	Comunicación familiar y tendencia a anorexia en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	38
07	Funcionalidad familiar y tendencia a anorexia en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	39
08	Autoridad paterna/materna y tendencia a anorexia en adolescentes residentes en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	40
09	Comunicación familiar y tendencia a bulimia en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	41
10	Funcionalidad familiar y tendencia a bulimia en adolescentes residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009.	42

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La familia es el núcleo social y cultural que provee a sus miembros los elementos necesarios para el patrón formativo de la conducta y comportamiento como ser humano, en consecuencia forma también la conducta alimentaria, y si ésta es inadecuada puede evidenciar diversos trastornos, como la anorexia y la bulimia nerviosa. ⁽¹⁾

Así nos muestra la investigación realizada por LORETO, C. María en la región metropolitana de Chile sobre riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en la población adolescente escolar, que encontró: 8,3% con riesgo de trastornos de conducta alimentaria, siendo la mayor prevalencia de riesgo a TCA en colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos, tales como bajo (11,3%), medio (8,3%) y alto (5,1%). Asimismo, hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo 12 años o menos (10,3%), entre los 13 y 15 años (8,6%), y 7,4% para las de más de 16 años. ⁽²⁾

Por otro lado, en un estudio realizado en nuestro país por PLASENCIA, L. sobre trastornos de conducta alimentaria (TCA) en adolescentes del Callao, reporta un incremento de 20 veces más en los últimos 10 años del número de casos de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, pues los cinco casos que el hospital Honorio Delgado reportó en 1996, aumentó a 100 el año 2008, indicando además que la enfermedad se ha extendido hacia sectores populares y emergentes, y ya no solo a los sectores económicos más altos y acomodados. ⁽³⁾

Así mismo, SALVADOR M. (Perú, 2004), en un estudio realizado sobre trastornos alimenticios en 34 adolescentes, encontró: 17 con bulimia nerviosa, 5

con anorexia nerviosa y 12 con algún trastorno alimentario no especificado. Además, que las madres muy exigentes en cuanto a calificaciones del rendimiento escolar o a un aspecto físico agradable (desear ver a sus hijos delgados, inculcarles la idea de que si están gorditos no son atractivos), propician o inducen a sus hijos a desarrollar comportamientos relacionados a trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia. ⁽⁴⁾

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) en el año 2004 es de 0,2% para la anorexia, 0,1% para la bulimia nerviosa, 4,5% para las conductas bulímicas y 5,1% para aquellos con tendencia a problemas alimentarios. ⁽⁶⁾ Pero, en nuestro medio éstos trastornos constituyen un tema poco divulgado, haciendo que no sean reconocidos como enfermedades. ⁽⁵⁾

Es así que en las últimas décadas, se observa que la cultura sobre la estética y la belleza han sufrido una serie de cambios, producto de la globalización y las nuevas tendencias que ofrece el mundo de hoy, afectando principalmente a los adolescentes en etapa de crisis de aceptación de su imagen corporal, quienes generalmente admiran o valoran como bello una contextura delgada del cuerpo, motivados por la publicidad, la moda, deportes y los mensajes que transmiten los medios masivos de comunicación; que corresponden a contexturas corporales propias de personas que presentan síntomas de trastornos alimentarios como anorexia, bulimia y otros, que en épocas pasadas eran considerados problemas únicamente de personas que vivían en zonas urbanas, con nivel socioeconómico alto y vinculadas a actividades deportivas, artísticas y de modelaje, pero hoy en día se observa también en adolescentes de nivel socioeconómico bajo y aun en las que viven en zonas rurales. ⁽⁶⁾

Además, en las prácticas efectuadas durante nuestra formación profesional como enfermeras, se pudo observar y tomar conciencia de que la información verbal que los padres dan a sus hijos influye de manera positiva o negativa en la vida de éstos y puede predisponer a la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, sobre todo si al futuro adolescente le es transmitido el concepto de belleza y delgadez como sinónimo de triunfo en la vida.

Por éste motivo, nos hemos sentimos sensibilizados para estudiar ésta problemática planteándonos la siguiente interrogante: **¿Existe asociación entre Factores Familiares: comunicación familiar, funcionalidad familiar, autoridad paterna y algunos trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, en adolescentes de 15 a 19 años, residentes en el AAHH Juan Carlos del Águila. Iquitos - 2009?**

Los resultados obtenidos en la investigación, permiten disponer de información oportuna para comprender la importancia de la participación de la familia en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, empezando con la formación de hábitos alimentarios saludables desde los primeros años de vida. Creemos que ello es un proceso clave para brindar aportes significativos en la formación del profesional de Enfermería quienes tenemos la responsabilidad de brindar atención integral a las familias con adolescentes que presenten factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; aplicando estrategias innovadoras en el área preventivo promocional, en los tres niveles de prevención, para favorecer la salud mental de los miembros de la familia y en especial del adolescente.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

**¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES FAMILIARES:
COMUNICACIÓN FAMILIAR, FUNCIONALIDAD FAMILIAR,
AUTORIDAD PATERNA Y ALGUNOS TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA
NERVIOSA BULIMIA NERVIOSA, EN
ADOLESCENTES DE SEXO FEMENINO
DE 15 A 19 AÑOS, RESIDENTES DEL
AA.HH.JUAN CARLOS DEL
AGUILA. IQUITOS-
2009?**

2. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la asociación que existe entre los factores familiares y algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, de 15 a 19 años de sexo femenino residentes en el AAHH Juan Carlos del águila del Distrito de Iquitos año 2009.

ESPECIFICOS:

- 1. Identificar factores familiares, como: comunicación familiar, funcionalidad familiar y autoridad paterna, en los adolescentes sujetos de estudio.**
- 2. Identificar algunos trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, en los adolescentes sujetos de estudio.**
- 3. Relacionar los factores familiares con algunos trastornos de conducta alimentaria, en los adolescentes sujetos de estudio.**

CAPITULO II

I. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES:

La ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS (Perú, 2005), en un estudio epidemiológico realizado en adolescentes de Lima Metropolitana y el Callao, encontró: 0,1% de prevalencia de anorexia nerviosa, 0,8% con bulimia nerviosa, 3,8% con conductas bulímicas de por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses y 8,3% con tendencia a problemas alimentarios con inducción al vómito, toma de laxantes, ejercicios físicos excesivos (más de dos horas/día), e ingesta de supresores del apetito o diuréticos con la finalidad de perder peso. ⁽⁷⁾

Por otro lado, en las últimas décadas se ha producido un aumento constante en la incidencia de anorexia nerviosa en la población adolescente, que va del 1 al 2% de la población total, que es preocupante puesto que los trastornos de la conducta alimentaria son la primera causa de muerte no traumática (causa psiquiátrica o endocrina) que ocurre con mayor frecuencia en mujeres en un promedio de 10:1 respecto a los varones adolescentes y que a pesar de existir el prejuicio de que solo afecta a la clase media o alta, se conoce que puede afectar en todas las clases sociales. ⁽⁸⁾

Asimismo, LEÓN y CASTILLO (2005), citado por García Sandoval Clara (Murcia España 2009), refiere que el trastorno de la conducta alimentaria es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los adolescentes con una prevalencia del 1 al 3% para la anorexia nerviosa y del 0,6 al 13% para la bulimia nerviosa, ambas con una proporción de 1 hombre por cada 9 mujeres y una media de iniciación del trastorno hacia los 15 años. ⁽⁹⁾

De otro lado, CRUZAT C. y RAMÍREZ P. (Chile - 2008), refieren que en estudios realizados en países europeos, asiáticos y de Estados Unidos por Van Hoeken, Seidell encontraron 15 casos por cada 100 mil personas al año para anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al año para la bulimia, evidenciando un aumento en la incidencia de anorexia nerviosa en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad ⁽¹⁰⁾.

FACTORES FAMILIARES:

En cuanto a los factores familiares AMAYA G. (Argentina, 2008), refiere que no existe un tipo de familia en particular que promueva trastornos como la bulimia y la anorexia, pero que los factores familiares negativos como los hereditarios y ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos de la conducta alimentaria. De ésta manera, se reporta que en la mayoría de los casos de trastornos de la conducta alimentaria, los pacientes provienen de familias con autoridad paterna rígidas o autoritarias, donde existe un excesivo control o mucha presión familiar y en cierta forma los miembros de éstas familias se resisten a aceptar positivamente los cambios físicos y psicológicos que sufre el adolescente. ⁽¹¹⁾

COMUNICACIÓN FAMILIAR:

La comunicación, es el mejor medio o herramienta que utilizan los seres humanos para dar a conocer sus pensamientos, sentimientos, deseos, etc. a través de los signos orales y escritos, los mismos que poseen un significado, donde el lenguaje es entendido como todo procedimiento que sirve para comunicarse. Es así que en la adolescencia se producen una serie de cambios físicos y psicológicos, que necesitan tener un afrontamiento eficaz, la ayuda y comunicación con la familia, aunque los adolescentes casi nunca recurren a ella. ⁽¹²⁾

Sin embargo, AITZIBER L. (Chile, 2007), refiere que el adolescente trata de individualizarse y profundizar más en lo que le difiere que en lo que le une al espacio familiar, mientras que paradójicamente crea vínculos y relaciones de pertenencia entre sus amistades o pares, y esta actitud suele venir precedida por una falta de comunicación familiar o por el mal uso de la misma. ⁽¹³⁾

Por ello, CANO A. (España, 2005), refiere que para evitar la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los hijos adolescentes, la familia debe mejorar su dinámica en la relación madre/padre – hija/hijo, favorecer la comunicación familiar, aprender a transmitir opiniones especialmente aquellos con los que no está de acuerdo, de forma asertiva y constructiva, evitando la crítica sobre el peso y la figura corporal. ⁽¹⁴⁾

Además, BAROCIO S. (México, 2004), refiere que el padre y la madre del adolescente, pueden ayudarlo a establecer una relación saludable con la comida y a crear una imagen corporal positiva manteniendo la puerta abierta a la comunicación, ya que esto es frecuentemente el primer paso y a veces el único para resolver los problemas entre padres y adolescentes. ⁽¹⁵⁾

Tipos de comunicación familiar:

Existen diversas formas de tipificar la comunicación familiar, una de ellas es la planteada por ESTEVEZ E. (México, 2005), que en una investigación realizada sobre los tipos de comunicación entre padres y adolescentes, propone dos formas de comunicación relacionados con los problemas de salud mental y con el grado de malestar experimentado por los adolescentes, que son:

Comunicación Familiar Abierta: cuando la comunicación en la familia es fluida, con intercambio de opiniones de manera clara, respetuosa, afectiva y

psicológico del adolescente.

los padres y los hijos especialmente en edad adolescente, debido a un ambiente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, como los

La funcionalidad familiar es la dinámica o la forma como se desenvuelve el satisfactoriamente cada una de las crisis que atraviesan sus miembros sea en cada

adolescentes estudiantes de Lima metropolitana sobre factores psicosociales alimentación, 20,5% en riesgo alto y 25,1% en riesgo bajo; que 20% de hombres y disfunción familiar es el factor predisponente de mayor importancia para llegar a del adolescente que es su grupo de pertenencia anexados mediante vínculos los casos “lazos de amor” que es la idea que ahora el Ministerio de Educación preparar a sus miembros para enfrentar los cambios o crisis internas y externas,

Por otro lado, el funcionamiento familiar, es la dinámica relacional interactiva y

cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad, que conllevan a una funcionalidad familiar referido; el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en los subsistemas familiares, ocasiona alteraciones en las relaciones y en el proceso salud-enfermedad de los miembros.⁽¹⁸⁾

Asimismo, AGUILAR P. (España, 2009), clasifica a la funcionalidad familiar como:

-Familia Funcional: cuando promueve el desarrollo integral y logra el mantenimiento de estados de salud favorables de sus miembros, asignando a cada uno tareas o roles claros que son aceptados y cumplidos por éstos, sin sobrecargarlos con exigencias o estereotipos genéricos que implican rigidez en las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

-Familia Disfuncional: cuando carece de una organización adecuada, sin normas, reglas, autoridad paterna, ni disciplina, que no respeta la distancia generacional, se invierte la jerarquía (por ejemplo, la madre pide autorización al hijo para volverse a casar) o la jerarquía se confunde con el autoritarismo, lo cual propicia la aparición de síntomas y problemas de salud mental como los trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia y otras enfermedades por el abuso del consumo de alimentos) en adolescentes y adultos jóvenes, que evidencian rebeldía y rechazo a los alimentos, sin recibir la atención y cuidado de los padres por estar sumergidos en sus propios problemas.⁽¹⁹⁾

AUTORIDAD PATERNA:

El concepto de autoridad es complejo de entender puede abordarse desde diversos puntos de vista. La Real Academia Española lo define como: “Prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia” y como “Poder que gobierna o ejerce el mando, de hecho o derecho” ; es decir que es el mando ejercido por una persona

reconocida por su experiencia, conocimientos o jerarquía sobre otras personas. Por otra parte DIAZ M. (Bogotá, 2009), plantea que la autoridad o dominación legítima, requiere de la existencia de dos relaciones complementarias entre sí; la dominación o la posibilidad de obtener obediencia por parte de otro (s), y la sumisión u obediencia a otro (s) o a sus designios, y establece tres tipos de autoridad según la razón por la cual se obedece a una persona: autoridad carismática, cuando posee algún tipo de poder especial o habilidad extraordinaria; autoridad tradicional, cuando por tradición la representa (ejemplo, los padres ejercen la autoridad en la familia); y autoridad racional o legal, cuando tiene poder para mandar a un determinado grupo por una ley o reglamento (ejemplo, existen códigos de familia que indican “es deber de todo hijo, respetar y obedecer a sus padres”, no basado en cualidades excepcionales de los padres, ni en la tradición cultural de obedecer al progenitor, sino en un deber consagrado en un documento legal).⁽²⁰⁾

Mientras que a la Autoridad Paterna se define como la influencia del padre o de la madre en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de los hijos, para su formación integral como personas. Cabe precisar que la paternidad es una relación marcada por el temperamento y carácter de los hijos, siendo necesario primero desterrar la idea de tener los hijos perfectos, porque nadie los tiene, que pueden ser dóciles y fáciles de tratar o difíciles de relacionarse, con sus propias diferencias, porque cada uno es un universo único y distinto; en segundo lugar, aceptar que todos los padres son seres con limitaciones, con una historia personal como hombres y como mujeres, un tipo de autoestima y otros factores, que originan una serie de actitudes con sus hijos.

Si un adolescente es criado o se desenvuelve en un ambiente hostil, donde sus necesidades no son tomados en cuenta, es ridiculizado y no querido, se encuentra en riesgo alto de presentar problemas psicológicos como trastornos de conducta alimentaria, neurosis, cuadros depresivos, tendencias suicidas,

retramiento social, falta de confianza/inseguridad, resentimiento hacia sus padres y a su entorno en general.

Entonces, un estilo de crianza saludable de los hijos debe ser: flexible, firme y consistente, con la jerarquía clara de poder, autoridad y liderazgo de los padres, donde los hijos tengan la certeza de que los queremos, pero que también hay ciertos límites básicos (reglas claras de interacción, deberes y derechos) necesarios para una convivencia armónica en el hogar y en la comunidad (jardín, colegio, con amigos), que ellos no mandan, pero sus opiniones son oídas y tomadas en cuenta. Los padres a veces temen a sus hijos o no los quieren frustrar y le dan todo lo que piden sin jerarquizar qué es más importante, lo mantienen contento por un rato, pero le hacen un gran daño emocional, porque cuando sean adultos les costara mucho manejarse bien en su entorno social. ⁽²¹⁾

Por otro lado, LOPEZ J. (España, 2007), refiere que existen elementos que suelen venir atribuidos al padre para cumplir sus roles: de proteger, alimentar, poner límites, defender, educar, dar seguridad, ejercer autoridad, entre otros, enfocándose más en la provisión y seguridad de la vida familiar frente al mundo externo; y otros que diferencian el rol materno como de contención, consuelo, protección y como la más íntima de las necesidades primarias biológicas. Tanto el niño como la niña necesitan al padre para formarse la idea clara de lo que significa ser un hombre o una mujer, que le servirá para traspasar los sentimientos provenientes de la relación con su padre, a la relación con su esposo(a); necesitan que el padre establezca activamente normas de conducta en su vida, las mismas que pueden tener resultados positivos o negativos dependiendo del estilo de autoridad paterna que ejerza. Los padres de hijos anoréxicos, se caracterizan por llevar un excesivo control sobre sus hijos, llegando a tomar decisiones por él y a gobernar su vida, porque tienen puestas muchas expectativas en ellos, ello produce una falta de reconocimiento de sí mismo como un individuo con derechos propios,

intentando satisfacer completamente las necesidades y expectativas ajenas, dejando de expresar sus propios deseos.⁽²²⁾

Asimismo, BAROCIO S. (México, 2004), refiere la importancia de tener una actitud paterna congruente en todo momento, porque los hijos frecuentemente imitan las actitudes, creencias y prejuicios de los padres, lo que dicen, cómo reaccionan ante su propia forma y tamaño corporal y la de los demás. La falta de autoridad de los padres, favorece la aparición de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).⁽²³⁾

Finalmente, ROVATI L. (Perú, 2006), menciona que la ausencia de autoridad paterna convierte al adolescente en un barco a la deriva, ya que no se le transmite un modelo a imitar ni se le enseña a mejorar o modificar las conductas inadecuadas, e identifica cuatro tipos de padres:

- Padres autoritarios, que tienen bajos valores de afecto pero altos en control. Piden mucho de sus hijos, ejerciendo un fuerte control sobre su conducta y reforzando sus demandas con miedos y castigos. Sus hijos muestran cambios de humor, agresión y problemas de conducta.
- Padres permisivos, que tienen altos valores de afecto pero bajos en control. Son cariñosos y emocionalmente sensibles, pero ponen pocos límites a la conducta de sus hijos que son con frecuencia impulsivos, inmaduros y descontrolados.
- Padres democráticos, que tienen altos valores de afecto y de control. Cuidan de sus hijos, son sensibles hacia ellos, pero colocan límites claros y mantienen un entorno predecible. Este estilo de actuar de los padres es el que tiene efectos más positivos en el desarrollo social de los hijos que son los más curiosos, que más confían en sí mismos y funcionan mejor en la escuela.
- Padres indiferentes, que tienen bajos valores de afecto y control. Ponen pocos límites y proporcionan poca atención o apoyo emocional a sus hijos, que suelen

ser exigentes, desobedientes, les cuesta mucho participar en juegos e interacciones sociales porque no respetan las reglas. ⁽²⁴⁾

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA):

La adolescencia es una etapa muy especial y decisiva por sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales. El adolescente por lo general, se encuentra confundido ya que deja atrás su mundo infantil y se dirige al mundo adulto, entre un mundo perdido y otro desconocido decide permanecer en su propio mundo acompañado por sus pensamientos, que son mayormente idealistas y perfeccionistas. Esta manera de pensar es la que recibe toda la información del mundo que lo rodea y por supuesto, que la idea de un cuerpo perfecto adquiere gran importancia ya que todo ideal, todo sueño y obviamente, toda perfección influye poderosamente en el adolescente que cree y está convencido de que todo lo puede. ⁽²⁵⁾

La adolescencia está relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, que según STAUD, MA. (Argentina, 2006) son enfermedades mentales que tienen como característica principal un comportamiento distorsionado de la alimentación evidenciado en una alteración grave de los hábitos e ingesta de alimentos, junto a una extrema preocupación por la imagen y por controlar el peso corporal. ⁽²⁶⁾

Asimismo, TRUJILLO E. (2006), define a los trastornos de la conducta alimentaria como condiciones complejas que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo como son los factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, CRUZAT C., RAMIREZ P. y otros (Chile, 2008) en un estudio realizado en 200 estudiantes del primer año de dos preparatorias (una pública y otra privada) en México, con el objetivo de identificar la incidencia de trastornos

de la conducta alimentaria (TCA) y la relación de los factores familiares con los mismos, encontraron que: 1 de cada 4 estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios; 2 de cada 10 estudiantes tiene una madre o un padre perfeccionista que dificulta la comunicación interna en el hogar y que tienen un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar.⁽²⁸⁾

Al respecto, SALCEDO K. (España, 2009) afirma en base a los casos de trastornos de la conducta alimentaria detectados, que los jóvenes se ven afectados con estos trastornos son principalmente mujeres por querer mantener una apariencia física aceptable o una “buena apariencia” para la sociedad, confundiendo el concepto de lo que verdaderamente significa ser una mujer; y que una de las formas de identificar a personas con trastornos de conducta alimentaria es cuando se intimidan, tienen autoestima baja, sienten miedo al rechazo o que se les tache de gordo (a), piensan que no tienen buena figura y un sin fin de autocríticas destructivas, ya que tener una apariencia aceptable es algo que les preocupa bastante.⁽²⁹⁾

Del mismo modo, GARCÍA C. (España, 2009), refiere que como en cualquier otro trastorno mental o emocional, los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan conflictos psicológicos subyacentes que deben ser tratados para lograr una recuperación auténtica y estable; indicando que los tipos más comunes de trastornos de la conducta alimentaria tanto en adolescentes como en adultos son: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad.⁽³⁰⁾

ANOREXIA NERVIOSA.

La definición de anorexia nerviosa según MOLINA A. (España, 2006), indica que es un TCA que se caracteriza por una restricción voluntaria e injustificada de la ingesta de alimentos, acompañada de otras medidas orientadas a la pérdida deliberada de peso.⁽³¹⁾

Asimismo, en la anorexia nerviosa la característica principal no solamente es lograr una auténtica pérdida o falta de apetito, sino el deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez a toda costa sin importar el daño físico y emocional que se pueda ocasionar. En las últimas décadas se ha producido un aumento constante entre el 1 al 2% de la incidencia de la anorexia nerviosa, en la población adolescente y adulto joven, siendo la primera causa de muerte no traumática (por causa psiquiátrica o endócrina) que afecta a este grupo etáreo. Es más frecuente en mujeres que en varones en un promedio de 10:1 y a pesar de que existe el prejuicio de que solo se presenta en las clases medias o altas, puede afectar a personas de todas las clases sociales.⁽³²⁾

Por otro lado, GARCÍA C. (España, 2009), refiere que el trastorno de la conducta alimentaria ha pasado a ser una de las enfermedades crónicas más frecuentes de los adolescentes con una prevalencia del 1 al 3% para la anorexia nerviosa y del 0,6 al 13% para la bulimia nerviosa, ambas con una proporción de 1 hombre por cada 9 mujeres y una media de iniciación de los trastornos hacia los 15 años. Es más tardía en los varones que tienden a comenzar al final de la pubertad, siendo la media entre los 18 a 19 años; mientras que las mujeres lo inician más temprano alrededor de los 13 a 14 años.⁽³³⁾

Causas de la Anorexia Nerviosa:

Las causas de la anorexia nerviosa son aún motivo de controversia. Así URREJOLA P. (Chile, 2006), refiere que a partir de una perspectiva biopsicosocial es posible considerar algunos factores individuales (biológicos, psicológicos, familiares) y sociales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo como la adolescencia, aparezca la enfermedad; que las familias de pacientes anoréxicas, tienen tendencia al aglutinamiento, a la rigidez y a la evitación de conflictos, con una alta valoración de la abnegación, que buscan

el predominio del bienestar y estabilidad familiar por sobre las necesidades individuales.⁽³⁴⁾

Asimismo, ZAGALAZ L. (España, 2005) refiere que las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo como ansiedad, depresión, baja autoestima, así como de su familia como familias conflictivas, con deficiente comunicación y padres que se creen perfectos y que tienen la razón en todo.⁽³⁵⁾

Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa:

El diagnóstico de la anorexia nerviosa según AGUINAGA M. (España, 2006), se basa en algunos criterios como:

- Peso inferior al 85% del valor mínimo normal.
- Miedo intenso a ganar peso, estando incluso por debajo del peso normal.
- Distorsión de la imagen corporal y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.⁽³⁶⁾

Cuadro clínico:

Los pacientes con anorexia nerviosa presentan los siguientes signos clínicos:

- Distorsión de la imagen corporal: a pesar de la extrema delgadez que presenta, está convencida de ser gorda.
- Miedo intenso o fobia a ganar peso y convertirse en obesa(o).
- Interés descontrolado por las dietas y el conocimiento minucioso del valor calórico de los alimentos, piensan constantemente en comida, coleccionan recetas de cocina, entre otros.
- Conductas inapropiadas y en secreto dirigidas a perder peso. Generalmente rehúsan a comer con la familia o en lugares públicos, restricción drástica del total

de la ingesta con un descenso desproporcionado de hidratos de carbono y alimentos grasos y exceso en su actividad física normal.

- En casos graves, puede presentar verdaderas paranoias del cuerpo: la idea de gordura o flacidez se mantiene a pesar de la caquexia.
- Exhiben un comportamiento peculiar durante la comida: intentan deshacerse del alimento poniéndolo en servilletas o escondiéndolo en los bolsillos, cortan la carne en pequeños trozos y pasan mucho tiempo reordenándolas en el plato. Si se les confronta con su peculiar comportamiento, a menudo niegan que sea inusual, o bien rehúsan terminantemente hablar sobre ello. ⁽³⁷⁾

Tratamiento:

Toda intervención para el tratamiento de la anorexia nerviosa se basa en dos premisas fundamentales: restaurar el estado nutricional del paciente y el equilibrio y madurez emocional, que puede realizarse de dos formas:

- Ambulatorio: para los casos leves que pueden manejarse en el hogar.
- Hospitalización: para casos graves, según el estado médico del paciente y el grado de estructuración que se necesita para asegurar su recuperación. En general deben hospitalizarse los pacientes con peso menor del 20% del que le corresponde para su talla y aquellos con peso inferior al 30% del esperado ya que requieren ingreso psiquiátrico de 2 a 6 meses, para restaurar el estado nutricional del paciente, la deshidratación, inanición y el desequilibrio hidroelectrolítico que pueden conducir a un grave compromiso de la salud y en ocasiones a la muerte, y para restaurar su equilibrio emocional. ⁽³⁸⁾

BULIMIA NERVIOSA:

La bulimia nerviosa se define como uno de los trastornos de la conducta alimentaria caracterizada por atracones y métodos compensatorios inapropiados como el vómito provocado, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, para evitar la ganancia de peso. ⁽³⁹⁾

Al respecto, GOMEZ JB. (Panamá, 2005) menciona que la bulimia es un trastorno de la conducta alimentaria que ocurre en individuos adolescentes, de ambos sexos, que presentan episodios de voracidad o ingesta desmedida e incontrolable de alimentos, utilizando además medidas compensatorias como el vómito y el uso de laxantes para evitar aumentar de peso. La persona generalmente tiene un peso normal para su edad, talla y sexo e incluso algunas tienen tendencia a la obesidad. ⁽⁴⁰⁾

Por otro lado, GARCIA C. (España, 2009) en una investigación sobre bulimia nerviosa muestra las diferencias en los hábitos alimenticios de pacientes con bulimia nerviosa, indicando que la tendencia al atracón en los varones se da a la hora de comer o en público, mientras que las mujeres parecen comer menos durante las comidas y prefieren llevar a cabo el atracón en privado. ⁽⁴¹⁾

Además, la bulimia nerviosa tiende a desarrollarse durante la niñez o la adolescencia, afectando a las mujeres más que a los hombres. Los afectados muchas veces mantienen este comportamiento en secreto, sintiéndose asqueados y avergonzados cuando se atiborran de comida, pero después aliviados cuando se purgan. En cuanto al peso, normalmente están dentro del rango normal para su edad y talla, pero temen aumentarlo, tienen ganas de perder más peso o pueden sentirse totalmente insatisfechos con su cuerpo. La bulimia nerviosa presenta los siguientes síntomas:

- Comer descontroladamente y atiborrarse, para luego purgarse, vomitar o abusar de laxantes para perder peso.
- Usar el baño frecuentemente después de las comidas.
- Hacer ejercicio excesivamente preocupados por el propio peso.
- Problemas con la dentadura, dolor de garganta, ganglios hinchados en el cuello y en la cara, reflujo, indigestión, menstruaciones irregulares, debilidad, fatiga y ojos rojos e inflamados.
- Depresiones o cambios de humor, sentirse fuera de control.

- Las familias de adolescentes con bulimia, presentan mayor porcentaje de patología psiquiátrica: consumo de alcohol, adicciones, depresiones y trastornos de la alimentación.⁽⁴¹⁾

Causas de la bulimia nerviosa:

Existen diversas causas de la bulimia nerviosa según diversos autores. Algunas causas para éste trastorno son:

- Marcada presión de la sociedad, “si eres una top model, triunfarás en la vida”
- Antecedentes de obesidad del adolescente
- Uso de algún tipo de drogas.
- Baja autoestima, depresión y problemas en el ámbito familiar y escolar.⁽⁴²⁾

Criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa:

El diagnóstico de la bulimia nerviosa, requiere considerar ciertos criterios, como:

- Atracones frecuentes y recurrentes al menos dos veces por semana, con sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
- Conductas compensatorias con: periodos de ayuno, vómitos, uso excesivo de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio físico exagerado, al menos dos veces por semana para no ganar peso. Por miedo a engordar, se fija de forma estricta un peso incluso por debajo del que tenía antes de enfermar.

Tipos de bulimia:

Asimismo, con fines de entender mejor la enfermedad se especifica dos tipos:

- Tipo purgativo: cuando el adolescente se provoca de forma regular el vomito o usa laxantes, diuréticos y enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: cuando emplea conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso. Tiene menor psicopatología asociada, menor ansiedad, menor preocupación por el peso y la figura y menos impulsos autodestructivos.⁽⁴³⁾

Síntomas de bulimia:

Los principales síntomas están relacionados con el trastorno en la alimentación y las conductas asociadas al mismo. Los más importantes son:

- Ingesta compulsiva o atracones, con alimentos de alto contenido calórico (dulces, golosinas) que producen sentimientos de culpa y para compensar la culpa utilizan conductas compensatorias inadecuadas como: provocarse vómitos, ayunar, comer poco o nada, abuso del consumo de diuréticos y laxantes y realizar ejercicios físicos intensos.
- Presencia de síntomas secundarios, producto de la enfermedad, tales como: pérdida o aumento excesivo de peso, ansiedad con compulsión por comer, deshidratación, depresión, desmayos, pérdida del cabello, del esmalte dental y caries dental, problemas cardíacos, aspiración de contenido gástrico al árbol bronquial, problemas en el esófago, entrada de aire al tórax (neumomediastino), problemas menstruales (amenorrea), heridas en la mucosa bucal, migrañas, mareos, piel seca, debilitamiento en las piernas, dolor de garganta, e incluso puede conducir a la muerte. ⁽⁴⁴⁾

Tratamiento:

El tratamiento de bulimia nerviosa, se orienta a los siguientes aspectos:

- Tratamiento farmacológico: utilizando algunos psicofármacos como:
 - Antipsicóticos, para controlar las ideas delirantes de la errónea autopercepción de su imagen corporal.
 - Antidepresivos, para calmar los síntomas característicos de este trastorno mental, por el uso de los métodos de compensación.
- Tratamiento psicoterapéutico: a cargo de un terapeuta que trabaja con el adolescente afectado y la familia.

- Tratamiento nutricional: para corregir la malnutrición y sus secuelas, recuperando el estado nutricional óptimo, el peso perdido adecuado a la talla, dar pautas de alimentación normal y evitar recaídas.
- Tratamiento hospitalario: si se presentan signos de alerta como: pérdida de peso con rapidez extrema, tendencia a la hipotensión asociada a bradicardia con menos de 50 latidos/minuto, hipotermia mantenida, hipopotasemia menor a 2,5 mEq/l, cambios en el estado de conciencia, apatía y vómitos. El régimen de ingreso hospitalario, se basa en cuatro fases de actuación:
 - Fase I: se corrige el trastorno agudo o la deshidratación, la diselectrolitemias y las alteraciones del equilibrio ácido-base.
 - Fase II: se inicia la realimentación por vía oral, con una dieta calóricamente adecuada más un suplemento nutricional que ofrezca una densidad calórica de 1 Kcal/ml o 1,2 Kcal/ml. adecuando las necesidades a 367 calorías según el peso que presenta el enfermo, aumentando cada 24 horas según tolerancia a las necesidades de su peso ideal en relación con su talla. Si hay rechazo manifiesto o vómitos, se instaura alimentación enteral por sonda nasogástrica o nasoduodenal, sin rebasar inicialmente un volumen de 2.000 ml al día.
 - Fase III: cuando el paciente ya está en franca recuperación de su peso ideal, se inicia la reeducación nutricional para estabilizar el trastorno y lograr los objetivos ponderales que corresponden a la paciente.
 - Fase IV: cuando la paciente recibe el alta hospitalaria, debiendo tener controles ambulatorios para evaluar su estado nutricional y educar sus hábitos alimentarios. ⁽⁴⁵⁾

Finalmente, referimos los objetivos del tratamiento de la CLEVELAND CLINIC FOUNDATION (Florida, 2005), que son: restablecer la salud física y el comer normal, corregir los trastornos alimenticios y psicológicos, considerando las necesidades físicas y psicológicas de la persona. El tratamiento incluye: terapia

psicológica, uso de psicofármacos como antidepresivos, nutrición y atención de la salud mental para cuidar al paciente. Aunque los trastornos de conducta alimentaria son condiciones muy difíciles de curar totalmente, muchas personas mejoran, otras tienen recaídas, algunas que se consideran “curadas” continúan teniendo maneras de comer menos que las ideales a lo largo de su vida. Pero, en general, el pronóstico para la bulimia es más positivo que para la anorexia. ⁽⁴⁶⁾

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE INDEPENDIENTE.

A. FACTORES FAMILIARES.

Esta referido al conjunto de características que conforman el patrón del comportamiento o de la dinámica familiar, que presenta la familia del adolescente sujeto de estudio al momento de la entrevista. Incluye las siguientes subvariables:

1. COMUNICACIÓN FAMILIAR: Es la forma de interacción o de intercambio de información que refiere tener el adolescente con su familia, al momento de la entrevista, fue medido como:

- a) Comunicación Familiar favorable: cuando al aplicar el instrumento de evaluación de la comunicación familiar, obtuvo de 23 a 30 puntos.
- b) Comunicación Familiar desfavorable: cuando al aplicar el instrumento de evaluación de la comunicación familiar, obtuvo de 0 a 22 puntos.

2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Referida a la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar las crisis por las que atraviesan los miembros en cada etapa del ciclo vital. Fue valorado como:

- a) Familia Funcional: cuando al aplicar el instrumento de evaluación de la función familiar, obtuvo de 23 a 30 puntos
- b) Familia Disfuncional: cuando al aplicar el instrumento de evaluación de la función familiar, obtuvo de 0 a 22 puntos.

3. AUTORIDAD PATERNA: Referida a la potestad que ejerce el padre de familia o tutor sobre el adolescente en estudio, evidenciado al momento de la entrevista. Fue medido como:

- a) Adecuada: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación de la autoridad paterna, obtuvo de 23 a 30 puntos.

- b) Inadecuada: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación de la autoridad paterna, obtuvo de 0 a 22 puntos.

VARIABLE DEPENDIENTE.

B.-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Referido a toda tendencia de alteración de los hábitos e ingesta de alimentos, con cambios fisiológicos debido a distorsiones perceptuales y la extrema preocupación por la autoimagen y variación del peso corporal, que evidencia el sujeto de estudio. Incluye:

1. **ANOREXIA NERVIOSA:** Referida a la tendencia a manifestar miedo intenso a ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo, que manifiesta el sujeto de estudio. Fue medida como:
 - a) Sin tendencia: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación para medir anorexia nerviosa, obtuvo de 0 a 6 puntos.
 - b) Con tendencia: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación para medir anorexia nerviosa, obtuvo de 7 a 10 puntos.

2. **BULIMIA NERVIOSA:** Referida a la tendencia a manifestar episodios repetitivos de ingesta excesiva de alimentos (atracones), vómitos autoprovocados, uso de laxantes, enemas o diuréticos y una preocupación exagerada por la variación del peso corporal, que manifiesta el sujeto de estudio. Fue valorada como:
 - a) Sin tendencia: cuando al aplicar el instrumento de evaluación para medir bulimia nerviosa, obtuvo de 0 a 6 puntos.
 - b) Con tendencia: Cuando al aplicar el instrumento de evaluación para medir bulimia nerviosa, obtuvo de 7 a 10 puntos.

3. HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Existe asociación estadística significativa entre los factores familiares: Comunicación familiar, Funcionalidad familiar, autoridad paterna y algunos trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AAHH Juan Carlos del Águila Iquitos 2009.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

1. La comunicación familiar, funcionalidad familiar y autoridad paterna, tienen asociación estadística significativa con la tendencia a anorexia nerviosa.
2. La comunicación familiar, funcionalidad familiar y autoridad paterna, tienen asociación estadística significativa con la tendencia a bulimia nerviosa.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En el presente estudio de investigación se utilizó el método cuantitativo porque se recogió los datos de estudio a través de instrumentos semiestructurados, los mismos que fueron procesados utilizando pruebas estadísticas para analizar la información numérica y determinar la inferencia de asociación entre las variables.

Se empleó el diseño No Experimental, porque las variables no fueron manipuladas, sino que se observaron los fenómenos tal como se presentaron en el contexto natural para después utilizarlos; Transversal, porque se recolectó la información en un momento o tiempo único determinado; Descriptivo, porque se describieron las variables en estudio de manera independiente; y Correlacional, porque se determinó si existe relación entre la variable independiente y la variable dependiente.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN:

La población objetivo estuvo conformada por 240 adolescentes de sexo femenino, con edades comprendidas entre 15 a 19 años, que forman parte de las familias residentes en el AA.HH Juan Carlos del Águila del Distrito de Iquitos, Año 2009.

MUESTRA:

a) Tamaño de la Muestra: Se determinó utilizando la fórmula para poblaciones finitas con proporciones y error absoluto. La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 (pe) \cdot (qe)}{E^2 N + Z^2 (pe) \cdot (qe)}$$

Especificaciones:

n: Muestra que está sujeto a estudio.

N: Tamaño de la población accesible.

Z²: 1.96 (Punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%).

Pe: 0.5 Proporción de la muestra. 50% proporción de ocurrencia del evento de estudio.

qe: 0.5 complemento de pe. 50% complemento de pe (1=p)

E²: Nivel de precisión, 0.05 error absoluto.

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 (pe) \cdot (qe)}{E^2 N + Z^2 (pe) \cdot (qe)}$$

$$n = \frac{(240) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (240) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(240) (3.84) (0.5) (0.5)}{(0.0025) (240) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{230.4}{1.56} = 147.6$$

Al reemplazar se tiene: n = 148

Entonces, como se conoce el tamaño de la población (N=240), se procede a determinar el tamaño final de la muestra, mediante la siguiente fórmula:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Al reemplazar se obtuvo:

$$nf = \frac{148}{1 + \frac{148-1}{240}}$$

$$nf = \frac{148}{1 + \frac{147}{240}}$$

$$nf = \frac{148}{1.616}$$

$$nf = 91.9 = 92$$

Siendo entonces el tamaño final de la muestra: $n = 92$

b) Tipo de Muestreo: se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple al azar, seleccionando al sujeto de estudio de un registro de 240 adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión, hasta completar los 92 dentro de los hogares de la comunidad. Además, se había previsto los casos de adolescentes que no quisieran participar o hubiera negativa de los padres, que se procedería a reemplazarlo con otro adolescente. Afortunadamente, no tuvimos inconvenientes al respecto.

c) Criterios de Inclusión:

- Adolescente de sexo femenino
- Edad entre 15 a 19 años.
- Residencia permanente en el AAHH.
- Que viva con padre, madre, ambos o tutor.
- Participación voluntaria.
- Consentimiento informado de uno de los padres y el asentimiento informado del adolescente en minoría de edad, es decir de 15 a 17 años.

- Consentimiento informado del adolescente en mayoría de edad, es decir de 18 a 19 años.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de la encuesta dirigida para la aplicación del instrumento de recolección de datos sobre la variable independiente y dependiente de los adolescentes del AAHH. Juan Carlos del Águila del distrito de Iquitos. Año, 2009.

INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- a) TEST DE EVALUACIÓN DE FACTORES FAMILIARES:** Instrumento elaborado por las investigadoras, que consta de 3 dimensiones con 10 ítems cada una: Comunicación Familiar que fue evaluada como: comunicación familiar favorable de 23 a 30 puntos y comunicación familiar desfavorable de 0 a 22; Funcionamiento Familiar que fue evaluado como: familia funcional de 23 a 30 puntos y familia disfuncional de 0 a 22; y Autoridad Paterna que fue evaluada como: adecuada de 22 a 30 puntos e inadecuada de 0 a 22 puntos. Cada ítem tiene 4 alternativas de respuesta con una escala de 0 a 3 puntos, que son:

S : Siempre	= 3 puntos
CS : Casi siempre	= 2 puntos
AV : Algunas veces	= 1 punto
N : Nunca	= 0 puntos

b) TEST DE VALORACIÓN DE TENDENCIA A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: Instrumento elaborado por las investigadoras, que consta de 2 dimensiones con 10 ítems cada una: Anorexia Nerviosa que fue evaluada como: sin tendencia de 0 a 6 puntos y con tendencia de 7 a 10 puntos; Bulimia Nerviosa que fue evaluada como: sin tendencia de 0 a 6 y con tendencia de 7 a 10 puntos. Cada ítem tiene 2 alternativas de respuesta con una escala de 0 a 1 punto, que son:

SI = 1 punto

NO = 0 punto

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

Para medir la validez de los instrumentos, se sometió a juicio de expertos, con profesionales especialistas o con experiencia en el área de estudio, para determinar si el instrumento es aceptable. El resultado obtenido fue el siguiente: Test para evaluar factores familiares, obtuvo una validez del 91.0%; y el Test de Tendencia a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, obtuvo una validez de 93.3%, que indican una alta validez por tratarse de instrumentos de aplicación en ciencias sociales.

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos, se aplicó una prueba piloto en 16 adolescentes del AA.HH. Túpac Amaru, con características similares a los del estudio, los mismos que no fueron incluidos como parte de la muestra y el resultado fue comprobado mediante el Alfa de Crombach: Test para evaluar factores familiares, obtuvo un coeficiente de 0.924 y el Test de Tendencia a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, obtuvo un coeficiente de 0.866, que indican una alta confiabilidad por tratarse de instrumentos de aplicación en ciencias sociales.

4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

a) Antes de la recolección de datos:

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería la autorización respectiva dirigida al dirigente del AA.HH. donde se realizó el estudio.
- Se coordinó con la junta directiva para las fechas y horario de aplicación de los instrumentos.
- Se realizó el reconocimiento de la comunidad para la segmentación de los grupos familiares de donde se seleccionó a los sujetos de estudio.

b) Durante la recolección de datos:

- Se visitó las casas seleccionadas para identificar al sujeto de estudio.
- Se explico los objetivos de la investigación a los padres/tutores y al adolescente, registrando su autorización mediante la firma del consentimiento informado y asentimiento informado.
- Se aplicó los instrumentos: Test de evaluación de factores familiares en un tiempo promedio de 20 minutos y el Test de valoración de tendencia a trastornos de la conducta alimentaria en un tiempo promedio de 15 minutos, utilizando la encuesta dirigida.

c) Después de la recolección de datos:

- Se procedió a la sistematización de la información para su análisis e interpretación y la inferencia estadística respectiva.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS:

Para el análisis descriptivo se elaboró tablas y gráficos univariados y bivariados (tabla de contingencia), en las que se realizó el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística paramétrica Correlación de Pearson, para asociar la variable independiente factores familiares y la variable dependiente trastornos de la conducta alimentaria, con

un nivel de significancia de $p < 0,05$ y nivel de confianza del 95%. El procesamiento se hizo con el programa estadístico SPSS versión 15.0 en español para Windows Xp.

6. LIMITACIONES:

No existen limitaciones en el estudio.

7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Se consideraron los principios básicos de la ética y bioética en todas las etapas del estudio.

- Consentimiento informado firmado por padre y asentimiento informado firmado por adolescente entre 15 a 17 años, como aceptación para la participación voluntaria en la investigación.
- Consentimiento informado firmado por adolescente entre 18 a 19 años, como aceptación para la participación voluntaria en la investigación.
- Aplicación del instrumento respetando la privacidad, resguardando la anonimidad por códigos, asegurando la confidencialidad de los datos, que solo serían utilizados con fines de la investigación y serían destruidos después de su procesamiento.
- Protección de la integridad física, mental y moral, del sujeto de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS UNIVARIADO:

TABLA 01

**TIPO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA.
IQUITOS, 2009**

TIPO DE COMUNICACIÓN	Nº	%
Comunicación Desfavorable	76	82.6
Comunicación Favorable	16	17.4
Total	92	100.0

Fuente: Las investigadoras

En la tabla N° 01, respecto al tipo de comunicación familiar, de la muestra de 92 adolescentes (100%) residentes del AA.HH Juan Carlos Del Águila del Distrito de Iquitos participantes del estudio, se aprecia que 82.6% (76 adolescentes) tienen una comunicación familiar desfavorable y 17.4% (16 adolescentes) comunicación familiar favorable.

TABLA 02

**TIPO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA.
IQUITOS, 2009**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N°	%
FAMILIA DISFUNCIONAL	59	64.1%
FAMILIA FUNCIONAL	33	35.9%
TOTAL	92	100.0%

Fuente: Por las investigadoras

En la tabla N° 02, referente al tipo de funcionalidad familiar, de la muestra de 92 adolescentes (100%) residentes del AA.HH Juan Carlos Del Águila del Distrito de Iquitos participantes del estudio, se observa que 64.1% (59 adolescentes) presentan disfuncionalidad familiar y 35.9% (33 adolescentes) con funcionalidad familiar.

TABLA 03

**TIPO DE AUTORIDAD PATERNA/MATERNA EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA.
IQUITOS, 2009**

AUTORIDAD PATERNA/MATERNA	N°	%
ADECUADA	34	37.0%
INADECUADA	58	63.0%
TOTAL	92	100%

Fuente: Por las investigadoras

En la tabla N° 03, sobre el tipo de autoridad paterna/materna, de la muestra de 92 adolescentes (100%) residentes del AA.HH Juan Carlos Del Águila del Distrito de Iquitos participantes del estudio, se aprecia que: 37.0% (34 adolescentes) están sujetos a una autoridad paterna/materna adecuada y 63.0% (58 adolescentes) a una autoridad paterna/materna inadecuada.

TABLA N° 4

**TENDENCIA A ANOREXIA EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL
AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009**

ANOREXIA	N°	%
Sin Tendencia	78	84.8
Con Tendencia	14	15.2
Total	92	100.0

Fuente: Por las investigadoras

En la tabla y gráfico N° 04, respecto a la tendencia a anorexia de 92 adolescentes (100%) residentes del AA.HH Juan Carlos Del Águila del Distrito de Iquitos participantes del estudio, se observa que: 84.8% (78 adolescentes) no presentan tendencia y 15.2% (14 adolescentes) con tendencia a la Anorexia nerviosa.

TABLA N° 5

**TENDENCIA A BULIMIA EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL
AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009**

BULIMIA	N°	%
Sin Tendencia	84	91,3
Con Tendencia	8	8,7
Total	92	100,0

Fuente: Por las investigadoras

En la tabla N° 05, respecto a la tendencia a bulimia de 92 adolescentes (100%) residentes del AA.HH Juan Carlos Del Águila del Distrito de Iquitos participantes del estudio, se observa que: 91.3% (84 adolescentes) no presentan tendencia y 8.7% (8 adolescentes) con tendencia a la Bulimia nerviosa.

**ANÁLISIS BIVARIADO: TABLA 06
COMUNICACIÓN FAMILIAR Y TENDENCIA A ANOREXIA EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN
CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009.**

COMUNICACIÓN FAMILIAR		TENDENCIA A ANOREXIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Comunicación familiar favorable	Nº	13	3	16
	%	14,2	3,2	17,4
Comunicación familiar desfavorable	Nº	65	11	76
	%	70,7	11,9	82,60
Total	Nº	78	14	92
	%	84,9	15,1	100,0

Fuente: Por las investigadoras

De la tabla 06, sobre el tipo de comunicación familiar y tendencia a anorexia; de la muestra de 92 adolescentes (100%) de sexo femenino residentes del AA.HH. Juan Carlos del Águila participantes del estudio, se encontró que 84,9% (78 adolescentes) no presentaron tendencia a anorexia, de este grupo 70,7% (65 adolescentes) presentaron comunicación familiar desfavorable y 14,2% (13 adolescentes) comunicación familiar favorable. Así mismo se observa que del 15,1% (14 adolescentes) presentan tendencia a anorexia, 3,2% (03 adolescentes) presentaron comunicación familiar desfavorable y 11,9% (11 adolescentes) comunicación familiar desfavorable. De éste resultado puede deducirse que la mayoría de adolescentes no presentó tendencia a anorexia y tienen comunicación familiar desfavorable.

Al realizar el análisis de la relación de los factores familiares y la tendencia a anorexia mediante la prueba estadística de Correlación de Pearson, cuyos resultados se muestran en la tabla 06, se encuentra que: el factor comunicación familiar está estadísticamente asociada a la tendencia a anorexia, $r = - 0,277$; $p = 0,007$ ($p < \alpha 0.05$); aceptándose la hipótesis planteada “la comunicación familiar está asociada con la tendencia a la anorexia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos”.

TABLA N° 07
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TENDENCIA A ANOREXIA, EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN
CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TENDENCIA A ANOREXIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Familia funcional	N°	29	4	33
	%	31,5	4,4	35,9
Familia disfuncional	N°	49	10	59
	%	53,2	10,9	64,1
Total	N°	78	14	92
	%	84,9	15,1	100,0

Fuente: Por las investigadoras

De la tabla 07, sobre el tipo de funcionalidad familiar y tendencia a anorexia en la muestra de 92 (100%) adolescentes participantes del estudio, se encontró que: del 84,9% (78 adolescentes) sin tendencia a anorexia, 31,5% (29 adolescentes) presentan familia funcional y 53,2% (49 adolescentes) disfuncionalidad familiar. En cuanto al 15,1% (14 adolescentes) con tendencia a anorexia, 10,9% (10 adolescentes) evidencian familia disfuncional y 4,4% (4 adolescentes) familia funcional. De éste resultado puede deducirse que la mayoría de adolescentes sin tendencia a anorexia tiene una familia disfuncional.

Al realizar el análisis de la relación de los factores familiares y la tendencia a anorexia mediante la prueba estadística de Correlación de Pearson, cuyos resultados se muestran en la tabla 07, se encuentra que: el factor funcionalidad familiar está estadísticamente asociada a la tendencia a anorexia, $r = -0,248$; ($p = 0,017$) ($p < \alpha 0.05$); aceptándose la hipótesis planteada “la funcionalidad familiar está asociada con la tendencia a la anorexia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos”.

TABLA 08
AUTORIDAD PATERNA/MATERNA Y TENDENCIA A ANOREXIA, EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS
DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

AUTORIDAD PATERNA/MATERNA		TENDENCIA A ANOREXIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
ADECUADA	Nº	31	3	34
	%	33,8	3,2	37,0
INADECUADA	Nº	47	11	58
	%	51,0	12,0	63,0
Total	Nº	78	14	92
	%	84,9	15,1	100,0

Fuente: Por las investigadoras

De la tabla 08, sobre autoridad paterna/materna y tendencia a anorexia, aplicados a una muestra de 92 (100%), se encontró que: del 84,9% (78 adolescentes) sin tendencia a anorexia, 33,8% (31 adolescentes) evidencian autoridad paterna/materna adecuada y 51,0% (47 adolescentes) autoridad paterna/materna inadecuada. Respecto al 15,1% (14 adolescentes) con tendencia a anorexia, 12,0% (11 adolescentes) presentan autoridad paterna/materna inadecuada y 3,2% (3 adolescentes) autoridad paterna/materna adecuada. De éste resultado puede deducirse que la mayoría de adolescentes sin tendencia a anorexia tienen autoridad paterna/materna adecuada.

Al realizar el análisis de la relación de los factores familiares y la tendencia a anorexia mediante la prueba estadística de Correlación de Pearson ($r =$ variables), cuyos resultados se muestran en la tabla 08, se encuentra que: el factor autoridad materna/paterna está estadísticamente asociada a la tendencia a anorexia, $r = -0,253$; ($p = 0,015$) ($p < \alpha 0.05$); aceptándose la hipótesis planteada “la autoridad paterna/materna está asociada con la tendencia a la anorexia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos”.

TABLA 09
COMUNICACIÓN FAMILIAR Y TENDENCIA A BULIMIA EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL
AGUILA. IQUITOS, 2009

COMUNICACIÓN FAMILIAR		TENDENCIA A BULIMIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Comunicación familiar favorable	Nº	15	1	16
	%	16,3	1,1	17,4
Comunicación familiar desfavorable	Nº	69	7	76
	%	75,0	7,6	82,6
Total	Nº	84	8	92
	%	91,3	8,7	100,0

Fuente: Por las investigadoras

De la tabla 09, sobre comunicación y tendencia a bulimia, aplicados a una muestra de 92 (100%), se encontró que: del 91.3% (84 adolescentes) sin tendencia a bulimia, 75,0% (69 adolescentes) evidencian comunicación familiar desfavorable y 16,3% (15 adolescentes) presentan comunicación familiar favorable. Así mismo, del 8.7% (8 adolescentes) con tendencia a anorexia, 7,6% (7 adolescentes) presentan comunicación familiar desfavorable y 1,1% (1 adolescente) comunicación familiar favorable. De éste resultado puede deducirse que la mayoría de adolescentes sin tendencia a bulimia nerviosa, tienen comunicación familiar desfavorable.

Al realizar el análisis de la relación de los factores familiares y la tendencia a bulimia mediante la prueba estadística de Correlación de Pearson ($r =$ variables), cuyos resultados se muestran en la tabla 09, se encuentra que: el factor comunicación familiar está estadísticamente asociada a la tendencia a bulimia, $r = - 0,270$; ($p = 0,009$) ($p < \alpha 0.05$); aceptándose la hipótesis planteada “la comunicación familiar está asociada con la tendencia a la bulimia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos”.

TABLA N° 10

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TENDENCIA A BULIMIA, EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TENDENCIA A BULIMIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Familia funcional	N°	32	1	33
	%	34,8	1,1	35,9
Familia disfuncional	N°	52	7	59
	%	56,5	7,6	64,1
Total	N°	84	8	92
	%	91,3	8,7	100,0

Fuente: Por las investigadoras

De la tabla 10, sobre el tipo de funcionalidad familiar y tendencia a bulimia en la muestra de 92 (100%) adolescentes participantes del estudio, se encontró que: del 91.3% (84 adolescentes) sin tendencia a bulimia, 56,5% (52 adolescentes) presentan familia disfuncional y 34,8% (32 adolescentes) familia funcional. Del 8.7% (8 adolescentes) con tendencia a bulimia, 7,6% (7 adolescentes) presentan familia disfuncional y 1,1% (1 adolescente) familia funcional. De éste resultado puede deducirse que la mayoría de adolescentes sin tendencia a bulimia, presentan familia disfuncional.

Al realizar el análisis de la relación de los factores familiares y la tendencia a bulimia mediante la prueba estadística de Correlación de Pearson ($r =$ variables), cuyos resultados se muestran en la tabla 10, se encuentra que: el factor funcionalidad familiar está estadísticamente asociada a la tendencia a bulimia, $r = - 0,252$; ($p = 0,015$) ($p < \alpha 0.05$); aceptándose la hipótesis planteada “la funcionalidad familiar está asociada con la tendencia a la bulimia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos”.

TABLA N° 11
AUTORIDAD PATERNA/MATERNA Y TENDENCIA A BULIMIA EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN
CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TENDENCIA A BULIMIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Adecuada	N°	33	1	34
	%	35,9	1,1	37,0
Inadecuada	N°	51	7	58
	%	55,4	7,6	63,0
Total	N°	84	8	92
	%	91,3	8,7	100,0

Fuente: Por las investigadoras

De la tabla 11, sobre autoridad paterna/materna y tendencia a bulimia, aplicados a una muestra de 92 (100%), se encontró que: del 91.3% (84 adolescentes) sin tendencia a bulimia, 55,4% (51 adolescentes) presentan autoridad paterna/materna inadecuada y 35,9% (33 adolescentes) autoridad paterna/materna adecuada. Respecto al 8.7% (8 adolescentes) con tendencia a bulimia, 7,6% (7 adolescentes) presentan autoridad paterna/materna inadecuada y 1,1% (1 adolescente) autoridad paterna/materna adecuada. De éste resultado puede deducirse que la mayoría de adolescentes sin tendencia a bulimia presentan autoridad paterna/materna inadecuada.

Al realizar el análisis de la relación de los factores familiares y la tendencia a bulimia mediante la prueba estadística de Correlación de Pearson (r), cuyos resultados se muestran en la tabla 11, se encuentra que: el factor autoridad materna/paterna está estadísticamente asociada a la tendencia a bulimia, $r = - 0,282$; ($p = 0,007$) ($p < \alpha 0.05$); aceptándose la hipótesis planteada “la autoridad paterna/materna está asociada con la tendencia a la bulimia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años que residen en el AA.HH. Juan Carlos del Águila. Iquitos”.

DISCUSIÓN

La investigación se realizó en 92 adolescentes de sexo femenino, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, de la ciudad de Iquitos; aplicándose una encuesta en la muestra seleccionada por aleatorio simple, para determinar si existe asociación entre los Factores familiares y los trastornos de conducta alimentaria TCA (bulimia y anorexia) en adolescentes.

En relación a los Factores familiares de los adolescentes de 15 a 19 años, de sexo femenino, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, se ha identificado y valorado que en mayor proporción presentan: Comunicación familiar desfavorable (82.6%), Familia disfuncional (64.1%) y autoridad paterna/materna adecuada (63.0%); éstos resultados evidencian la influencia de los factores familiares en la adquisición y riesgos de trastornos mentales como los trastornos de la conducta alimentaria, pues una comunicación armónica con respeto y tolerancia, el sentirse a gusto con el trato, atención y cuidados de la familia, sujetos voluntariamente a una autoridad paterna/materna democrática basada en altos valores, afecto, control y límites claros en el cuidado de los hijos, pero manteniendo un entorno predecible, pues todos ellos tienen efectos saludables en el desarrollo biopsicosocial y el bienestar del adolescente.

En cuanto a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) de los adolescentes de 15 a 19 años, de sexo femenino, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, se ha identificado y valorado que en mayor proporción: no presentan tendencia a anorexia nerviosa (84.8%) ni bulimia nerviosa (91.3%); pero también se ha evaluado que existe una proporción significativa de anorexia nerviosa (15.2%) y bulimia nerviosa (8.7%); creemos que éste resultado de tendencia a trastornos de la conducta alimentaria, amerita que los profesionales de la salud, reconsideren las intervenciones de salud mental a nivel comunitario para realizar acciones

preventivas-promocionales, pero también realicen acciones para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos necesarios.

En relación a los factores Familiares y tendencia a trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa, se obtuvo lo siguiente:

- En la comunicación familiar, los adolescentes que presentaron tendencia a anorexia y presentan comunicación familiar desfavorable representan el 14.5% y en menor proporción comunicación familiar favorable obteniendo una (Correlación de Pearsón) $r = -0,277$, $p < 0,007 < \alpha 0.05$. Los adolescentes que presentaron tendencia a bulimia y comunicación familiar desfavorable representan el 9.2% y en menor proporción tendencia a bulimia y comunicación familiar favorable representan el 6.2%, una $r = -0,270$, $p < 0,009 < \alpha 0.05$ (Correlación de Pearsón), lo cual indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable comunicación familiar y tendencia a trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada. Los resultados concuerdan con **ESTEVEZ L. Estefanía (México - 2005)** quien en un estudio realizado sobre los tipos de comunicación en adolescentes encontró que cuando existen problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, este constituye el factor de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, tales como la presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Creemos que la comunicación es importante y necesaria en todo nivel, y con mayor razón y de forma significativa dentro de la familia, pues a través de ella podemos expresar pensamientos, sentimientos, afectos y otros que de acuerdo a cómo se plantean, pueden contribuir o perjudicar el desarrollo personal de sus miembros especialmente en etapa adolescente.

- En la Funcionalidad familiar, la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia a anorexia y presentan familia disfuncional representan el 16.9%; en

menor proporción el 12.1% en relación a tendencia a anorexia y familia funcional, una (Correlación de Pearson) $r=-0,248$, $p<0,017 < \alpha 0.05$ de éste resultado puede deducirse que existe relación entre la variable funcionalidad familiar y tendencia a anorexia. En relación a la tendencia a bulimia y familia disfuncional tenemos un 11.9%; en menor proporción tenemos a los que presentaron tendencia a bulimia y familia funcional con el 3.0%, una $r=-0,252$, $p<0,015 < \alpha 0.05$ lo cual indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad familiar y tendencia a bulimia nerviosa, por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada. Los resultados concuerdan con **PALPAN, Jenny. (Perú - 2007)**, quien en una investigación sobre “factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en 180 adolescentes estudiantes de Lima metropolitana”, obtuvo como resultado: que el 20% de hombres y 26% de mujeres presentan un trastorno en su conducta alimentaria y que la disfunción familiar es el factor predisponente de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación. Así mismo concuerda con **AGUILAR, Paula. (España - 2009)**, quien refiere que la disfunción familiar trae consigo problemas de salud mental como los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia). Estos trastornos se desarrollan como consecuencia de una inadecuada funcionalidad familiar en adolescentes y adultos jóvenes, evidenciando en ellos la rebeldía y el rechazo a los alimentos, sin recibir la atención y cuidado de los padres, quienes por estar sumergidos en sus propios problemas, no brindan la atención necesaria a sus hijos adolescentes. Creemos que una familia unida, armónica, consciente y cumplidora de sus responsabilidades, brinda a sus miembros confianza para manifestar sus dudas y seguridad emocional necesaria para afrontar y solucionar los problemas que se le presentan, sin tener que recurrir a conductas compensatorias inadecuadas, que afectan su salud mental.

- En la autoridad paterna/materna, la mayoría de adolescentes con tendencia a anorexia, evidencian autoridad paterna/materna inadecuada siendo el 19.0% y en menor proporción tendencia a anorexia y autoridad paterna/materna adecuada constituyen el 8.8%. Una $r = -0,253$, $p < 0,015 < \alpha 0.05$ (Correlación de Pearson), indicando que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable autoridad paterna/materna y tendencia a anorexia nerviosa. En relación a la tendencia a bulimia y autoridad paterna/materna inadecuada tenemos el 12.1% y en menor proporción tendencia a bulimia y autoridad paterna/materna adecuada el 2.9% obteniendo una $r = -0,282$, $p < 0,007 < \alpha 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada. Estos resultados, concuerdan con **LOPEZ N. Juan J. (España - 2007)**, quien en un trabajo de investigación relacionado a la autoridad paterna en adolescentes de una determinada comunidad de España encontró que los padres de hijos anoréxicos se caracterizan por llevar un excesivo control sobre ellos, llegando a tomar decisiones y a gobernar sus vidas. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se concluye que existe asociación entre las variables autoridad paterna/materna y tendencia a Trastornos de conducta alimentaria (TCA). Asimismo, concuerda con **BAROCIO, Samantha. (México - 2004)**, quien refiere que una autoridad paterna/materna inadecuada favorece la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que es recomendable no conceder al adolescente todos sus caprichos. Creemos que una autoridad paterna/materna con reglas y límites claros que se aceptan y respetan de manera democrática por todos los miembros de la familia, complementada con la expresión sana de los afectos y valores, contribuye a preservar y fortalecer la salud mental de sus miembros, convirtiéndolos en personas participantes y comprometidas en el desarrollo personal, de la familia y de la sociedad en general.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación y a los objetivos presentamos las siguientes conclusiones:

1. Al análisis bivariado entre comunicación familiar y tendencia a anorexia, de 92 adolescentes que representan el 100% de la muestra; el 14.5% (11 adolescentes) presentaron tendencia a anorexia y evidencian comunicación familiar desfavorable, mientras que el 18.8% (3 adolescentes) del grupo con tendencia a anorexia y comunicación familiar favorable, encontrándose relación entre las variables ($p < -0.007 < \alpha 0.05$).
2. En cuanto a funcionalidad familiar y la Tendencia a anorexia, el 16.9% (10 adolescentes) presentaron tendencia a anorexia, y evidencian familia disfuncional, mientras que el 12.1% (4 adolescentes) presentan tendencia a anorexia y familia funcional. De lo que puede deducirse que la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia a anorexia presentaron familia disfuncional ($p < -0.017 < \alpha 0.05$).
3. En relación a la autoridad paterna/materna y Tendencia a anorexia, el 19.0% presentaron tendencia a anorexia y evidencian autoridad paterna/materna inadecuada, mientras que el 8.8% del grupo con tendencia a anorexia y evidencian autoridad paterna/materna adecuada. ($p < -0.015 < \alpha 0.05$). De lo que puede deducirse que existe asociación entre las variables tendencia a anorexia y autoridad paterna/materna.
4. Entre comunicación familiar y tendencia a bulimia nerviosa, de 92 adolescentes que representan el 100% de la muestra; el 9.2% (7 adolescentes) presentaron tendencia a bulimia y evidencian comunicación familiar desfavorable, mientras

que el 6.2% (1 adolescente) del grupo con tendencia a bulimia y comunicación familiar favorable, encontrándose relación entre las variables ($p < -0.009 < \alpha 0.05$).

5. En cuanto a funcionalidad familiar y la Tendencia a bulimia, el 11.9% (7 adolescentes) presentaron tendencia a bulimia, y evidencian familia disfuncional, mientras que el 3.0% (1 adolescente) presentan tendencia a bulimia y familia funcional. De lo que puede deducirse que la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia bulimia presentaron familia disfuncional ($p < -0.015 < \alpha 0.05$).
6. En relación a la autoridad paterna/materna y Tendencia a bulimia, el 12.1% (7 adolescentes) presentaron tendencia a bulimia y evidencian autoridad paterna/materna inadecuada, mientras que el 2.9% (1 adolescente) del grupo con tendencia a bulimia y evidencian autoridad paterna/materna adecuada. ($p < -0.007 < \alpha 0.05$). De lo que puede deducirse que existe asociación entre las variables tendencia a bulimia y autoridad paterna/materna.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en la investigación se recomienda lo siguiente:

1. A la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana a través de la Facultad de Enfermería:

- ✓ Realizar actividades de intervención en las diferentes comunidades, con enfoque preventivo – promocional, para reforzar las áreas de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria de las familias con hijos adolescentes.
- ✓ Realizar estudios de investigación usando distintos instrumentos que contribuyan a detectar tempranamente trastornos de la conducta alimentaria.
- ✓ Incentivar a la comunidad de enfermería en general a realizar estudios de investigación sobre trastornos de la conducta alimentaria y realizar acciones de desarrollo social en conjunto con entidades Gubernamentales y no Gubernamentales ligadas al tema (Organismos Mundiales, Universidades, Institutos y ONG's).

2. A la Dirección Regional de Salud:

- ✓ Realizar coordinaciones para trabajos de difusión a través de los diferentes medios de comunicación sobre temas relacionados a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria.
- ✓ A los responsables del área de psicología de los diferentes Centros y Puestos de Salud del MINSA de la ciudad de Iquitos, realizar campañas preventivas a través de la aplicación de instrumentos o prueba clínicas específicas a fin de favorecer el diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaria.

- ✓ Realizar planes estratégicos de capacitación sobre la prevención de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con la participación conjunta de organizaciones e instituciones involucradas y centradas en los avances e información básica de la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

3. A la Comunidad incluyendo a los adolescentes y a Instituciones Educativas:

- ✓ Educar a la comunidad, a los centros educativos con estudiantes en etapa adolescente y al público en general sobre los estilos de vida saludables, para mejorar la relación familiar entre sus miembros y prevenir la aparición de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los adolescentes.
- ✓ Fomentar la participación activa de la comunidad en campañas de salud que permitan la promoción y prevención de trastornos de la conducta alimentaria.
- ✓ Promover en los adolescentes el interés en temas relacionados a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, para que lo identifiquen en compañeros y tomen las acciones pertinentes para su solución.
- ✓ A los adolescentes, capacitarse para el modelado de sus habilidades sociales especialmente en autoestima para aceptar y cuidar su cuerpo como algo único, valioso e importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MUÑOZ E. (2005). La familia fomenta durante muchos años los trastornos alimenticios. México. Pág. 01
2. LORETO V. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. Chile. Pág. 01
3. PLASENCIA L. (2009). Los casos de anorexia y bulimia en el Perú se han incrementado 20 veces en los últimos 10 años. Perú Pág. 01.
4. SALVADOR HJ. (2004). Tratamiento de los Trastornos Alimenticios: eficacia Diferencial de la Terapia cognitivo Comporta mental con un componente de tratamiento para la imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual. España. Pág.01.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPS). Pág.1-2.
6. ZAGALAZ L. (2005). La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde a educación física escolar en la provincia de Jaén. España. Pág. 01.
7. Op. Cit. (5). Pág. 03
8. MORAL L. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid-España. Pág. 02
9. GARCIA SANDOVAL C. (2009). Anorexia y bulimia en varones adolescentes: factores de riesgo. España. Pág. 02.

10. CRUZAT C., RAMIREZ P. y otros. (2008) Trastornos alimenticios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes de secundaria de la comuna de Concepción. Chile. Pág. 02.
11. AMAYA G. (2008). Trastornos alimenticios o psicopatologías alimentarias. Argentina. Pág.02.
12. INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL SAN JUAN BOSCO. (2005). La comunicación en la familia. Colombia. Pág. 01
13. AITZIBER L. (2007). La comunicación familiar. Consecuencias en la adolescencia. Chile. Pág.01
14. CANO A. (2005). Dinámica familiar de los trastornos de la conducta alimentaria. España. Pág. 29.
15. BAROCIO S. (2004). Consejos para ayudar a su adolescente a desarrollar una imagen corporal positiva. México. Pág. 03 - 04.
16. ESTÉVEZ E. y otros. (2005). Rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. México. Pág.03.
17. LEYVA R. (2006). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. México. Pág. 227.
18. PALPAN J. y otros, (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. Perú. Pág.05.
19. AGUILAR P. (2009). Disfunción familiar y trastornos alimenticios en colima. España. p.01.

20. DIAZ M. (2009). La autoridad. Bogotá Pág. 01.
21. ROVATI, Lola. (2006). ¿Qué tipo de padres somos? Perú. Pág. 02 - 04.
22. LOPEZ JJ. (2007). Terapia y familia de la asociación convivencia familiar. España. Pág. 01 - 02.
23. Op. Cit. (15). Pág. 07 - 08.
24. Op. Cit. (21). Pág. 05 - 06.
25. HERRERA, Manuel (2008). Los trastornos de conducta relevan a la anorexia como principal problema psicológico de los jóvenes. España Pág. 02.
26. STAUDT MA. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Argentina. Pág. 25.
27. TRUJILLO E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? Barcelona, España. Pág.01.
28. Op. Cit. (10). Pág. 03 - 04.
29. SALCEDO K. (2009). Disfunción familiar y trastornos alimenticios en Colima. España Pág. 01.
30. Op. Cit. (25). Pág. 04.
31. MOLINA A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria. España. Pág. 01.
32. Op. Cit. (26). Pág. 27 - 28.
33. Op. Cit. (09). Pág. 03 - 04.

34. URREJOLA P. (2006). Anorexia Nerviosa. Chile. Pág. 01.
35. Op. Cit. (6). Pág. 02.
36. AGUINAGA M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. España. Pág. 01 - 02.
37. LENOIR M. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Argentina. Pág. 02 - 03.
38. Op. Cit. (36). Pág. 03 – 04.
39. SIERRA M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. Colombia. Pág. 80 - 81.
40. GOMEZ JB. (2005). La anorexia y la bulimia. Panamá. Pag. 01- 02.
41. Ibid.dem (33). Pág. 06 – 07.
42. HIDALGO M. y GUEMES M. (2008.) Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia. España. Pág. 962 - 965.
43. DEL CANTO C. (2003). Criterios para un diagnostico de anorexia y bulimia nerviosa. Pág. 03 - 06.
44. MÉNDEZ S. (2006). Síntomas de la bulimia nerviosa. Bogotá, Colombia. Pág. 03 – 04.
45. LAMBRUSCHI N. y LEIS R. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. México. Pág. 366 - 370.
46. THE CLEVELAND CLINIC FOUNDATION. (2005). Bulimia Nerviosa. Florida, EE.UU. Pág. 01.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR P. 2009. Disfunción familiar y trastornos alimenticios en colima. España. Disponible en: www.google.com
<http://problematicasactualesenelestado.blogspot.com/2009/03/entrevistas-de-disfuncion-familiar-y.html> p. 60.
- AGUINAGA M. 2006. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. España. Disponible en www.google.com.pe
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n2/revis2a.html> p. 50.
- AITZIBER L. 2007. La comunicación familiar. Consecuencias en la adolescencia. Chile. Disponible en: www.google.com.
<http://www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/02/>. p. 180.
- AMAYA G. 2008. Trastornos alimenticios o psicopatologías alimentarias. Argentina. Disponible en: www.google.com.pe.
<http://www.monografias.com/trabajos33/sicopatologias-alimentarias/sicopatologias-alimentarias.shtml>. p. 88.
- BAROCIO S. 2004. Consejos para ayudar a su adolescente a desarrollar una imagen corporal positiva. México. Disponible en: www.google.com.
http://www.educacionydesarrollo.org/articulos/adolescencia08/la_imagencorporal_en_la_dolescencia.pdf. p. 60.
- CANO A. 2005. Dinámica familiar de los trastornos de la conducta alimentaria. España. Disponible en: www.google.com.pe
http://www.pineda.es/ensvisiten/transtornos_conducta_alimentaria.pdf. p.29.
- CRUZAT C., RAMIREZ P. y otros. 2008. Trastornos alimenticios y Funcionamiento Familiar percibido en una muestra de estudiantes de secundaria de la comuna de Concepción. Chile. Disponible en: www.google.com.pe.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282008000100008&script=sci_artt_ext. p. 60.

- DIAZ M. 2009. La autoridad. Bogotá. Disponible en: www.google.com.pe
<http://diazmartinez.wordpress.com/2009/08/> p. 90
- DEL CANTO C. 2003. Criterios para un diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa. España. Disponible en: www.google.com.pe
<http://usuarios.multimania.es/anorexia/index4.htm> p.70.
- ESTÉVEZ E. y otros. 2005. Rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. México. Disponible en: www.google.com
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam054i.pdf> p. 100.
- GARCIA SANDOVAL C. 2009. Anorexia y bulimia en varones adolescentes: factores de riesgo. España. Disponible en: www.google.com.pe
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-411-1-anorexia-ybulimia-en-varones-adolescentes-factores-de-riesg.html> p. 40.
- GOMEZ JB. 2005. La anorexia y la bulimia. Panamá. Disponible en: www.google.com.pe
<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/anorexia.pdf> p.60.
- HERRERA, Manuel. 2008. Los trastornos de conducta revelan a la anorexia como principal problema psicológico de los jóvenes. Málaga, España. Disponible en: www.google.com
<http://argijokin.blogcindario.com/2008/02/08557-los-trastornos-de-conducta-relevan-a-la-anorexia-como-principal-problema-psicologico-de-los-jovenes.html> p. 112.
- HIDALGO M. y GUEMES M. 2008. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia. Madrid, España. Disponible en: [www.Google.com](http://www.google.com)
http://www.scielo.cl/cielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200002&LNG=es&nrm=iso&tlng=es p. 1,500.
- INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL SAN JUAN BOSCO. 2005. La comunicación en la familia. Cali, Colombia. Disponible en: www.google.com.pe
<http://html.rincondelvago.com/comunicacion-en-la-familia.html> p. 90.

- LAMBRUSCHI N. y LEIS R. 2006. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. México. Disponible en: www.google.com.pe <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/8.pdf> p. 870.
- LENOIR M. 2006. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Argentina. Disponible en: www.google.com.pe http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes_parte_1.pdf p. 87.
- LEYVA R. 2006. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. México. Disponible en: www.google.com <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2007/e-im07-3/em-im073d.htm> p. 560.
- LOPEZ JJ. 2007. Terapia y familia de la asociación Convivencia familiar. Murcia, España. Disponible en: www.google.com http://www.scribd.com/doc/256596/FIGURA-PATERNA-Y-ADOLESCENCIA_p.80
- LORETO V. 2006. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. Santiago de Chile. En: www.google.com.pe http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S03704106200600200005&script=sci_arttext. p. 130.
- MÉNDEZ S. 2006. Síntomas de la bulimia nerviosa. Bogotá, Colombia. Disponible en: www.google.com.pe <http://www.innatia.com/s/c-enfermedad-de-la-bulimia/a-sintomas-de-la-bulimia.html> . p. 120.
- MOLINA A. 2006. Trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona, España. Disponible en: www.google.com.pe <http://www.familianova-schola.com/files/trastornos-conducta-alimentaria-TCA.pdf> p. 290.
- MORAL L. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid, España. Disponible en: www.google.com.pe <http://www.familianova-schola.com/files/trastornos-conducta-alimentaria-TCA.pdf> p. 270.

- MUÑOZ E. 2005. La familia fomenta durante muchos años los trastornos alimenticios. Guadalajara, México. Disponible en: www.google.com.pe.
<http://www.universia.edu.pe/noticias/principales/destacada.php?id=40167> p. 300
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. 2005. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental. Lima, Perú. Disponible en: www.Google.Com.
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/uesu_ta/pdf/uesu_ta.pdf p. 200.
- PALPAN J. y otros. 2007. Factores Psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. Lima, Perú. Disponible en: www.google.com
<http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf> p.350.
- PLASENCIA L. 2009. Los casos de anorexia y bulimia en el Perú se han incrementado 20 veces en los últimos 10 años. Callao, Perú. Disponible en: www.google.com.pe <http://pe.globedia.com/caso-anorexia-bulimia-peru-incrementado-vece-ano>. p. 250.
- ROVATI, Lola. 2006. ¿Qué tipo de padres somos? Perú. Disponible en: www.google.com <http://www.bebesymas.com/ser-padres/que-tipo-de-padres-somos>. p. 130.
- SALCEDO K. 2009. Disfunción familiar y trastornos alimenticios en Colima. España. Disponible en: www.google.com
<http://problematicasactualeseneleestado.blogspot.com/2009/03/entrevistas-de-disfuncion-familiar-y.html> p.110.
- SALVADOR HJ. 2004. Tratamiento de los Trastornos Alimenticios: eficacia Diferencial de la Terapia cognitivo Comportamiento mental con un componente de tratamiento para la imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual. Castellán, España. Disponible en: www.google.com.pe.
<http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0729108-130625/> p. 200.

- SIERRA M. 2005. La bulimia nerviosa y sus subtipos. Bogotá, Colombia. Disponible en: www.google.com.pe <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/7910108.pdf> p. 360.
- STAUDT MA. 2006. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Argentina. Disponible en: www.google.com http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf p. 225
- THE CLEVELAND CLINIC FOUNDATION. 2005. Bulimia Nerviosa. Florida, EE.UU. Disponible en: www.Google.Com http://my.clevelandclinic.org/es_/disorders/bulimia/hic_bulimianervosa.aspx p. 90.
- TRUJILLO E. 2006. ¿Qué Causa un Trastorno de la Conducta Alimentaria? Barcelona, España. Disponible en: www.google.com.pe <http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/SPWhCaus.pdf> p. 90.
- URREJOLA P. 2006. Anorexia Nerviosa. Chile. Disponible en: www.google.com.pe <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html> p. 130.
- ZAGALAZ L. 2005. La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde a educación física escolar en la provincia de Jaén. La Mancha, España. Disponible en: www.google.com <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf> p. 260.

ANEXOS

“Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan C. del Águila del distrito de Iquitos. 2010”

ANEXO N° 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO PATERNO

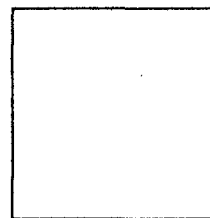
Estimado Padre de Familia, un saludo cordial. Somos Bachilleres de Enfermería, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y estamos realizando la investigación en adolescentes sobre “Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan Carlos del Águila distrito de Iquitos”, con el fin de optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. La información obtenida será procesada en forma anónima y utilizada de manera confidencial solamente por el equipo de investigadores. Por lo que solicitamos su autorización para la participación voluntaria de su hijo (a), firmando el presente documento como autorización.

AUTORIZACION

Yo como padre de familia, hago constar que he tomado conocimiento sobre los objetivos de la investigación indicada líneas arriba y autorizo a mi menor hijo(a) a participar de forma voluntaria para lo cual firmo este documento en señal de conformidad.

.....

Firma



Huella digital

“Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan C. del Águila del distrito de Iquitos. 2010”

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ADOLESCENTE DE 15- 17 AÑOS DE EDAD

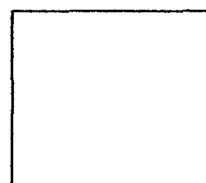
Estimada adolescente, un saludo cordial. Somos Bachilleres de Enfermería, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y estamos realizando la investigación en adolescentes sobre “Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan Carlos del Águila distrito de Iquitos”, con el fin de optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. La información obtenida será procesada en forma anónima y utilizada de manera confidencial solamente por el equipo de investigadores. Por lo que solicitamos su participación voluntaria firmando el presente documento como aceptación.

ACEPTACION

Yo como adolescente menor de edad, hago constar que he tomado conocimiento sobre los objetivos de la investigación indicada líneas arriba y estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria para lo cual firmo este documento en señal de conformidad.

.....

Firma



Huella digital

“Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan C. del Águila del distrito de Iquitos. 2010”

ANEXO N° 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ADOLESCENTE DE 18 A 19 AÑOS DE EDAD

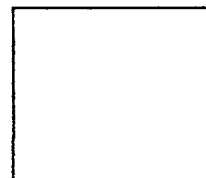
Estimada adolescente, un saludo cordial. Somos Bachilleres de Enfermería, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y estamos realizando la investigación en adolescentes sobre “Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan Carlos del Águila distrito de Iquitos”, con el fin de optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. La información obtenida será procesada en forma anónima y utilizada de manera confidencial solamente por el equipo de investigadores. Por lo que solicitamos su participación voluntaria firmando el presente documento como aceptación.

ACEPTACION

Yo como adolescente mayor de edad, hago constar que he tomado conocimiento sobre los objetivos de la investigación indicada líneas arriba y estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria para lo cual firmo este documento en señal de conformidad.

.....

Firma



Huella digita



**“Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria,
del adolescente residente del AAHH Juan C. del Águila del distrito de Iquitos.
2010”**



**ANEXO N° 04
TEST DE EVALUACIÓN DE FACTORES FAMILIARES**

I. INSTRUCCIONES: Marque con una x la respuesta con la que se siente identificado: N=Nunca, AV=Aveces, CS=Casi siempre, S=Siempre. Conteste con sinceridad. Duración de la aplicación del instrumento: 20 minutos.

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA:/...../.....

CODIGO:.....

EDAD:.....

N°	COMUNICACIÓN FAMILIAR	N	AV	CS	S
1	Mi familia acostumbra conversar sobre todas las cosas importantes del hogar				
2	Comunico a mi familia todas las cosas que me pasan o me preocupan en el día				
3	Tomamos decisiones importantes entre todos los miembros de la familia.				
4	Conversamos las experiencias de otras familias para afrontar situaciones difíciles.				
5	Hablamos de nuestros sentimientos de forma clara y directa				
6	Converso con mis padres y mis hermanos acerca de mis problemas				
7	Comunico a mis padres y a mis hermanos, todos mis miedos y tristezas				
8	Mis padres escuchan mi opinión y la respetan aún si no están de acuerdo con ella				
9	Cuando estoy fuera de casa, llamo avisando a mi familia en donde estoy				
10	Puedo conversar con mi familia sobre diversos temas, sin temor				
	TOTAL				
N°	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	AV	CS	S
1	Cuando logro una meta mi familia comparte mi alegría.				
2	En mi familia tratamos de que predomine la armonía				
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades				
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana				
5	Compartimos un fin de semana o el tiempo libre en familia				
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos				
7	Cada uno de los miembros nos aceptamos tal como somos.				
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan				
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado				
10	Cuando estoy triste mi familia me apoya.				
	TOTAL				
N°	AUTORIDAD PATERNA/MATERNA	N	AV	CS	S
1	Mis padres (padre, madre, ambos) me consuelan cuando estoy triste.				
2	Mis padres (padre, madre, ambos) antes de corregirme escuchan mis razones				
3	Mis padres (padre, madre, ambos) me orientan, cuando estoy equivocado				
4	Mis padres (padre, madre, ambos) me aceptan tal como soy.				
5	Mis padres (padre, madre, ambos) se interesan por mis problemas				

6	Mis padres (padre, madre, ambos) me aconsejan cuando estoy equivocado				
7	Mis padres (padre, madre, ambos) comparten un fin de semana conmigo.				
8	Mis padres (padre, madre, ambos), dedican un momento de su tiempo durante el día o la noche para mí.				
9	Mis padres (padre, madre, ambos), deciden sobre los cambios o responsabilidades que me corresponden en la familia.				
10	Mis padres (padre, madre, ambos) me escuchan cuando le muestro sus errores.				
TOTAL					

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

¡MUCHAS GRACIAS!

CALIFICACION: Puntaje total en cada dimensión 30 = 100%

1. Comunicación Familiar:

- Comunicación favorable : de 23 a 30 puntos
- Comunicación desfavorable: de 0 a 22 puntos

2. Funcionalidad familiar:

- Familia funcional: de 23 a 30 puntos.
- Familia disfuncional: de 0 a 22 puntos

3. Autoridad Paterna/materna:

- Autoridad paterna adecuada: de 23 a 30 puntos.
- Autoridad paterna inadecuada: de 0 a 22 puntos.

“Factores familiares asociados a algunos trastornos de conducta alimentaria, del adolescente residente del AAHH Juan C. del Águila del distrito de Iquitos. 2010”



ANEXO N° 05
TEST DE EVALUACIÓN DE TENDENCIA A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

III. INSTRUCCIONES: Marque con una x la respuesta con la cual usted se siente identificado: SI y NO. Conteste con sinceridad. La duración de la aplicación del instrumento será de 15 minutos.

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA:/...../..... CODIGO:..... EDAD:.....

III. CONTENIDO:

N°	ANOREXIA NERVIOSA	SI	NO
1	Al mirarme al espejo, me veo demasiado gorda		
2	No tengo apetito o he dejado de comer como lo hacía antes		
3	Cuando engordo me siento fea		
4	Me veo gorda, aunque los demás digan que estoy delgada.		
5	No tengo hambre y mis padres se molestan conmigo porque no como		
6	Siento que mi familia y amigos me presionan para comer		
7	Evito especialmente las comidas que contienen harinas, grasas y dulces		
8	Si tuviera sobrepeso para mi talla y edad, dejaría de comer		
9	A veces dejo de comer todo el día, no siento necesidad de alimento alguno		
10	A veces dejo de comer todo el día porque me gusta sentir el estómago vacío		
TOTAL			
N°	BULIMIA NERVIOSA	SI	NO
1	He perdido el control sobre mi apetito, siento que no puedo parar de comer		
2	Me he provocado vómitos después de haber comido bastante		
3	Cuando me siento gorda, hago ayuno o dejo de comer todo el día		
4	Hago bastante ejercicio, para bajar de peso y desaparece mi menstruación		
5	Me siento extremadamente culpable después de haber comido mucho.		
6	En ocasiones he comido demasiado (“atracción”) en espacios cortos de tiempo.		
7	Como normal cuando estoy en familia, pero después busco cómo eliminar lo ingerido		
8	No estoy satisfecha con mi peso		
9	Tomo diuréticos (pastillas para orinar mucho), después de comer en exceso		
10	Tomo laxantes (sustancia para “aflojar” el estómago), para bajar de peso		

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

¡MUCHAS GRACIAS!

CALIFICACION: Puntaje total en cada dimensión 10 = 100%

1. Anorexia Nerviosa:

- Sin Tendencia : de 0 a 14 puntos
- Con Tendencia: de 15 a 20 puntos.

2. Bulimia nerviosa:

- Sin Tendencia : de 0 a 6 puntos
- Con Tendencia: de 7 a 10 puntos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES FAMILIARES	COMUNICACIÓN FAMILIAR: forma de intercambio de información que refiere tener el adolescente con su familia. Fue medido como:	-Comunicación Favorable: -Comunicación Desfavorable:	-Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de comunicación familiar, logra 16 a 30 puntos -Cuando al aplicar el instrumento: evaluación la comunicación familiar, logra 0 a 15 puntos.	Ordinal Ordinal	-La hora de la comida es un momento para conversar
	FUNCIONALIDAD FAMILIAR: capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar las crisis de sus miembros en cada etapa vital. Incluye las siguientes sub. Variables.	-Familia Funcional: -Familia Disfuncional:	-Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de función familiar, logra 16 a 30 puntos -Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de función familiar, logra 0 a 15 puntos.	Ordinal Ordinal	-Las muestras de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana
	AUTORIDAD PATERNA: potestad que ejerce el padre de familia o tutor, sobre el adolescente, al momento de la entrevista. Fue medido como:	-Adecuada: -Inadecuada:	-Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de autoridad paterna, logra 16 a 30 puntos. -Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de autoridad paterna, logra 0 a 15 puntos.	Ordinal Ordinal	-Mi padre comparte un fin de semana conmigo y mis hermanos.
VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	ANOREXIA NERVIOSA: tendencia a manifestar miedo intenso a ganar peso y a una autoimagen distorsionada. Fue medido como:	-Sin tendencia: -Con tendencia:	-Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de anorexia nerviosa, logra 0 a 15 puntos. -Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de anorexia nerviosa, logra 16 a 30 puntos.	Ordinal Ordinal	-Me miro al espejo y me veo gorda -Me da miedo verme gorda
	BULIMIA NERVIOSA: tendencia a manifestar episodios repetitivos de ingesta excesiva de alimentos, vómitos provocados, uso de laxantes y la preocupación exagerada por la variación del peso. Fue medido como:	-Sin tendencia: -Con tendencia:	-Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de bulimia nerviosa, logra 0 a 15 puntos. -Cuando al aplicar el instrumento: evaluación de bulimia nerviosa, logra 16 a 30 puntos	Ordinal Ordinal	-Como demasiado hasta llenarme. -Después de ingerir cualquier alimento me provocho el vómito.

ANEXO N° 06

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERIA

ARTICULO CIENTIFICO

**“FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A ALGUNOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH**

JUAN CARLOS DEL AGUILA.

IQUITOS 2009”

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORAS:

Bach. Enf. PEÑA JIMENEZ, Fritzy Seomara.

Bach. Enf. PEZO ROMERO, Iris Julieta.

Bach. Enf. YUMBATO YEPEZ, Jerly Ruth

IQUITOS – PERÚ

2010

TESIS: "FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A ALGUNOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AAHH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009"

AUTORAS:

Bach. Enf. Peña Jimenez, Fritzy Seomara.

Bach. Enf. Pezo Romero, Iris Julieta.

Bach. Enf. Yumbato Yopez Jerly Ruth

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre los factores familiares y algunos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres, de 15 a 19 años, residentes del AAHH Juan Carlos del Águila del distrito de Iquitos año 2009. El método de investigación fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal, descriptivo y de correlación. Se estudió a 92 adolescentes aplicando dos instrumentos: Test de valoración de factores familiares (validez de 91,0% y confiabilidad de 92,4%) y Test de tendencia a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes (validez de 93,3% y confiabilidad de 86,6%), previamente seleccionados mediante el muestreo probabilístico al azar simple. El propósito fue responder a la hipótesis planteada "Existe asociación estadística significativa entre factores familiares y algunos trastornos de conducta alimentaria, en adolescentes residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila. Iquitos, 2009" y el resultado general es que existe asociación significativa entre la comunicación familiar ($p < -0,007 < \alpha 0,05$), funcionalidad familiar ($p < -0,017 < \alpha 0,05$), autoridad paterna/materna ($p < -0,15 < \alpha 0,05$) y la tendencia a anorexia; asimismo, existe asociación significativa entre la comunicación familiar ($p < -0,009 < \alpha 0,05$), funcionalidad familiar ($p < -0,015 < \alpha 0,05$), autoridad paterna/materna ($p < -0,007 < \alpha 0,05$) y la tendencia a bulimia, aceptándose la hipótesis de estudio.

Palabras claves: factores, familiares, trastornos, conducta alimentaria.

**FACTORS FAMILY ASSOCIATED WITH DISORDERS OF THE
CONDUCT FOOD IN ADOLESCENTS RESIDENTS OF THE
WAY JUAN CARLOS OF THE EAGLE. IQUITOS, 2009**

Authras:

Bach. Enf. Peña Jimenez, Fritzy Seomara.

Bach. Enf. Pezo Romero, Iris Julieta.

Bach. Enf. Yumbato Yopez Jerly Ruth

SUMMARY

The research aimed to determine the association between family factors and some eating disorders in female adolescents, 15 to 19 years, Juan Carlos Eagle AAHH residents District. Iquitos, 2009. The type and research design was descriptive and correlational. The study was conducted in 92 adolescents using two instruments: Test for assessing family factors (validity and reliability 91.0% 92.4%) and trend test for eating disorders in adolescents (93.3% validity and reliability of 86.6%) previously selected by simple random probability sampling. The purpose was to respond to the hypothesis "There is significant statistical association between family factors and some eating disorders, adolescents living in slums in the area of Juan Carlos del Aguila. Iquitos, 2009" and the overall result is a significant association between family communication ($p < -0,007 < \alpha 0,05$), family functioning ($p < -0,017 < \alpha 0,05$), authority parenthood ($p < -0,15 < \alpha 0,05$) and anorexia tendency; As for the association between family communication ($p < -0,009 < \alpha 0,05$), family functioning ($p < -0,015 < \alpha 0,05$), and authority parenthood ($p < -0,007 < \alpha 0,05$) and bulimia tendency, accepting the hypothesis of the study.

Keywords: factors, family, disorders, eating

INTRODUCCIÓN

La familia es el núcleo social y cultural que provee a sus miembros los elementos necesarios para el patrón formativo de la conducta y comportamiento como ser humano, en consecuencia forma también la conducta alimentaria, y si ésta es inadecuada puede evidenciar diversos trastornos, como la anorexia y la bulimia nerviosa. ⁽¹⁾

Así nos muestra la investigación realizada por LORETO, C. María en la región metropolitana de Chile sobre riesgo de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en la población adolescente escolar, que encontró: 8,3% con riesgo de trastornos de conducta alimentaria, siendo la mayor prevalencia de riesgo a TCA en colegios pertenecientes a comunas de menores ingresos, tales como bajo (11,3%), medio (8,3%) y alto (5,1%). Asimismo, hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo 12 años o menos (10,3%), entre los 13 y 15 años (8,6%), y 7,4% para las de más de 16 años. ⁽²⁾

Por otro lado, en un estudio realizado en nuestro país por PLASENCIA, L. sobre trastornos de conducta alimentaria (TCA) en adolescentes del Callao, reporta un incremento de 20 veces más en los últimos 10 años del número de casos de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, pues los cinco casos que el hospital Honorio Delgado reportó en 1996, aumentó a 100 el año 2008, indicando además que la enfermedad se ha extendido hacia sectores populares y emergentes, y ya no solo a los sectores económicos más altos y acomodados. ⁽³⁾

Así mismo, SALVADOR M. (Perú, 2004), en un estudio realizado sobre trastornos alimenticios en 34 adolescentes, encontró: 17 con bulimia nerviosa, 5 con anorexia nerviosa y 12 con algún trastorno alimentario no especificado. Además, que las madres muy exigentes en cuanto a calificaciones del rendimiento escolar o a un aspecto físico agradable (desear ver a sus hijos delgados, inculcarles la idea de que si están gorditos no son atractivos), propician o inducen a sus hijos a desarrollar comportamientos relacionados a trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia. ⁽⁴⁾

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa) en el año 2004 es de 0,2% para la anorexia, 0,1% para la

bulimia nerviosa, 4,5% para las conductas bulímicas y 5,1% para aquellos con tendencia a problemas alimentarios. ⁽⁶⁾ Pero, en nuestro medio éstos trastornos constituyen un tema poco divulgado, haciendo que no sean reconocidos como enfermedades. ⁽⁵⁾

Es así que en las últimas décadas, se observa que la cultura sobre la estética y la belleza han sufrido una serie de cambios, producto de la globalización y las nuevas tendencias que ofrece el mundo de hoy, afectando principalmente a los adolescentes en etapa de crisis de aceptación de su imagen corporal, quienes generalmente admiran o valoran como bello una contextura delgada del cuerpo, motivados por la publicidad, la moda, deportes y los mensajes que transmiten los medios masivos de comunicación; que corresponden a contexturas corporales propias de personas que presentan síntomas de trastornos alimentarios como anorexia, bulimia y otros, que en épocas pasadas eran considerados problemas únicamente de personas que vivían en zonas urbanas, con nivel socioeconómico alto y vinculadas a actividades deportivas, artísticas y de modelaje, pero hoy en día se observa también en adolescentes de nivel socioeconómico bajo y aun en las que viven en zonas rurales. ⁽⁶⁾

Además, en las prácticas efectuadas durante nuestra formación profesional como enfermeras, se pudo observar y tomar conciencia de que la información verbal que los padres dan a sus hijos influye de manera positiva o negativa en la vida de éstos y puede predisponer a la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, sobre todo si al futuro adolescente le es transmitido el concepto de belleza y delgadez como sinónimo de triunfo en la vida.

Por éste motivo, nos hemos sentimos sensibilizados para estudiar ésta problemática planteándonos la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre Factores Familiares: comunicación familiar, funcionalidad familiar, autoridad paterna y algunos trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, en adolescentes de 15 a 19 años, residentes en el AAHH Juan Carlos del Águila. Iquitos - 2009?

Los resultados obtenidos en la investigación, permiten disponer de información oportuna para comprender la importancia de la participación de la familia en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, empezando con la formación de hábitos alimentarios saludables desde los primeros años de vida. Creemos que ello es un proceso clave para brindar aportes significativos en la formación del profesional de Enfermería quienes tenemos la responsabilidad de brindar atención integral a las familias con adolescentes que presenten factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria;

aplicando estrategias innovadoras en el área preventivo promocional, en los tres niveles de prevención, para favorecer la salud mental de los miembros de la familia y en especial del adolescente.

MATERIALES Y METODOS.

La investigación es un estudio descriptivo, de correlación y transversal. La muestra estuvo constituida por 92 adolescentes mujeres, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, de Iquitos, seleccionada por muestreo probabilístico al azar simple, en base a los criterios de inclusión.

La variable independiente Factores Familiares comprende: comunicación familiar medido como favorable de 23 a 30 puntos y desfavorable de 0 a 22, funcionalidad familiar medida como funcional de 23 a 30 y disfuncional de 0 a 22 y autoridad paterna evaluada como adecuada de 22 a 30 e inadecuada de 0 a 22.

La variable dependiente Trastornos de la Conducta Alimentaria comprende: anorexia medida como sin tendencia de 0 a 6 puntos y con tendencia de 7 a 10 puntos y bulimia medida como sin tendencia de 0 a 6 puntos y con tendencia de 7 a 10 puntos. Se utilizó 2 instrumentos: Test de evaluación de factores familiares con una validez alta de 91.0% (juicio de expertos) y confiabilidad aceptable de 0.924 (Alfa de Crombach), y el Test de valoración de tendencia a trastornos de la conducta alimentaria, con una alta validez de 93.3% (juicio de expertos) y una confiabilidad aceptable de 0.866 (Alfa de Crombach). Los datos fueron codificados y procesados en SPSS versión 15.0 para Windows XP y para asociar las variables se empleó la prueba paramétrica de Correlación de Pearsón (r).

RESULTADOS.

TABLA 01
COMUNICACIÓN FAMILIAR Y TENDENCIA A ANOREXIA EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009.

COMUNICACIÓN FAMILIAR		TENDENCIA A ANOREXIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Comunicación familiar favorable	Nº	13	3	16
	%	14,2	3,2	17,4
Comunicación familiar desfavorable	Nº	65	11	76
	%	70,7	11,9	82,60
Total	Nº	78	14	92
	%	84,9	15,1	100,0

Fuente: Por las investigadoras $r = -0,277$ $p < 0,007$ $< \alpha 0.05$

TABLA N° 02
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TENDENCIA A ANOREXIA, EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TENDENCIA A ANOREXIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Familia Funcional	N°	29	4	33
	%	31,5	4,4	35,9
Familia Disfuncional	N°	49	10	59
	%	53,2	10,9	64,1
Total	N°	78	14	92
	%	84,9	15,1	100,0

Fuente: Por las investigadoras $r = -0,248$ $p < 0,017$ $< \alpha 0.05$

TABLA 03
AUTORIDAD PATERNA/MATERNA Y TENDENCIA A ANOREXIA, EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS
DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

AUTORIDAD PATERNA/MATERNA		TENDENCIA A ANOREXIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Adecuada	N°	31	3	34
	%	33,8	3,2	37,0
Inadecuada	N°	47	11	58
	%	51,0	12,0	63,0
Total	N°	78	14	92
	%	84,9	15,1	100,0

Fuente: Por las investigadoras $r = -0,253$ $p < 0,015$ $< \alpha 0.05$

TABLA 04
COMUNICACIÓN FAMILIAR Y TENDENCIA A BULIMIA EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

COMUNICACIÓN FAMILIAR		TENDENCIA A BULIMIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Comunicación familiar favorable	N°	15	1	16
	%	16,3	1,1	17,4
Comunicación familiar desfavorable	N°	69	7	76
	%	75,0	7,6	82,6
Total	N°	84	8	92
	%	91,3	8,7	100,0

Fuente: Por las investigadoras $r = -0,270$ $p < 0,009$ $< \alpha 0.05$

TABLA N° 05
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TENDENCIA A BULIMIA, EN ADOLESCENTES
RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TENDENCIA A BULIMIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Familia funcional	N°	32	1	33
	%	34,8	1,1	35,9
Familia disfuncional	N°	52	7	59
	%	56,5	7,6	64,1
Total	N°	84	8	92
	%	91,3	8,7	100,0

Fuente: Por las investigadoras $r = -0,252$ $p < 0,015$ $< \alpha 0,05$

TABLA 06
AUTORIDAD PATERNA/MATERNA Y TENDENCIA A BULIMIA EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DEL AA.HH. JUAN
CARLOS DEL AGUILA. IQUITOS, 2009.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TENDENCIA A BULIMIA		TOTAL
		SIN TENDENCIA	CON TENDENCIA	
Adecuada	N°	33	1	34
	%	35,9	1,1	37,0
Inadecuada	N°	51	7	58
	%	55,4	7,6	63,0
Total	N°	84	8	92
	%	91,3	8,7	100,0

Fuente: Por las investigadoras $r = -0,282$, $p < 0,007$ $< \alpha 0,05$

DISCUSION.

La investigación se realizó en 92 adolescentes de sexo femenino, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, de la ciudad de Iquitos, aplicándose una encuesta en la muestra seleccionada por aleatorio simple, para determinar si existe asociación entre los Factores familiares y los trastornos de conducta alimentaria TCA (bulimia y anorexia) en adolescentes.

En relación a los Factores familiares de los adolescentes de 15 a 19 años, de sexo femenino, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, se ha identificado y valorado que en mayor proporción presentan: Comunicación familiar desfavorable (82.6%), Familia disfuncional (64.1%) y autoridad paterna/materna adecuada (63.0%); éstos resultados evidencian la influencia de los factores familiares en la adquisición y riesgos de trastornos mentales como

los trastornos de la conducta alimentaria, pues una comunicación armónica con respeto y tolerancia, el sentirse a gusto con el trato, atención y cuidados de la familia, sujetos voluntariamente a una autoridad paterna/materna democrática basada en altos valores, afecto, control y límites claros en el cuidado de los hijos, pero manteniendo un entorno predecible, pues todos ellos tienen efectos saludables en el desarrollo biopsicosocial y el bienestar del adolescente.

En cuanto a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) de los adolescentes de 15 a 19 años, de sexo femenino, residentes del AA.HH Juan Carlos del Águila, se ha identificado y valorado que en mayor proporción: no presentan tendencia a anorexia nerviosa (84.8%) ni bulimia nerviosa (91.3%); pero también se ha evaluado que existe una proporción significativa de anorexia nerviosa (15.2%) y bulimia nerviosa (8.7%); creemos que éste resultado de tendencia a trastornos de la conducta alimentaria, amerita que los profesionales de la salud, reconsideren las intervenciones de salud mental a nivel comunitario para realizar acciones preventivas-promocionales, pero también realicen acciones para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos necesarios.

En relación a los factores Familiares y tendencia a trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa, se obtuvo lo siguiente:

- En la comunicación familiar, los adolescentes que presentaron tendencia a anorexia y presentan comunicación familiar desfavorable representan el 14.5% y en menor proporción comunicación familiar favorable obteniendo una (Correlación de Pearsón) $r = -0,277$, $p < 0,007 < \alpha 0.05$. Los adolescentes que presentaron tendencia a bulimia y comunicación familiar desfavorable representan el 9.2% y en menor proporción tendencia a bulimia y comunicación familiar favorable representan el 6.2%, una $r = -0,270$, $p < 0,009 < \alpha 0.05$ (Correlación de Pearsón), lo cual indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable comunicación familiar y tendencia a trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada. Los resultados concuerdan con ESTEVEZ L. Estefanía (México - 2005) quien en un estudio realizado sobre los tipos de comunicación en adolescentes encontró que cuando existen problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, este constituye el factor de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, tales como la presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Creemos que la comunicación es importante y necesaria en todo nivel, y con mayor razón y de forma significativa dentro de la familia, pues a través de ella podemos

expresar pensamientos, sentimientos, afectos y otros que de acuerdo a cómo se plantean, pueden contribuir o perjudicar el desarrollo personal de sus miembros especialmente en etapa adolescente.

- En la Funcionalidad familiar, la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia a anorexia y presentan familia disfuncional representan el 16.9%; en menor proporción el 12.1% en relación a tendencia a anorexia y familia funcional, una (Correlación de Pearson) $r=-0,248$, $p<0,017 < \alpha 0.05$ de éste resultado puede deducirse que existe relación entre la variable funcionalidad familiar y tendencia a anorexia. En relación a la tendencia a bulimia y familia disfuncional tenemos un 11.9%; en menor proporción tenemos a los que presentaron tendencia a bulimia y familia funcional con el 3.0%, una $r=-0,252$, $p<0,015 < \alpha 0.05$ lo cual indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad familiar y tendencia a bulimia nerviosa, por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada. Los resultados concuerdan con PALPAN, Jenny. (Perú - 2007), quien en una investigación sobre “factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en 180 adolescentes estudiantes de Lima metropolitana”, obtuvo como resultado: que el 20% de hombres y 26% de mujeres presentan un trastorno en su conducta alimentaria y que la disfunción familiar es el factor predisponente de mayor importancia para llegar a un trastorno de alimentación. Así mismo concuerda con AGUILAR, Paula. (España - 2009), quien refiere que la disfunción familiar trae consigo problemas de salud mental como los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia). Éstos trastornos se desarrollan como consecuencia de una inadecuada funcionalidad familiar en adolescentes y adultos jóvenes, evidenciando en ellos la rebeldía y el rechazo a los alimentos, sin recibir la atención y cuidado de los padres, quienes por estar sumergidos en sus propios problemas, no brindan la atención necesaria a sus hijos adolescentes. Creemos que una familia unida, armónica, consciente y cumplidora de sus responsabilidades, brinda a sus miembros confianza para manifestar sus dudas y seguridad emocional necesaria para afrontar y solucionar los problemas que se le presentan, sin tener que recurrir a conductas compensatorias inadecuadas, que afectan su salud mental.
- En la autoridad paterna/materna, la mayoría de adolescentes con tendencia a anorexia, evidencian autoridad paterna/materna inadecuada siendo el 19.0% y en menor proporción tendencia a anorexia y autoridad paterna/materna adecuada constituyen el 8.8%. Una $r = -0,253$, $p < 0,015 < \alpha 0.05$ (Correlación de Pearson), indicando que existe asociación estadísticamente significativa entre la variable autoridad paterna/materna y tendencia a

anorexia nerviosa. En relación a la tendencia a bulimia y autoridad paterna/materna inadecuada tenemos el 12.1% y en menor proporción tendencia a bulimia y autoridad paterna/materna adecuada el 2.9% obteniendo una $r=-0,282$, $p < 0,007 < \alpha 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada. Estos resultados, concuerdan con LOPEZ N. Juan J. (España - 2007), quien en un trabajo de investigación relacionado a la autoridad paterna en adolescentes de una determinada comunidad de España encontró que los padres de hijos anoréxicos se caracterizan por llevar un excesivo control sobre ellos, llegando a tomar decisiones y a gobernar sus vidas. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se concluye que existe asociación entre las variables autoridad paterna/materna y tendencia a Trastornos de conducta alimentaria (TCA). Asimismo, concuerda con BAROCIO, Samantha. (México - 2004), quien refiere que una autoridad paterna/materna inadecuada favorece la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que es recomendable no conceder al adolescente todos sus caprichos. Creemos que una autoridad paterna/materna con reglas y límites claros que se aceptan y respetan de manera democrática por todos los miembros de la familia, complementada con la expresión sana de los afectos y valores, contribuye a preservar y fortalecer la salud mental de sus miembros, convirtiéndolos en personas participantes y comprometidas en el desarrollo personal, de la familia y de la sociedad en general.

CONCLUSIONES.

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación y a los objetivos presentamos las siguientes conclusiones:

1. Al análisis bivariado entre comunicación familiar y tendencia a anorexia, de 92 adolescentes que representan el 100% de la muestra; el 14.5% (11 adolescentes) presentaron tendencia a anorexia y evidencian comunicación familiar desfavorable, mientras que el 18.8% (3 adolescentes) del grupo con tendencia a anorexia y comunicación familiar favorable, encontrándose relación entre las variables ($p < -0.007 < \alpha 0.05$).
2. En cuanto a funcionalidad familiar y la Tendencia a anorexia, el 16.9% (10 adolescentes) presentaron tendencia a anorexia, y evidencian familia disfuncional, mientras que el 12.1% (4 adolescentes) presentan tendencia a anorexia y familia funcional. De lo que puede deducirse que la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia anorexia presentaron familia disfuncional ($p < -0.017 < \alpha 0.05$).
3. En relación a la autoridad paterna/materna y Tendencia a anorexia, el 19.0% presentaron tendencia a anorexia y evidencian autoridad paterna/materna inadecuada, mientras que el

- 8.8% del grupo con tendencia a anorexia y evidencian autoridad paterna/materna adecuada. ($p < -0.015 < \alpha 0.05$). De lo que puede deducirse que existe asociación entre las variables tendencia a anorexia y autoridad paterna/materna.
4. Entre comunicación familiar y tendencia a bulimia nerviosa, de 92 adolescentes que representan el 100% de la muestra; el 9.2% (7 adolescentes) presentaron tendencia a bulimia y evidencian comunicación familiar desfavorable, mientras que el 6.2% (1 adolescente) del grupo con tendencia a bulimia y comunicación familiar favorable, encontrándose relación entre las variables ($p < -0.009 < \alpha 0.05$).
 5. En cuanto a funcionalidad familiar y la Tendencia a bulimia, el 11.9% (7 adolescentes) presentaron tendencia a bulimia, y evidencian familia disfuncional, mientras que el 3.0% (1 adolescente) presentan tendencia a bulimia y familia funcional. De lo que puede deducirse que la mayoría de adolescentes que presentaron tendencia anorexia presentaron familia disfuncional ($p < -0.015 < \alpha 0.05$).
 6. En relación a la autoridad paterna/materna y Tendencia a bulimia, el 12.1% (7 adolescentes) presentaron tendencia a bulimia y evidencian autoridad paterna/materna inadecuada, mientras que el 2.9% (1 adolescente) del grupo con tendencia a bulimia y evidencian autoridad paterna/materna adecuada. ($p < -0.007 < \alpha 0.05$). De lo que puede deducirse que existe asociación entre las variables tendencia a bulimia y autoridad paterna/materna.

AGRADECIMIENTO:

Expresamos nuestro sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que de una u otra forma nos brindaron su apoyo profesional, dedicación y comprensión, para culminar ésta investigación: Dra. Marina GUERRA VASQUEZ, Dra. Eva L. MATUTE PANAIFO, entre otros. Agradecemos también a los miembros del jurado calificador: Mgr. Zulema Orbe Gaviola, Dra. Alba L. Vásquez Vásquez, Mgr. Carmen Chuquipiondo Carranza, por sus valiosas sugerencias, tiempo y dedicación para culminar la tesis de forma exitosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MUÑOZ E. (2005). La familia fomenta durante muchos años los trastornos alimenticios. México. Pág. 01
2. LORETO V. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la región metropolitana. Chile. Pág. 01
3. PLASENCIA L. (2009). Los casos de anorexia y bulimia en el Perú se han incrementado 20 veces en los últimos 10 años. Perú Pág. 01.

4. SALVADOR HJ. (2004). Tratamiento de los Trastornos Alimenticios: eficacia Diferencial de la Terapia cognitivo Comporta mental con un componente de tratamiento para la imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual. España. Pág.01.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPS). Pág.1-2.
6. ZAGALAZ L. (2005). La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde a educación física escolar en la provincia de Jaén. España. Pág. 01.
7. Op. Cit. (5). Pág. 03
8. MORAL L. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid- España. Pág. 02
9. GARCIA SANDOVAL C. (2009). Anorexia y bulimia en varones adolescentes: factores de riesgo. España. Pág. 02.
10. CRUZAT C., RAMIREZ P. y otros. (2008) Trastornos alimenticios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes de secundaria de la comuna de Concepción. Chile. Pág. 02.
11. AMAYA G. (2008). Trastornos alimenticios o psicopatologías alimentarias. Argentina. Pág.02.
12. INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL SAN JUAN BOSCO. (2005). La comunicación en la familia. Colombia. Pág. 01
13. AITZIBER L. (2007). La comunicación familiar. Consecuencias en la adolescencia. Chile. Pág.01
14. CANO A. (2005). Dinámica familiar de los trastornos de la conducta alimentaria. España. Pág. 29.
15. BAROCIO S. (2004). Consejos para ayudar a su adolescente a desarrollar una imagen corporal positiva. México. Pág. 03 - 04.
16. ESTÉVEZ E. y otros. (2005). Rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. México. Pág.03.
17. LEYVA R. (2006). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. México. Pág. 227.
18. PALPAN J. y otros, (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. Perú. Pág.05.

19. AGUILAR P. (2009). Disfunción familiar y trastornos alimenticios en colima. España. p.01.
20. DIAZ M. (2009). La autoridad. Bogotá Pág. 01.
21. ROVATI, Lola. (2006). ¿Qué tipo de padres somos? Perú. Pág. 02 - 04.
22. LOPEZ JJ. (2007). Terapia y familia de la asociación convivencia familiar. España. Pág. 01 - 02.
23. Op. Cit. (15). Pág. 07 - 08.
24. Op. Cit. (21). Pág. 05 - 06.
25. HERRERA, Manuel (2008). Los trastornos de conducta relevan a la anorexia como principal problema psicológico de los jóvenes. España Pág. 02.
26. STAUDT MA. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Argentina. Pág. 25.
27. TRUJILLO E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? Barcelona, España. Pág.01.
28. Op. Cit. (10). Pág. 03 - 04.
29. SALCEDO K. (2009). Disfunción familiar y trastornos alimenticios en Colima. España Pág. 01.
30. Op. Cit. (25). Pág. 04.
31. MOLINA A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria. España. Pág. 01.
32. Op. Cit. (26). Pág. 27 - 28.
33. Op. Cit. (09). Pág. 03 - 04.
34. URREJOLA P. (2006). Anorexia Nerviosa. Chile. Pág. 01.
35. Op. Cit. (6). Pág. 02.
36. AGUINAGA M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. España. Pág. 01 - 02.
37. LENOIR M. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Argentina. Pág. 02 - 03.
38. Op. Cit. (36). Pág. 03 - 04.
39. SIERRA M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. Colombia. Pág. 80 - 81.
40. GOMEZ JB. (2005). La anorexia y la bulimia. Panamá. Pag. 01- 02.
41. Ibid.dem (33). Pág. 06 - 07.

42. HIDALGO M. y GUEMES M. (2008.) Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia. España. Pág. 962 - 965.
43. DEL CANTO C. (2003). Criterios para un diagnostico de anorexia y bulimia nerviosa. Pág. 03 - 06.
44. MÉNDEZ S. (2006). Síntomas de la bulimia nerviosa. Bogotá, Colombia. Pág. 03 - 04.
45. LAMBRUSCHI N. y LEIS R. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. México. Pág. 366 - 370.
46. THE CLEVELAND CLINIC FOUNDATION. (2005). Bulimia Nerviosa. Florida, EE.UU. Pág. 01.