



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA AMÉRICA CARMEN MEDIO,
COMAS - 2013**

PRESENTADO POR

CASTILLO LIVÓN, ROSARIO SOFIA

ASESOR

PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA

Los Olivos, 2017



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PRIVADA AMÉRICA CARMEN
MEDIO, COMAS - 2013**

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

**PRESENTADA POR:
CASTILLO LIVÓN, ROSARIO SOFIA**

**ASESOR:
PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA**

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Rosa Casmira Tuse Medina

Presidenta

Alfredo José Pipa Carhuapoma

Secretario

Doris Mellina Alvines Fernández

Vocal

Rosa Eva Pérez Siguas

Asesora

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS
ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA AMÉRICA
CARMEN MEDIO, COMAS - 2013**

Dedicatoria

Esta investigación realizada se la dedico a mis tres amores y mi esposo, quienes son: mi fortaleza, mi inspiración y mi motivo para seguir avanzando. Mi familia es y serán mi apoyo, empuje.

A mi padre, que no está con nosotros, pero quiso verme culminar esta etapa de mi vida.

A los profesores, que cultivaron en mí los principios de humanismo, entrega, ética, para afrontar los diferentes problemas a asumir. A las profesoras Doris Alvines Fernández y Rosa Eva Pérez, quienes con su paciencia, dedicación y firmeza me ayudaron a culminar de manera exitosa esta investigación.

Agradecimientos

A Lic. Doris Mellina Alvines:

Por su trayectoria como profesional íntegramente, por su paciencia que me tuvo para culminar todo el procedimiento de la tesis.

A Dra. Rosa Eva Pérez Sigvas

Por su trayectoria y experiencia en la investigación en nuestra carrera, por la paciencia, tiempo, guía y dedicación que nos ha dado desde el inicio del proyecto hasta la culminar la tesis.

A Lic. Gladys Romero, directora de la Institución Educativa América

Por su profesionalismo con la que lleva a cargo la institución educativa; por el apoyo brindado y las facilidades dadas; como sus aulas y su población estudiantil.

Y por último a todos los docentes que colaboraron para que esta tesis se inicie, se desarrolle y se culmine.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3 OBJETIVO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivo específico.....	19
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	20

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD..	22
2.1.1 Reseña histórica de la Institución Educativa	23
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
2.2.1 Internacional	24
2.2.2 Nacional	¡Error! Marcador no definido.
2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	27
2.3.1 Familia.....	27
2.3.2 Adolescente	¡Error! Marcador no definido.
2.3.3 Funcionalidad familiar	39
2.3.4 Disfuncionalidad familiar	43
2.3.5 Función de la enfermera dentro de la familia.....	45

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	47
3.2.1 Criterios de inclusión.....	47
3.2.2 Criterios de exclusión.....	48

3.3	VARIABLE.....	48
3.3.1	Definición conceptual.....	48
3.3.2	Definición operacional.....	48
3.4	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.4.1	Puntaje para la clasificación.....	50
3.4.2	Análisis de confiabilidad.....	50
3.5	PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
3.6	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	51
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	52
3.7.1	Principio de Beneficencia.....	52
3.7.2	Principio de Autonomía	52
3.7.3	Principio de Justicia	52
3.7.4	Principio de Fidelidad.....	52
3.7.5	Principio de Veracidad	52
3.7.6	Principio de Confidencialidad.....	53
3.7.7	Consentimiento informado.....	53

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	RESULTADOS.....	55
4.2	DISCUSIÓN	62

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	CONCLUSIONES	65
5.2	RECOMENDACIONES	66

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
---	-----------

ANEXOS	73
---------------------	-----------

Índice de gráficos

Gráfico 1: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013.....	55
Gráfico 2: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013 según sexo.....	56
Gráfico 3: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013 según edad.....	57
Gráfico 4: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013 según el grado de instrucción en los estudiantes...	58
Gráfico 5: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013 según el tipo de familia.....	59
Gráfico 6: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013 según el trabajo.....	60
Gráfico 7: Funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013 según la relación de parentesco con el jefe de familia	61

Índice de anexos

Anexo A:	Distribución de la población de adolescentes escolarizados según año y género de la I. E. América.....	74
Anexo B:	Operacionalización de las variables.....	75
Anexo C:	Test de APGAR Familiar.....	77
Anexo D:	Permiso dado por la directora del colegio.....	78
Anexo E:	Consentimiento informado.....	79
Anexo F:	Escala de Funcionalidad familiar.....	80
Anexo G:	Anexos complementarios.....	81

Resumen

Objetivo: Determinar la funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa América en Carmen Medio, Comas 2013. **Material y método:** Este estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo, trasversal, donde participaron 111 adolescentes de 10 a 19 años, que estudiaban en la Institución Privada América. El instrumento utilizado fue un formulario tipo encuesta, denominado Apgar Familiar de Smilkstein. Su validez lo realizó Ccoica Miranda Teófilo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal en Lima, el 2010, y su confiabilidad tuvo un Alfa de Crombach de 0,778. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico de Excel y SPSS versión 19. **Resultados:** El 4.50% de la población evaluada tiene Disfunción Familiar severa; el 19.82% tiene Disfunción Familiar moderada; el 45.05% tiene Disfunción Familiar leve y el 30.63%, buena Funcionalidad Familiar. El 14,41% son familias compuestas y están dentro de la disfunción familiar leve, el sexo que predominó entre los adolescentes es el masculino y están dentro de la disfunción familiar leve, el grado de instrucción logrado fue el de secundaria con 30.63%, la relación de parentesco con el jefe de familia fue con el padre de familia con 46.85%. **Conclusiones:** La funcionalidad familiar predominante fue la disfunción familiar leve, el sexo que más predominó fue el masculino, los adolescentes que fueron evaluados tienen familias compuestas y su relación de parentesco con el jefe de familia es con el padre de familia.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, adolescentes.

Abstract

Objective: To determine family functionality in adolescent students at the Educational Institution América in Carmen Medio, Comas 2013. **Material and method:** This study is a quantitative, descriptive, cross-sectional study involving 111 adolescents aged 10 to 19 years, Private Institution America. The instrument used was a survey-type form, called the Smilkstein Family Apgar. Its validity was made by Ccoica Miranda Teófilo of the Faculty of Psychology of the National University Federico Villareal in Lima, 2010, and its reliability had a Crombach Alfa of 0,778. Data analysis was made using the statistical package Excel and SPSS version 19. **Results:** The results achieved were that 4.50% of the population evaluated had Severe Family Dysfunction; 19.82% have Moderate Family Dysfunction; 45.05% have Mild Family Dysfunction and 30.63% have Good Family Functionality. 14.41% are composed families and are within mild family dysfunction. the predominant sex among adolescents is the male gender and are within mild family dysfunction, the level of education achieved was the secondary level with 46.85%. **Conclusions:** The predominant family functionality was mild family dysfunction, the sex that predominated was the male, the adolescents who were evaluated have extended families and their kinship relation with the head of household relies on the father.

Keywords: Family functionality, adolescents.

Introducción

El ser humano, desde tiempos antiguos, se ha comunicado en un inicio a través de señas y de sonidos; poco a poco esta comunicación fue mejorando y siendo más entendible, pero además la socialización y la realización entre cada uno ha fomentado y motivado el aprendizaje y la adaptación entre ellos, intercambiando reglas y creencias. Con esta socialización se puede intensificar la relación de amistad, pero también hará que nuestra manera de vivir y pensar cambie para bien o para mal. Con esta socialización se instituyó la familia que viene a través de muchos años y con ella las modificaciones socioculturales y económicas de cada uno de los integrantes.

La familia es la institución universal, multifuncional; que sirve de base para nuestra sociedad, que ayudan en el proceso de aprendizaje de cada uno de los integrantes de este. El niño mientras es niño y pasa a la pubertad, la familia lo protege; pero cuando este pasa a la adolescencia se enfrentará a situaciones que tendrá que resolver y hacer frente.

Este trabajo se estructura en V capítulos. En el capítulo I se encuentra el planteamiento del problema, el cual sustentamos con datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro América, Ministerio Nacional de Salud (MINSA), Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI) donde se plantea el problema, luego justificamos la importancia de la investigación del tema.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, donde se redacta la historia de Comas y del Asentamiento Humano Carmen Medio; asimismo, realizamos la investigación enfocándonos en los adolescentes del colegio América. En nuestros antecedentes internacionales tenemos a Morán J. en Ecuador, 2015 donde realizó un estudio sobre "Funcionalidad familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la unidad educativa Santo Domingo de Guzmán". En el ámbito nacional tenemos a Castilla H., Caycho T., en Lima, 2015 donde realizó un estudio de Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en Adolescentes Peruanos. En el Marco teórico desarrollamos el contenido de las

palabras claves de la investigación, como son: la teoría del conocimiento, familia, adolescente, funcionalidad familiar, disfuncionalidad familiar; planteando el objetivo general y los objetivos específicos.

En el capítulo III mencionamos el tipo y diseño de estudio el cual fue de tipo descriptivo no experimental, ya que se detalló los hechos tal como se dieron en la realidad sin manipular la variable. Tuvo un diseño de corte transversal, ya que los datos recolectados se desarrollaron en un tiempo y espacio determinado, además el enfoque fue cuantitativo porque nos permitió analizar y cuantificar los datos. El área de estudio se realizó en la población adolescente de la Institución Educativa Privada América - 2013.

En el capítulo IV detallamos los resultados y la discusión de los datos obtenidos de la población, donde se evidenció el sexo, la edad, el tipo de familia, grado de instrucción máximo logrado, si trabaja o no, la relación de parentesco con el jefe de familia; objetivos planteados que dan respuesta a las dimensiones como: 1) estar satisfecho de la ayuda recibida por la familia, 2) estar satisfecho con la forma en que la familia discute y comparte, 3) creer que la familia acepta y apoya sus deseos, 4) sentir que la familia le quiere, y 5) estar satisfecho con el tiempo que la familia y el encuestado pasan juntos, mediante gráficas que evidencian los resultados de la población estudiada.

En el capítulo V detallamos las conclusiones y recomendaciones haciendo mención de los distintos autores de investigación, los cuales difieren y coinciden con los resultados obtenidos en la investigación; asimismo, enriquece el conocimiento y fortalece la investigación.

Por último, tenemos a las referencias bibliográficas donde encontramos la base de nuestra investigación, y en los anexos, nuestro consentimiento informado, nuestra escala de Funcionalidad familiar, Formato de Apgar Familiar, entre otros.

La autora

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se calcula que en 2015 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría, por causas prevenibles o tratables. Las lesiones por accidentes de tránsito fueron la principal causa de mortalidad en 2012, con 330 adolescentes muertos al día.

Otras de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes son el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal. Cada año se registran en el mundo 49 nacimientos por cada 1000 chicas de 15 a 19 años. La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados ⁽¹⁾.

Aproximadamente, uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años ⁽¹⁾.

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores e incluso la salud de sus futuros hijos ⁽¹⁾.

El informe sobre salud para los adolescentes del mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que la violencia interpersonal, las heridas por siniestros viales y el suicidio son las tres principales causas de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años de las Américas. La depresión es una de las tres primeras causas de enfermedad y discapacidad en este grupo en la región ⁽²⁾.

Los problemas socioeconómicos han contribuido a que la adolescencia se haya transformado en una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en

un medio social que los obliga a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos ⁽³⁾.

En los adolescentes implicados en las problemáticas psicosociales con familias disfuncionales podemos encontrar una variable que es común: la falta de expectativas de cara al futuro, ausencia de planes y proyectos personales; es decir, el existir teniendo en cuenta lo inmediato, lo circunstancial, sin importarles el mañana. Las expectativas sobre el futuro, la presencia de planes y proyectos personales es lo que se considera como proyecto de vida; en este caso, podría inferirse que la ausencia de este sería lo que tienen en común estos jóvenes implicados en una familia disfuncional ⁽⁴⁾.

En el nivel de secundaria hubo incremento de la inscripción del alumnado para el inicio del año escolar en un 81.5% para el 2014; pero al término del año muchos alumnos no culminaban con éxito las clases y solo terminaban un 64.8%.

Las diferencias entre entorno rural y urbano son muy notables y esto se evidencia en lo educativo. El entorno urbano tiene un 73,2% de estudiantes en las escuelas y el entorno rural tiene un 42,3% de estudiantes.

Un 13,7% de alumnos entre los 12 y 17 años asisten a las escuelas, no manteniendo la relación de la edad con el grado que le corresponde.

En el Plan de Acción por la Infancia 2012–2021 se advierte que la explotación sexual infantil en el Perú es un problema grave que afecta a un número creciente de adolescentes ⁽⁵⁾. Existen diversos factores, entre ellas tenemos la intolerancia e indiferencia entre las personas, y la equívoca concepción de la crianza de los hijos varones de faltar el respeto y abusar de los derechos físicos, psíquicos de la mujer. Si a ello le sumamos la lentitud, desgano e interés de las entidades públicas administrativas por hacer prevalecer los derechos de la mujer, entonces quedarán impunes dichas agresiones.

En el 2014, del total de mujeres de 15 a 19 años de edad con educación primaria, el 29,3% ya eran madres adolescentes; de igual manera, en el mismo grupo etario, el 11,2% con educación secundaria y el 4,9% con educación superior ⁽⁶⁾.

La ausencia y carencia de recursos económicos en los hogares de los adolescentes va en aumento y esto es un 39% entre las edades de 15 y 24 años en Sudamérica; percibiendo un ingreso económico un poco menos de \$ 1 dólar. Esto trae como consecuencia el poco o ningún acceso a los recursos básicos que le corresponde y, por ende, se ven forzados y obligados a buscarse el sustento para ayudar en los gastos en sus hogares.

El entorno familiar es el nacimiento y base para que el niño y adolescente adquieran valores y sepan sus derechos y las de otros. Aquí también van a aprender a identificar sus identidades como femenino y masculino de acuerdo con los modelos que tienen en casa. Si bien es cierto que el entorno familiar brinda protección, seguridad, integridad a sus miembros, esto puede convertirse en un entorno no saludable con violencia, de todo tipo, desarrollando en los adolescentes conductas provocadoras y violentas. En nuestro país, muchos niños (varones y mujeres) y adolescentes, han hecho de su hogar la calle, y esto es por causa de la violencia vivida dentro de sus familias. Toda esta vivencia se verá influenciada en el crecimiento y desarrollo durante toda su etapa de vida del adolescente; pero además se verán vulnerables y en riesgo de recibir golpes, acoso sexual.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), en el Perú las y los adolescentes son los que representan la tercera parte de toda la población con un 31,7%; por ello, el Perú es considerado como una nación de adolescentes y jóvenes, que a partir de algunos años contará con mayor población en edad para trabajar superando el porcentaje de la población infantil.

El 51.93% de la población tienen edades comprendidas entre los 10 hasta los 14 años. Aproximadamente, el 56,3% vive en zonas urbanas, cumplen la secundaria completa; y el 57,6%, en zonas rurales, solo culmina la primaria. Más del 50% están en condiciones de pobreza y aproximadamente el 15% de los hogares en extrema pobreza están dirigidos por adolescentes. Más de la mitad de la población adolescente no logran estudiar en los colegios y la mayor limitante es no contar con los recursos económicos, y el 25,3% en el sexo femenino su limitante es el embarazo. En el Perú, el 13% de las adolescentes están embarazadas o ya son madres. A nivel nacional, 1 de cada 5 mujeres embarazadas es adolescente, aunque en la región amazónica es 1 de cada 3.

La violencia física está presente en su mayoría dentro de los hogares, registrando un 25% por el padre y el 22% por la madre. El 29% de adolescentes ha pensado en suicidarse, el 3,6% de ellos en Lima había buscado quitarse la vida, en la zona andina el 2,9%, en el área de la selva 1,7%; siendo todos estos motivados por las constantes diferencias con sus progenitores (55%) y otros familiares (22%) ⁽⁷⁾.

La familia constituye la piedra angular de la sociedad, en consecuencia, es función primordial de la familia nuclear el cuidado y protección de sus miembros enfermos y dependientes. El rol de la enfermería y la búsqueda de consejo y/o ayuda a cualquier agente de salud, es muy poca; ya que esta búsqueda de soluciones o consejo se da dentro del círculo familiar y muchos episodios de enfermedad no llegan al dominio profesional y cuando lo hace, las decisiones acerca de cuándo y a quien consultar, la adhesión al tratamiento y su cumplimiento permanecen en el contexto familiar ⁽⁷⁾.

Ante esta problemática, el personal de enfermería está comprometida a convertirse en verdaderos agentes para la salud. Este agente de salud está llamado a fortalecer los estilos de vida saludable; así, debe poner énfasis en cuidar la salud, buscando fomentar la salud, pues es un bien imprescindible para la persona y un bien para la comunidad contando con un respaldo de formación académica necesaria para desarrollar esta labor ⁽⁷⁾.

Su preparación le permite tener un manejo integral para cuidar saludablemente a la persona, la familia y la comunidad, con la ayuda de la promoción de la salud que se convierte en una estrategia que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención de la enfermedad bien diseñadas e implantadas como estrategias en el campo de la salud del adolescente.

En las prácticas comunitarias se intervino el colegio América y se dialogó con la directora y docentes, donde nos manifestaron el ausentismo de los padres de familia en las actividades académicas, se evidenció el bajo rendimiento de las notas periódicas durante el año, el cual causa una preocupación en los docentes del colegio América. Al recorrer las instalaciones del colegio, se observó cómo los alumnos se dejan influenciar por conductas negativas de sus compañeros,

dejando de lado los valores, enseñanzas recibidas desde muy pequeños en el seno del hogar. Al interactuar con ellos: ¿Señorita, ¿cómo puedo hacer para que mis padres me presten más atención? ¿Señorita, por qué mi papá no vive conmigo? ¿Señorita, qué puedo hacer para que mis padres tengan más tiempo para mí? ¿Señorita, por qué mis padres discuten muchas veces?

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas - 2013?

1.3 OBJETIVO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas - 2013.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas – 2013, según sexo.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas – 2013, según edad.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas – 2013, según el grado de instrucción en los estudiantes adolescentes.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas – 2013, según el tipo de familia.

- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas – 2013, según el trabajo.
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América en Carmen Medio, Comas – 2013, según la relación de parentesco con el jefe de familia.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación nació a raíz de la necesidad de conocer la funcionalidad familiar en los adolescentes del colegio privado América. Esto permite llenar un vacío en el conocimiento existente. Además, nos permitió entender y conocer cómo está conformada el vínculo familiar, quién es el jefe de familia, y cómo es que el adolescente se integra al vínculo familiar de acuerdo a las condiciones socioafectivas que hay en ella conjuntamente con todos los integrantes compartiendo responsabilidades, interviniendo en el cuidado y el afecto entre sí mismos; teniendo la capacidad de resolver sus problemas dedicando previamente un tiempo de calidad para dicha solución.

El profesional de enfermería está capacitado para integrar a un equipo donde pueda brindar promoción y prevención en la comunidad como en el ámbito hospitalario, ya que está en constante participación para evaluar, identificar y solucionar los problemas de salud que aquejan a la familia y adolescente. Dentro de la terapéutica están las acciones preventivas para mantener el equilibrio dentro del grupo.

Los resultados de este estudio serán socializados con las autoridades de la escuela, tutores, docentes y padres de familia, además de ello se le hará llegar una copia al Centro de Salud de la zona, esperamos que los resultados inviten a reflexionar, y que al elaborar futuros planes puedan incluir el desarrollo de planes de mejora para optimizar la formación de los adolescentes de dicha escuela.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

Comas nace un 12 de diciembre de 1961, como respuesta a la ineficacia del gobierno de Manuel Prado Ugarteche, con un modelo autogestionario desde el comienzo de su fundación. En esa fecha se oficializó su creación bajo el Decreto Ley N° 13757, entre los barrios que conformaban el naciente distrito se encontraban La Merced, Santa Rosa, El Carmen y La Pascana ⁽⁸⁾.

Desde aquel momento, la unión de los vecinos fue clave para la habilitación urbana, lotización y trazado de calles. Su desarrollo se inicia junto al de Villa María del Triunfo, ubicado en el otro extremo de la ciudad. Desde 1963, se empezaron a conformar urbanizaciones y asentamientos humanos impulsados por la creciente explosión demográfica que experimentaba el distrito. En los siguientes años, la creación de pistas y veredas serían propicias para la aparición de los primeros vehículos de transporte urbano ⁽⁸⁾.

Para la década del 70, bajo la sombra del gobierno militar, los pobladores de Comas obtienen los servicios básicos como alumbrado público, dotación de agua y desagüe. En esta década también se inaugura la avenida Túpac Amaru, importante arteria vial que une a los distritos de Rímac, San Martín de Porres, Independencia, Comas y Carabaylo. En los 80, debido a la crisis económica que sufría el país y la aparición de grupos terroristas en el sur del Perú, el número de habitantes se incrementa. La creación del Vaso de Leche, en 1985, fue fundamental para que los vecinos con menos recursos pudiesen subsistir. Hasta la fecha, el mencionado programa estatal continúa beneficiando a cientos de pobladores. Desde el comienzo de los 90 hasta el presente año, Comas ha surgido gracias a las nuevas generaciones de emprendedores que supieron aprovechar el esfuerzo realizado por los primeros habitantes del distrito ⁽⁸⁾.

Comas fue una de las primeras invasiones organizadas que comenzaron a poblar la periferia de Lima Metropolitana. Los primeros Pueblos Jóvenes del distrito fueron La Libertad, Señor de Los Milagros y El Carmen. El 12 de diciembre de 1961 bajo la ley N° 13757 se crea el distrito de Comas con su capital en el barrio de La Libertad ⁽⁹⁾.

Comas cuenta con trece centros de salud:

Año Nuevo, Collique Zona III, Laura Rodríguez Dulanto Duksil, Gustavo Lanatta, Sangarará, Clorinda Málaga, Santiago Apóstol, Comas, Carlos Phillips, Húsares de Junín, Carlos A. Protzel, Carmen Alto ⁽⁹⁾.

Comas cuenta con nueve puestos de salud (postas de salud):

Señor de los Milagros, Milagros de Jesús, San Carlos, Los Geranios, 11 de Julio, Primavera, Nueva Esperanza, La Pascana, Santa Luzmila II ⁽⁹⁾.

Comas también cuenta con un Hospital de la Solidaridad (Av. Túpac Amaru Km 7.5 Parque la Merced), con El Hospital Nivel I Marino Molina Scippa, Hospital Sergio Bernales ⁽⁹⁾.

En el distrito de Comas existe una mayor cantidad de mujeres que hombres. Asimismo, esta superioridad numérica se hace un poco más evidente en la categoría de 15 a 19 años, siendo más las mujeres en un 4 % con relación a la cantidad de hombres. Por otro lado, podemos decir que, del total de la población de Comas, la mayor cantidad está representada por jóvenes de 14 a 25 años.

2.1.1 Reseña histórica de la Institución Educativa

La Institución Educativa Privada América está ubicada en Av. Julio C. Tello N° 437, en Carmen Medio Comas. Se creó hace 20 años en el año 1994. Se empezó con 40 alumnos de educación inicial. Para el año 2000 obtuvieron la resolución para nivel primaria y para el año 2004 se obtuvo la resolución para el nivel de secundaria. Pertenece a la UGEL N° 4 de Lima. Esta institución, en la actualidad, tiene una población escolar de 220 escolares en la modalidad de educación mixta y cuenta con los tres niveles: inicial, primaria y secundaria.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Internacional

Moran J., en Ecuador, 2015, realizó un estudio sobre: “Funcionalidad familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la unidad educativa Santo Domingo de Guzmán”, siendo su objetivo indagar la correlación entre la funcionalidad familiar y el uso de las redes sociales. La población fue de 198 adolescentes del segundo año de bachillerato. Se utilizó los instrumentos de Cuestionario de uso de Redes y Sociales y el Apgar Familiar ⁽¹⁰⁾.

Concluyó que:

Los adolescentes del bachillerato y las redes sociales tuvieron mucha relación, ya que los adolescentes pasaban muchas horas frente a las redes sociales sin importarles cuántas horas perdieran en ella. La funcionalidad familiar fue disfuncionalidad moderada entre sus familias ⁽¹⁰⁾.

Suárez E., 2013, en Santiago, realizó un estudio sobre: “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública”, su objetivo principal fue determinar la relación entre las dimensiones de Calidad de vida relacionada con la salud y el Estilo de funcionamiento familiar en adolescentes entre 15 y 18 años, de ambos sexos. La población fue de 40 adolescentes, de ambos sexos, de las cuales 31 son mujeres y 9 hombres, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 18 años. Se utilizó el instrumento del Apgar familiar ⁽¹¹⁾.

Concluyó que:

Que de los adolescentes que participaron de la investigación, la de mayor porcentaje fueron mujeres; las tres cuartas partes de los adolescentes tuvo una evaluación de depresión moderado, muchos de ellos viven solo con su madre y/o otros parientes; y el funcionamiento familiar entre los adolescentes y su familia corren riesgo, prevaleciendo la disfuncionalidad leve ⁽¹¹⁾.

Morera M., Giner M., 2012, en Valencia, realizaron un estudio sobre: “Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares”, siendo su objetivo describir demografía, tipología familiar, apoyo social, estresores y función familiar en gestantes magrebíes de una Zona Básica de Salud. Se realizó un estudio transversal. La población estuvo constituida por gestantes magrebíes captadas mediante muestreo consecutivo durante un año, que acepten ser encuestadas. La técnica que se realizó es una encuesta y su instrumento el Test de Apgar familiar ⁽¹²⁾.

Concluyó que:

Se entrevistaron 45 mujeres, de las cuales tenían un alto porcentaje que no tenían estudios y predominó las familias nucleares. Además, se observó un grado de estrés potencialmente patógeno, apoyo social deficiente y una buena funcionalidad familiar ⁽¹²⁾.

2.2.2 Nacional

Gonzales E., Díaz V., en el departamento de Trujillo, Perú, en el año 2015, realizaron un estudio sobre: “Violencia Escolar y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de la Institución Educativa Santa Edelmira. Víctor Larco, Trujillo 2015”, siendo su objetivo determinar la relación entre violencia escolar y funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Santa Edelmira. Víctor Larco, Trujillo 2015. El estudio fue de tipo correlacional y de corte transversal. La población fue de 400 adolescentes escolarizados de 12 a 19 años que cursaban de 1ro. a 5to. año de secundaria. La técnica que se realizó fue una encuesta y su instrumento el Test del Apgar familiar ⁽¹³⁾.

Concluyeron que:

La violencia familiar fue alta y en mayor porcentaje en el sexo masculino, los grados de violencia fueron los de 2do., 4to. y 5to. de secundaria; la disfunción familiar moderada se dio en el sexo masculino en el 4to. y 5to. grado de secundaria ⁽¹³⁾.

Palomino E., en el departamento de Trujillo, Perú, en el año 2015, realizó un estudio sobre: “Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital distrital de Jerusalén de la Esperanza en el periodo

enero - febrero 2015”, siendo su objetivo determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. El estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población fue de 120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación. La técnica que se realizó fue una encuesta y su instrumento el Test del Apgar familiar⁽¹⁴⁾.

Concluyó que:

La disfunción familiar tiene menor porcentaje en las adolescentes no gestantes. La disfunción familiar es una problemática observada y con ella el incremento del embarazo en la adolescente que constituye un tema de importancia en el ámbito social y reproductivo, sobre todo, en países en vías de desarrollo⁽¹⁴⁾.

Castilla H., Caycho T., Ventura J., Palomino M., De la Cruz M., 2015, en Lima, Perú, realizaron un estudio sobre: “Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en Adolescentes Peruanos”, tuvo como objetivo analizar la confiabilidad y estructura factorial de la escala de Apgar Familiar, donde participaron 228 escolares peruanos de Lima Metropolitana, varones y mujeres, de edades comprendidas entre 12 y 18 años. Emplearon la técnica de la encuesta y como instrumento el Test de Apgar Familiar⁽¹⁵⁾.

Concluyeron que:

Los datos se ajustan a una estructura unifactorial. En relación a la confiabilidad, el coeficiente de Alfa de Cronbach es considerado como adecuado. La escala Apgar Familiar cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para seguir con estudios de validación, así como para implementarla en diversas líneas de trabajo⁽¹⁵⁾.

Castillo H., Caycho T., Shimabukuro M., Valdivia A., 2014, realizaron un estudio sobre: “Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala Apgar familiar en adolescentes de Lima”. Emplearon la técnica de la encuesta y el instrumento del Test del Apgar familiar. La población fue

de 256 estudiantes varones, de 11 a 18 años de edad, de un colegio nacional de Lima ⁽¹⁶⁾.

Concluyeron que:

El proceso de factorización evidencia la estructura que subyace a la escala. Se puede observar que el peso factorial de cada ítem se encuentra concentrada en un solo factor subyacente tras el constructo funcionalidad familiar, similar a lo informado originalmente por Smilkstein (1978). Este resultado evidencia la existencia de coherencia factorial entre los ítems. Los resultados permiten concluir que la Escala APGAR familiar posee una adecuada validez factorial, lo que garantiza cierta coherencia entre las mediciones referidas ⁽¹⁶⁾.

Ccoicca T., en el distrito de Comas, Lima, Perú, en el año 2010, realizó un estudio sobre: “Bullying y Funcionalidad Familiar en una Institución Educativa del distrito de Comas”, con el objetivo de establecer la relación entre Bullying y funcionalidad familiar en los alumnos de la Institución Educativa EE.UU. del distrito de Comas. El estudio fue descriptivo – correlacional. La población fue de 261 escolares del nivel secundario (131 mujeres y 130 varones). La técnica aplicada fue la encuesta y el instrumento el Test del Apgar familiar ⁽¹⁷⁾.

Concluyó que:

El bullying es un fenómeno multiforme, ya que su manifestación adquiere diversas formas de realización. Los resultados hallados en esta investigación corroboran estas afirmaciones, donde el bullying con funcionalidad familiar sumado esto el género no hay diferencias importantes. En consecuencia, tanto varones como mujeres podrían ser víctimas o agresores ⁽¹⁷⁾.

2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1 Familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como a todos los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para

determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial ⁽⁴⁾. Sin embargo, Gabriel Smilkstein (Creador del Apgar familiar), define a la familia como al grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros, nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero ⁽¹⁸⁾. Según el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, define a la familia como: Unidad básica de salud, conformado por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar, vinculados con lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno ⁽¹⁹⁾.

Para nuestra investigación tomaremos las definiciones de la OMS, donde los miembros del hogar se encuentran emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio; pero además de Gabriel Smilkstein donde la familia está conformada por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros, nutrirse emocionalmente y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero.

■ **Tipos de familia**

La Organización de las Naciones Unidas define los siguientes tipos de familia, que es conveniente considerar debido al carácter universal y orientador del organismo mundial: ⁽²⁰⁾

- a. La familia que está compuesta por padres e hijos se denomina familia nuclear.
- b. Las familias donde uno de los cónyuges fallece, se divorcian o se separan son las familias uniparentales o monoparentales.
- c. Las familias donde conviven con abuelos, padres e hijos son familias compuestas

d. Las familias donde los integrantes son tíos, primos, sobrinos conviviendo en el mismo lugar son familias extensas.

e. Las familias donde uno de los cónyuges tiene hijos antes de la unión con la pareja actual son familias reorganizadas.

■ **Funciones de la familia**

Según Dughi y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), sea cual fuere el lugar, tiempo y espacio donde se encuentre, la familia debe cumplir algunos requerimientos primordiales.

Afianzar el regocijo de las prioridades biológicas del niño y adolescente y suplementando las actitudes y aptitudes inmaduras.

Encaminar, conducir, enfocar los arranques con el propósito de que el niño y adolescente logre ser un individuo integral, maduro y con estabilidad emocional.

Instruir sobre el valor y el esfuerzo de cada uno los logros alcanzados, y la forma de conducirse de la manera apropiada y correcta.

Difundir nuestras costumbres de nuestra identidad cultural e idioma.

Otras funciones básicas de la familia:

a. Modelo protector. El compromiso de todos los integrantes de la familia es que se protejan, respeten, estimen honren mutuamente salvaguardando su integridad física y psicológica de cada uno de los integrantes.

b. Función reproductora. Es la permanencia y preservación de la familia. Los humanos como ser social, siempre buscan estar en compañía para luego engendrar nuevos individuos, con esto la familia asegura y protege la descendencia del ser humano y, por ende, la sociedad.

c. Función económica. Los ingresos económicos que tenga la familia van a garantizar la adquisición de los bienes y servicios que garantizaran el

confort y la tranquilidad y de las necesidades primarias y secundarias de cada uno de los miembros de la familia.

- e. Función educativa. Es muy importante porque a través de ello se va a difundir los principales valores morales que ayudarán al niño y luego al adolescente a estar capacitado para incorporarse a la comunidad y tener su personalidad establecida.

■ **La familia peruana**

Los logros educativos de los escolares peruanos estarían condicionados no solo por las deficiencias del sistema educativo, sino también por la familia, tal como lo demuestra el reporte internacional “Mapa mundial de la familia 2013: Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez”⁽²¹⁾.

De acuerdo con esta investigación, que incluye indicadores de más de 40 países, la presencia de los padres en el hogar (dos padres, un padre o ninguno) es un factor fundamental para la consecución de algunos logros educativos como el nivel de comprensión lectora y la no repetición del grado escolar, medidos por la prueba Pisa 2009⁽²¹⁾.

La influencia de la familia en el éxito educativo de los niños es más contundente en países de ingresos altos y medianos, cuyos Estados garantizan servicios educativos de calidad; pero la presencia de los padres no resulta tan eficaz, en países de ingresos bajos, especialmente, de Sudamérica y África, donde los niños enfrentan dificultades más graves para el aprendizaje, asociadas a la pobreza y al sistema educativo. Los resultados de Pisa 2009 de comprensión lectora, ubicaron a nuestro país en el penúltimo puesto de los países de América Latina. Para los investigadores, el pobre desempeño de los estudiantes peruanos estaría asociado en primer orden a factores del entorno familiar como son la riqueza familiar, el índice de educación parental y la lengua materna⁽²¹⁾.

Así, un niño peruano que vive en un hogar no pobre, con padres educados, tiene el castellano como lengua materna, estudia en un colegio privado, de la costa y en Lima, obtendría mejores resultados en comprensión lectora, que aquellos que no cumplen estas condiciones ⁽²¹⁾.

A pesar de que un 24% de los niños peruanos menores de 18 años crecen con un solo padre, su pertenencia a un hogar monoparental no sería perjudicial, frente a aquellos niños que crecen con sus dos padres, pues la diferencia en los puntajes obtenidos en comprensión lectora por ambos grupos no resulta significativa ⁽²¹⁾.

Sin embargo, en la mayoría de los países estudiados (24 de 37) los niños que crecen con dos padres obtienen mejor puntaje en comprensión lectora, y tienen menos posibilidades de repetir el año, comparados con los niños de hogares monoparentales. La situación es más nociva aún para los niños que crecen sin padres, un 10% en nuestro país ⁽²¹⁾.

“Los resultados de Pisa 2009 respecto a la estructura familiar en Perú invitan a un análisis riguroso de parte de los expertos. No es que la estructura familiar no importe. Los niños que crecen en hogares con un solo padre podrían recibir el apoyo de la familia extensa, como sucede en otros países en vías de desarrollo, pero esto requiere ser comprobado”, comentó el profesor de la Universidad de Piura, Marcos Agurto.

2.3.2 Adolescente

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Por motivos didácticos, la adolescencia se ha clasificado en temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). Los cambios en los patrones de comportamiento estimulados por los cambios físicos, madurez sexual y presiones sociales que desencadenan conductas capaces de dar

psicológica y socialmente respuestas a motivaciones internas y externas dentro de una serie de características que le dan individualidad ⁽⁶⁾.

Parra “considera que por tener diversos cambios a todo nivel, la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. Por ello, existen 3 fases a las que se hace frente: La adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia tardía” ⁽²²⁾.

Según el Ministerio de Salud, la adolescencia es la etapa comprendida entre los 12 y 17 años, 11 meses 29 días ⁽²³⁾.

Camacho explica que la adolescencia es el periodo de cambios entre la niñez hacia la etapa adulta, donde el adolescente atraviesa cambios en el área fisiológica, social y psicológica trascendiendo para su adaptación psicológica y social hacia la etapa adulta.

Por su parte, para Papalía, la adolescencia “es la etapa de la vida comprendida entre la niñez y la edad adulta, periodo de transición que fluctúa entre los 12 y 19 años; se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto” ⁽²⁴⁾.

Shaffer comenta que en esta etapa el adolescente se encuentra vulnerable en sus emociones, sentimientos afectando esto la relación con los padres; pero los padres a pesar de esto siguen demostrando su afecto y protección a cada momento.

La adolescencia vista en términos de marcadores temporales da la impresión de ser un periodo muy amplio, pese a que se ha convertido en un periodo relativamente corto de transición a la juventud y no a la vida adulta. La adolescencia es un periodo que no tiene unos límites o marcadores temporales precisos y se mueve en la inexacta e incierta cronología que abarca desde la niñez hasta la juventud, es decir, desde once y doce años, hasta los diecinueve y veinte años.

Según ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), en el año 2012, en el Perú existen 5817,644 adolescentes siendo el 19.3% de total de la población a nivel nacional, la mayor proporción de esta población adolescente

se encontraba viviendo en zonas urbanas (65%) y en menor proporción, en las zonas rurales (35%)⁽²⁵⁾.

Según ENDES 2012, en Perú, el 13% de las adolescentes han estado embarazadas o son madres. En Loreto, ello se refleja, aproximadamente, en un tercio de los adolescentes (32%). En la región La Libertad, las adolescentes de 15-19 años están aportando anualmente 53 nacidos vivos por cada 1000 madres. En el ámbito rural, la cifra correspondiente es de 92 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de 15-19 años, y en el área urbana, 33 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes⁽²⁶⁾.

Pathfinder señala que el 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fue consecuencia de violación (ambiente intrafamiliar)⁽²⁷⁾.

En un estudio peruano de Ana María Castañeda Chang, realizado en el Servicio de Psicología Ginecología del Instituto Especializado de Salud del Niño (Perú) con las niñas que son llevadas por sus familiares en busca de ayuda psicológica, el 46.2% de las menores abusadas sexualmente eran adolescentes entre los 10 y 13 años de edad⁽²⁸⁾.

En Comas, según la Dirección de Salud V, Lima – Perú, año 2010, existe una mortalidad en la etapa de vida adolescente donde lo que encabeza es la enfermedad de VIH, resultante en infección por micobacterias, dentro accidentes de tránsito, tumor maligno de los huesos, tumor maligno del estómago; en el género femenino es el 38% y varones el 22%⁽²⁹⁾.

A. Etapas de la adolescencia

■ La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de

entusiasmo para los individuos, cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Es durante la adolescencia temprana que, tanto las niñas como los varones, cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual ⁽³⁰⁾.

■ **La adolescencia tardía (de los 15 a 19 años)**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad ⁽³⁰⁾.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina ⁽³⁰⁾.

Durante estos años, los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea ⁽³⁰⁾.

B. Características de la adolescencia

Los diferentes aspectos del desarrollo humano: físico, cognitivo, social afectivo y valorativo se hallan interrelacionados; por ejemplo, el hecho de que el desarrollo moral tenga mucho que ver con el progreso de las habilidades cognitivas como la comprensión del otro, la capacidad de elaborar representaciones abstractas, la identificación de normas de la sociedad.

■ El desarrollo físico tiene que ver con todos los cambios que experimenta nuestro cuerpo a lo largo de la vida. Si bien el crecimiento y desarrollo de todas las personas sigue un patrón

similar, también existen diferencias individuales. Para comprender cómo afecta lo físico en nuestro desarrollo integral, es necesario considerar desde el periodo del embarazo de la madre y del parto debido a que pueden presentarse hechos traumáticos que nos afecten, así también los recién nacidos manifiestan su singularidad debido a la existencia de diferencias temperamentales que son heredadas y, en muchos casos, se mantienen estables a lo largo de la vida. El tipo de personalidad que exigen adaptar los estilos de crianza y, con ello, reajustando la imagen corporal.

- El desarrollo cognitivo comprende el estudio de las aptitudes y capacidades intelectuales del ser humano y los conocimientos adquiridos por medio del aprendizaje.

- En los adolescentes, lo que predomina es el desarrollo de la capacidad para abstraer conceptos, hay una mayor autonomía del pensamiento, se cuestiona lo preestablecido, elaborando procesos de análisis que lo llevan a ser capaz de reflexionar acerca de su propio razonamiento.

- El desarrollo social se refiere al establecimiento de relaciones interpersonales y a la adaptación social que el individuo va logrando a través del proceso de socialización. El término socialización alude al proceso por el cual un individuo adquiere las conductas, creencias y normas apreciadas por su familia y el grupo cultural al que pertenece. La familia es el principal agente, sobre todo, durante los primeros años de vida, pero no es el único.

- La emancipación de los padres o de la familia, es una autonomía que favorece para establecer vínculos con otras personas, así como la relación con los iguales y la amistad heterosexual que le va a permitir al adolescente percibir y entender los sentimientos del otro. También apreciamos el establecimiento de su rol sexual, a través de la identificación del propio yo y la adaptación a las expectativas sociales.

El desarrollo afectivo-valorativo: la afectividad comprende una serie de vivencias que organizan la conducta de una persona; en la adolescencia, a partir de los 12-13 años, surgen los principios morales autónomos; se empieza a identificar la posibilidad de un conflicto entre las diferentes experiencias (Ej. familia, grupo de amigos) para, finalmente, darse cuenta de

que es capaz de formular sus propios códigos morales, razonando acerca de los que es correcto e incorrecto ⁽³¹⁾.

Hay además un mayor conocimiento de las propias emociones y capacidad para desarrollar una visión crítica de los valores, contrastar y encontrar discrepancias entre el idealismo y la realidad ⁽³¹⁾.

C. Cambios en la adolescencia

■ Cambios físicos

Uno de los fenómenos más notorios y el más aparente es el brusco crecimiento en talla y peso. Después de un período de crecimiento orgánico lento, se presenta esta aceleración, con cambios no solo en la estatura y en el peso; sino también en las proporciones corporales, lo que hace que la apariencia infantil armoniosa se pierda aun para la persona misma e igualmente pierda el esquema de su propio cuerpo; la estatura del adolescente masculino aumenta en promedio de 9,5 cm por año y de la adolescente un 8,4 cm por año, el aumento de peso es más diverso; le crecen rápidamente los miembros superiores e inferiores, luego el tronco alcanza la proporción adecuada dentro de la imagen de varón o de mujer adultos, simultáneamente aumenta el diámetro biacromial y el del tórax, en las mujeres se amplía la capacidad pélvica y en ambos se completa el desarrollo de otros caracteres sexuales, como en el caso de las mujeres se da el crecimiento y desarrollo de las glándulas mamarias, de los genitales, la presencia de la primera menarquía; en el caso de los varones el crecimiento de los genitales, del vello púbico, vello axilar, vello facial, vello corporal y el cambio de voz ⁽³²⁾.

Es importante recordar que la niña inicia el estirón del crecimiento 2 años cronológicos antes que el varón, lo que explica algunos de sus comportamientos sociales ⁽³²⁾.

■ Cambios psicosociales

Las emociones, el comportamiento normal del adolescente, se describen a continuación: ⁽³²⁾

- a. Movimiento hacia la independencia
- b. Lucha con su sentido de identidad
- c. Se siente extraño o abandonado consigo mismo o con su cuerpo.
- d. Se enfoca en sí mismo, alternando entre altas expectativas y un pobre concepto propio.
- e. Lo influyen los amigos en su modo de vestir e intereses.
- f. Su humor es cambiante.
- g. Mejora su habilidad del uso del lenguaje y su forma de expresarse.
- h. Se queja de que los padres interfieren con su independencia.
- i. Tiene la tendencia a regresar al comportamiento infantil, particularmente cuando está bajo mucho estrés.
- j. Tiene menos demostraciones de afecto hacia los padres; ocasionalmente el adolescente se pone grosero.
- k. Intereses futuros y cambios cognoscitivos.
- l. Tiene un interés mayormente del presente, y pasatiempos limitados acerca del futuro.
- m. Se expande y aumenta en importancia los intereses intelectuales ⁽³²⁾.

A. El Estado y el adolescente en el Perú

En el Perú, el Estado protege al adolescente a través de El nuevo Código del Niño y Adolescente, con Ley N° 27337.

■ Papel del Estado

Asume la responsabilidad en la protección de todo niño(a) desde su concepción. Al mismo tiempo, adopta el enfoque de Género en sus programas sociales, en tal sentido, reconoce que el niño(a) tiene derecho a la igualdad de oportunidades sin distinción de sexo.

Reconoce derechos civiles: velar por la integridad personal de los niños(as) y adolescentes (motivo por el cual ya no es obligatorio el servicio militar ya que atenta contra el derecho a la libertad y a la integridad física del adolescente).

Así también se reconoce el derecho a la identidad, a conocer a sus padres y llevar sus apellidos. Dentro de los derechos económicos, sociales y culturales resalta el acceso a la educación básica, la formación en espíritu democrático y el ejercicio responsable de los derechos y obligaciones.

■ **Papel de la sociedad civil**

Participación de la sociedad civil, en primer lugar, los directores de los colegios deben proteger a los niños adolescentes: denunciar todo tipo de maltrato que se observe en el interior del colegio como en el ambiente familiar de los estudiantes; proteger a todos los niños que hayan sido atropellados en sus derechos. También la protección de los niños que trabajan y estudian, deben informar sobre su rendimiento escolar.

Las Defensorías del Niño y del Adolescente: pueden funcionar en organizaciones de la sociedad civil. Se reconoce a las defensorías comunales, las mismas que existían sin ningún tipo de reconocimiento y con carencia de profesionales, pero con promotores reconocidos por la población de la comunidad urbana.

El Estado reconoce que el adolescente tiene derecho a trabajar siempre y cuando no exista explotación económica. Por ende, le brindará especial protección a los adolescentes trabajadores. Delimita que la edad para poder iniciarse en el trabajo es de 12 años y con inscripción en el Ministerio de Trabajo o en los municipios. Se prohíben los trabajos que impliquen la manipulación de sustancias tóxicas.

El Código es fruto de un largo proceso de revisión y evaluación de propuestas desde fines de los años sesenta. Sin embargo, es con la aprobación de la Convención y su aplicación en la normatividad nacional, que dicho proceso se acelera y lleva a su promulgación. El Código de los Niños y Adolescentes han contribuido a producir un conjunto de cambios significativos. Al amparo de sus normas han sido creadas numerosas instituciones públicas y sociales especializadas en la promoción y protección de los derechos de los menores de edad, como son los Juzgados y Fiscalías de Familia, el Ente Rector a cargo del Ministerio de Promoción de la Mujer del Desarrollo Humano, las Defensorías Municipales del Niño y el Adolescente (DEMUNAS).

En los artículos del Código se consagran preceptos, derechos con carácter de especificidad y principios. Se indican los deberes y derechos en el plano de la convivencia familiar y comunitaria, se instaura un sistema de justicia

especializada, se instituye un sistema de atención integral al niño y al adolescente, se determina las medidas que se habrán de aplicar al adolescente infractor de la ley penal, se precisa el tratamiento del niño que requiera protección o cometa una infracción y, en general, se reconoce el interés superior del niño y la necesidad de su protección integral que emana del texto mismo de la Convención sobre los Derechos del Niño.

2.3.3 La funcionalidad familiar

A. Definición de funcionalidad familiar

La funcionalidad es, pues, el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción. A su vez, la funcionalidad se enrarece o mejora en la medida en que se establecen relaciones entre los miembros de una familia ⁽³³⁾.

La OMS define al funcionamiento familiar como la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve; dicho de otra manera, el funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que sea de suma importancia también para su salud, su modo de vida familiar.

Según Smilkstein, la familia funcional es aquella que tiene la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de la familia logrando la maduración emocional y física en la autorrealización de los miembros a través del soporte y guía mutua, mostrando amor y atención entre los integrantes del grupo familiar con un compromiso de dedicación, espacio y tiempo a los mismos ⁽³⁴⁾.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y, por tanto, a las causas de la disfunción familiar ⁽³⁵⁾.

De manera general, se pueden considerar como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual).
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos.
- Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio - cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

B. Características genéricas de la funcionalidad familiar

- Son lógicas

Van cambiando constantemente. Surgirán situaciones que favorezcan al desarrollo individual y grupal. Cada uno de los integrantes de la familia

empleará los recursos que tenga a la mano para continuar su desarrollo, tomando como ejemplo cada experiencia que se les presente.

- Son enérgicas

Cada comportamiento, costumbre, hábito de los integrantes de la familia influenciará en cada uno de ellos. Con esto se desprende que con cada vivencia, postura, comportamiento, alianzas estratégicas que hayan compartido en el día a día de cada uno, sabrán el desenlace, posición de cada uno. Tanto las relaciones positivas o negativas se verán reflejados en cada uno de los integrantes de la familia.

- Son referentes

Así como la familia da protección, seguridad, cariño, estima, a cada uno de los integrantes de la familia, de manera contraria puede desarrollar mecanismos psicosociales que lleven a un comportamiento no funcional de sus integrantes.

C. Instrumento para evaluar la Funcionalidad familiar (APGAR familiar)

Es un instrumento de valoración familiar que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

Este instrumento consta de cinco ítems o preguntas relacionadas a adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, cuyas opciones de respuesta se presentan en escala de Likert: siempre=4, casi siempre=3, algunas veces=2, casi nunca=1 y nunca=0. La clasificación de funcionalidad familiar se efectuará de la siguiente manera:

Buena funcionalidad familiar: de 18 a 20 puntos.

Disfunción familiar leve: de 14 a 17 puntos.

Disfunción familiar moderada: de 10 a 13 puntos.

Disfunción familiar severa: de 9 o menos puntos ⁽³⁶⁾.

Adaptability (Adaptabilidad), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis) ⁽³⁷⁾.

Partnership (Participación), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; cómo comparten los problemas y cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos ⁽³⁷⁾.

Growth (Gradiente de Crecimiento), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia ⁽³⁷⁾.

Affection (Afecto), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos ⁽³⁷⁾.

Resolve (Resolución), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia ⁽³⁷⁾.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar ⁽³⁷⁾.

2.3.4 Disfuncionalidad familiar

A. Definición de disfuncionalidad familiar

Diversas investigaciones demostraron una fuerte correlación entre disfuncionalidad familiar y conductas de riesgo en los adolescentes. Así mismo, se ha encontrado que las familias en las que se dan conflictos de pareja son más vulnerables a presentar problemas de violencia intrafamiliar, abuso y dependencia de drogas y alcohol, abuso sexual y negligencia; además, pertenecían a grupos violentos o sectas religiosas ⁽³⁸⁾.

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

B. Características genéricas de la disfuncionalidad familiar

- Su grupo familiar no es beneficioso.

Los perjuicios entre los integrantes de la familia no van a ser de manera igual para todos sino de diferente manera.

- Su actividad familiar no es relativo ni armonizado.

Cada grupo familiar tiene sus propias costumbres, particularidades, socioculturales que ayudan a cada uno de los integrantes de la familia en un determinado tiempo y espacio; pero si esta dinámica es estática y no evoluciona de acuerdo al tiempo actual causará familias disfuncionales, anacrónicas.

- Crecimiento y amparo de roles familiares contradictorios

Toda familia se inicia y se forma en un preciso momento dando a los integrantes de la familia las bases para su autorrealización, pero además hay tipos de familias disfuncionales que desarrollan modelos de crianza,

modos de desempeñar la autoridad, dirigir el hogar equívoca, patológica y adictiva.

- Impide dentro de la familia el entrenamiento de conductas recurrentes

Los progenitores que son sobreprotectores no dejan que sus retoños conozcan el mundo, sus capacidades y esto los ponen en desventaja con el resto de sus pares e indisponiéndoles e inutilizándolos para la toma de sus propias decisiones ante los problemas que se presentan.

Las familias disfuncionales son las que realizan unas recurrentes conductas como son la excesiva protección, despojo de roles, abuso de autoridad, desentendimiento en la crianza de los hijos, excesivas sanciones o la ausencia de estas. Todo esto altera un desarrollo adecuado, individual y el afrontamiento de los problemas del día a día.

En el desarrollo de la disfunción familiar se da una distorsionada concepción de papeles complementarios y dan una frustración entre sus integrantes en sus respectivos roles y funciones. A su vez, se convierten en personas dependientes de sus progenitores o pares y colocándolos en situaciones de riesgo hacia conductas patológicas. Esto se verá reflejado en todos los integrantes de la familia de manera directa e indirecta.

La mayoría de los cambios en la familia produce crisis en su interior, lo cual hace que sus integrantes movilicen sus propios recursos para retornar a su antiguo estado de equilibrio. De no existir flexibilidad para reacomodarse a las crisis naturales o accidentales y superarlas, surge una disfuncionalidad que pone en peligro la salud mental de sus integrantes ⁽³⁹⁾.

Los integrantes de las familias disfuncionales se ven obligados emocional y psicológicamente a estar ligados y unidos al vínculo familiar e inclusive poniendo en riesgo sus vidas, esto no sucede así en las familias saludables donde los individuos sienten que este vínculo es de manera libre y naturalmente apoyan a la familia.

2.3.5 La función de la enfermera dentro de la familia

La disciplina de la enfermería ha experimentado desarrollo metodológico, en el que prima un enfoque individual, a pesar de que a nivel sociosanitario se aprecia un marcado interés por orientar la asistencia hacia la unidad familiar y de que las taxonomías de enfermería emplean diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones orientadas a estas, ya que tiene la máxima responsabilidad la Atención Primaria por ser su razón de ser, ya que la familia constituye el sujeto de acción de esta. Esto va acompañado de la teoría de Faye Glenn Abdellah, quien a través de enseñar a sus estudiantes y de sus investigaciones quien considera a la persona, familia o comunidad que le permite alcanzar niveles de bienestar y un entorno saludable previniendo accidentes, lesiones u otros traumas y la propagación de infecciones ⁽³⁹⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, porque plantea un estudio concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre temas específicos. Una vez planteado el problema de estudio, revisa lo investigado anteriormente y sobre la base de la revisión de la literatura construye un marco teórico.

Los estudios descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas ⁽⁴⁰⁾.

Los diseños de investigación transeccionales o transversales recolectan datos en un solo momento, en un mismo tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos). Es como tomar una fotografía de algo que sucede ⁽⁴¹⁾.

3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Para el presente estudio se eligió la población adolescente de la Institución Educativa Privada América, la cual cuenta con 111 adolescentes entre varones y mujeres desde el 5º de primaria hasta el 5º de secundaria (Anexo A).

3.2.1 Criterios de inclusión

- Todos los estudiantes matriculados en el presente año académico del colegio América y que asistan el día de la encuesta.
- Escolares entre los 10 y 19 años de edad.
- Escolares de ambos sexos que tengan el consentimiento firmado para la realización del estudio.
- Alumnos adolescentes que estudien en el turno diurno.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no estén matriculados en el presente año académico.
- Escolares que no asistan el día de la recolección de datos.
- Escolares que estudien en el turno noche.
- Escolares que tengan por debajo de 10 años y más de 19 años.
- Escolares cuyos padres no hayan dado su consentimiento informado.

3.3 Variable

Funcionalidad familiar

3.3.1 Definición conceptual

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y de las crisis por las que atraviesa.

Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.

3.3.2. Definición operacional

La funcionalidad familiar se expresa a través del APGAR Familiar. Este es un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfuncionalidad) de la familia, donde consta de un cuestionario de cinco preguntas. Las dimensiones que evalúa son: adaptación, participación, crecimiento, afecto, recursos; además, donde el resultado varía de integrante a integrante de cada familia (Anexo B).

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se empleó fue la encuesta del test de APGAR familiar de Smilkstein de 5 preguntas, donde cada adolescente respondía de manera individual y confidencial.

El instrumento empleado para la percepción de la función familiar es el test de APGAR familiar y en el análisis estadístico se aplica la estadística descriptiva mediante la descripción de tablas y gráficos. Se trabajó el grado de funcionalidad como única variable según la puntuación obtenida en el APGAR familiar la variable principal de estudio. De esta forma logramos medir el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes del colegio particular América ⁽²²⁾ (Anexo C).

Áreas que explora el APGAR familiar:

- A. Adaptabilidad (Adaptability), mide el grado de uso de los recursos intra y extra familiares para solucionar los conflictos y situarse a las actuales posiciones.
- B. Participación (Partnership), mide el grado de cooperación entre los integrantes de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- C. Gradiente de crecimiento (Growth), mide el nivel de maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, apoyando las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
- D. Afecto (Affection), mide el grado de interacción entre todos los integrantes de la familia sumándole a esto el afecto, amor, angustia, tristeza que hay entre cada de los miembros.

- E. Resolución (Resolve), evalúa la empatía en cada uno de los integrantes de la familia dedicándose tiempo, espacio, y recursos económicos. Habiendo esto se logrará una dinámica familiar.

3.4.1 Puntaje para la clasificación

En función del indicador final se clasifica a las familias como:

El puntaje de la funcionalidad y disfuncionalidad familiar es:

Buena funcionalidad familiar	18-20 puntos
Disfunción familiar leve	14-17 puntos
Disfunción familiar moderada	10-13 puntos
Disfunción familiar severa	9 puntos o menos

3.4.2 Análisis de confiabilidad

A nivel nacional estuvo validado por Ccoicca Miranda, Teófilo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú, 2010. Cuestionario Apgar Familiar presenta un índice Alfa de Cronbach de 0,778, lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna adecuada.

Coefficiente Alpha para la Escala Total

Nº de casos	Nº de ítems	Alfa de Cronbach
261	5	0,778

Fuente: Ccoicca Miranda, Teófilo. Análisis de confiabilidad

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, primero, el trabajo de investigación fue aprobada por la unidad de investigación de la Universidad de Ciencias y Humanidades; luego se procedió a concretar una cita para el permiso respectivo con la directora del colegio América con la finalidad de informar y explicar sobre el estudio de investigación y los objetivos, donde se obtuvo su aprobación para la realización y ejercicio de la investigación. De esta manera se concretó una fecha distinta para la información brindada a los estudiantes adolescentes sobre el objetivo de estudio y poder obtener su consentimiento informado. Es así que se concretó las fechas en los días de clases de lunes a viernes. Se encontró 111 adolescentes donde respondieron tranquilos y sin presiones, logrando así resultados confiables (Anexo D).

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicó la estadística descriptiva mediante tablas y gráficos, empleando las frecuencias para trabajar la funcionalidad como única variable, según la puntuación obtenida en el Apgar familiar, la variable principal de estudio.

Se utilizó el SPSS 20. Es un sistema global para el análisis de datos. SPSS 20 puede adquirir datos de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos y diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos.

Las selecciones de menú y los cuadros de diálogo permitieron realizar análisis complejos sin necesidad de teclear ni una sola línea de sintaxis de comandos. Posteriormente, se realizó una base de datos para redactar las preguntas y respuestas y, finalmente, se codificó los resultados para luego procesarlos en un computador haciéndose todos los análisis estadísticos pertinentes según el programa SPSS.

De esta forma podremos medir el grado de funcionalidad familiar de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa América.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos de la investigación hacen que nosotros desarrollemos un buen diagnóstico, procedimientos dentro de nuestra área, respetando los protocolos establecidos en cada área. También incluye derechos de los estudiantes para la aplicación de esta encuesta.

3.7.1 Principio de beneficencia y no maleficencia

Es la tarea que tenemos nosotros de hacer el bien para alejar al mal. Esto lo lograremos al prevenir cualquier daño o maldad hacia nuestro prójimo.

3.7.2 Principio de autonomía

Es el respeto que se debe tener hacia cada una de las personas tomando en cuenta su libertad, decisiones y convicciones personales de tomar libremente sus propias decisiones.

3.7.3 Principio de justicia

En la enfermería no solo es el procedimiento que realicemos a nuestros pacientes, sino que también la satisfacción que nuestro paciente sienta, de acuerdo al orden biológico, espiritual, emocional, psicológico, que conlleve que el ser humano este en total satisfacción y sosiego.

3.7.4 Principio de fidelidad

La fidelidad se da en todos los aspectos del ser humano, desde lo más mínimo hasta lo más grande; esto incluye no violar o romper promesas o confidencias de una persona. Porque en las relaciones humanas las personas esperan que sus promesas sean cumplidas y no violentadas.

3.7.5 Principio de veracidad

Es el no mentir o falsear a cualquier persona. Si nosotros somos veraces nos ganaremos la confianza de las personas y más aún en el ámbito de salud. Por ello, cada enfermera debe ser veraz con sus pacientes en todo lo que comprometa su cuidado.

3.7.6 Principio de confidencialidad

Cada profesional de la salud debe ganarse la confianza y el respeto por su grado de conocimiento logrado, y ser honesto al transmitir la información, como también todos los procedimientos o ayuda para sus pacientes.

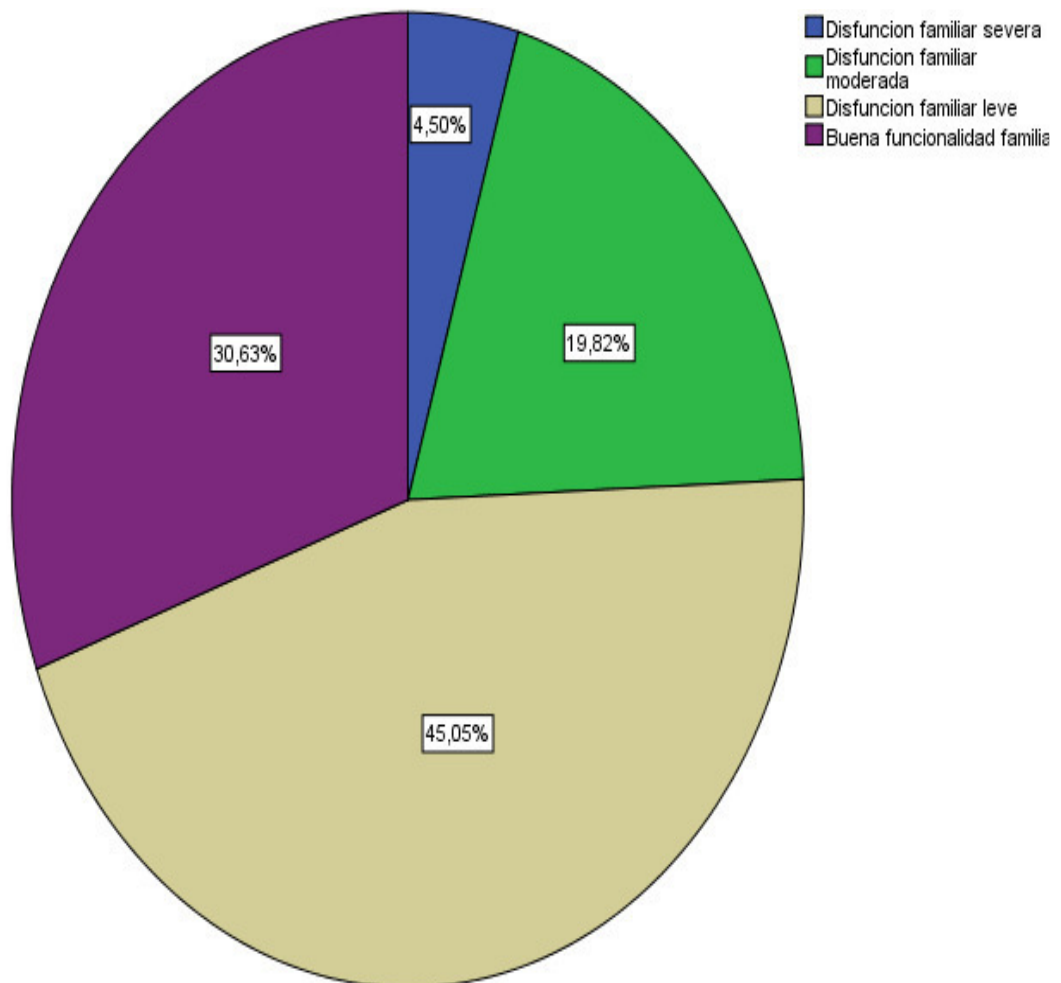
3.7.7 Consentimiento informado

Este principio nos obliga que nuestros prójimo sea tratado de la manera más correcta, con trato humanitario, ya que cada persona tiene dignidad y es propio de cada persona y además de su libertad de tomar sus propias decisiones de acuerdo a la situación en la que se encuentre, y con ello incluimos el consentimiento informado donde se le debe dar una clara, entendible información de cada procedimiento a realizarse que competen a su enfermedad y los riesgos de cada procedimiento, diagnóstico a realizarse (Anexo E).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

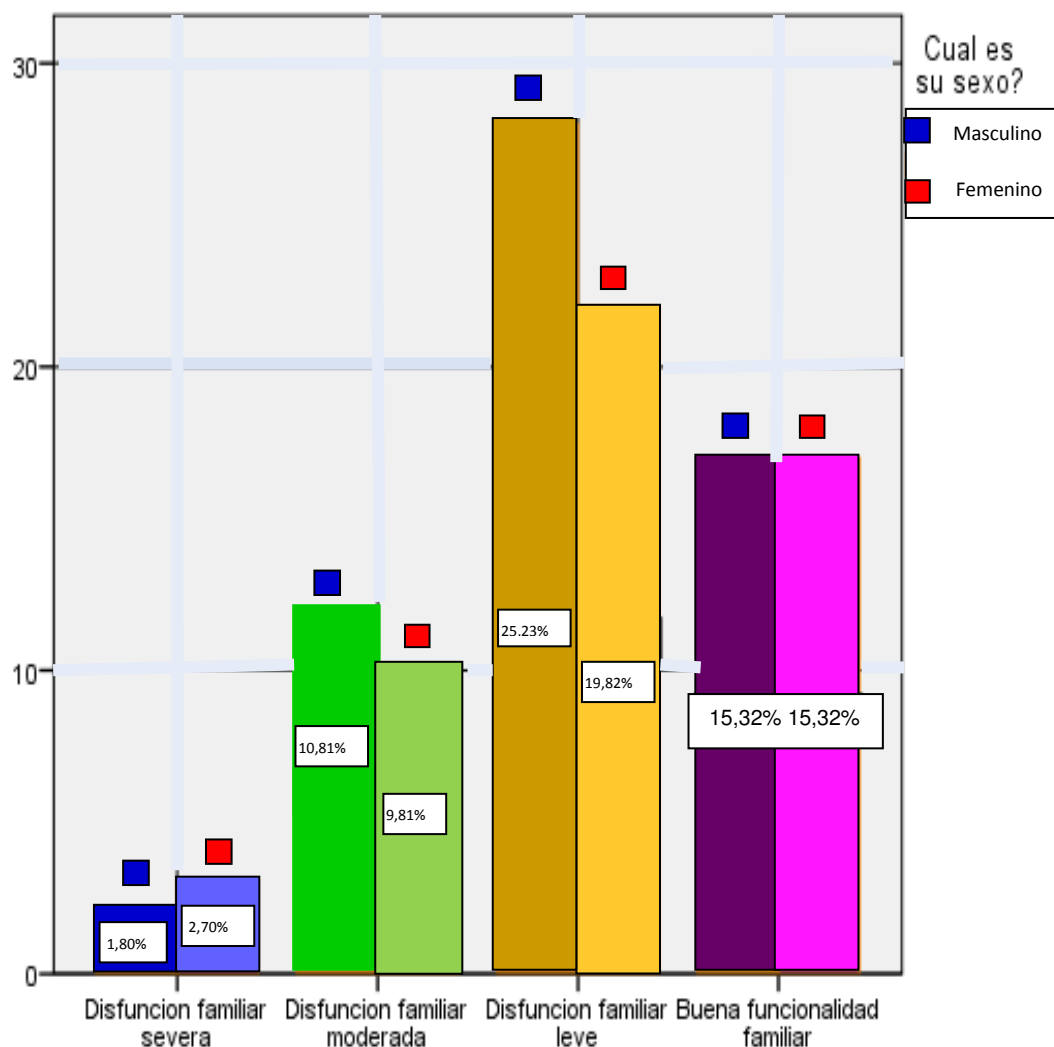
Gráfico 1: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas - 2013



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

Se revela que el 45,05% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América tiene disfunción familiar leve, el 30,63 % tiene buena funcionalidad familiar, el 19,82% tiene disfunción familiar moderada y el 4,50% tiene disfunción familiar severa.

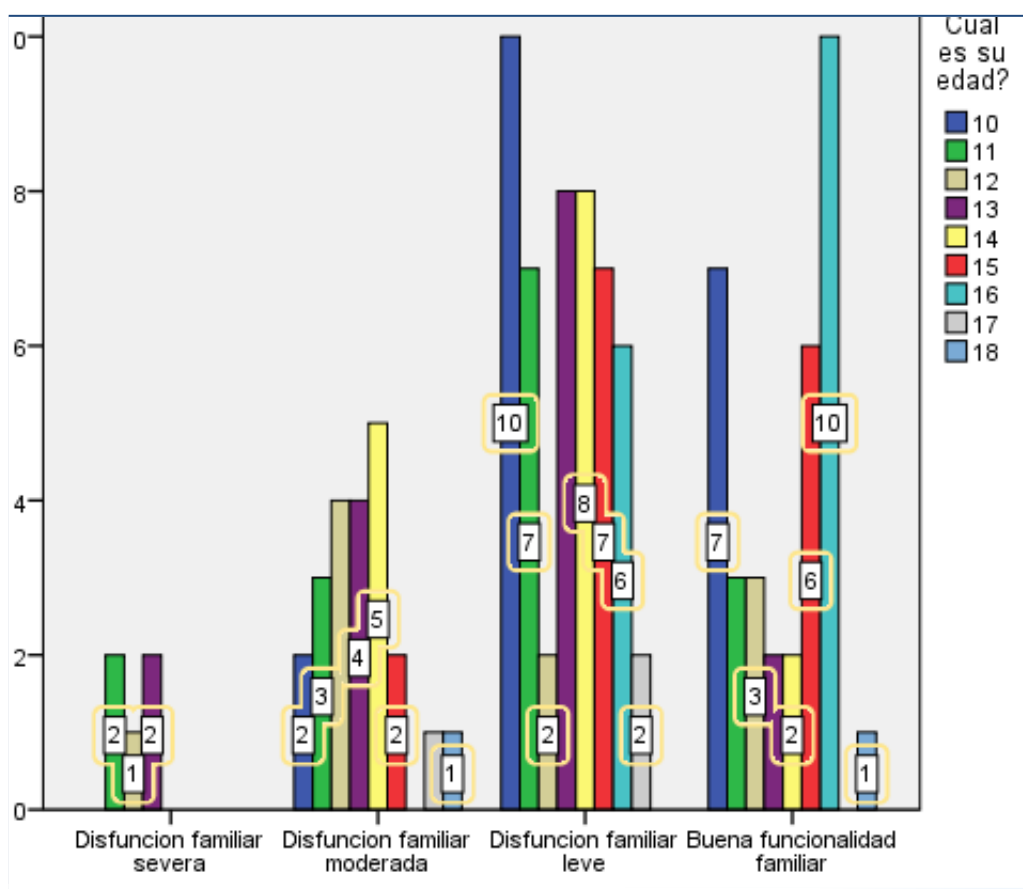
Gráfico 2: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – 2013 según sexo



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

Se revela que el 25,23% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América son del sexo masculino y tienen Disfunción familiar leve, el 15,32% son de ambos sexos y tienen Buena funcionalidad familiar, el 10,81% son del sexo masculino y tienen Disfunción familiar moderada y el 2,70% son del sexo femenino y tienen Disfunción familiar severa.

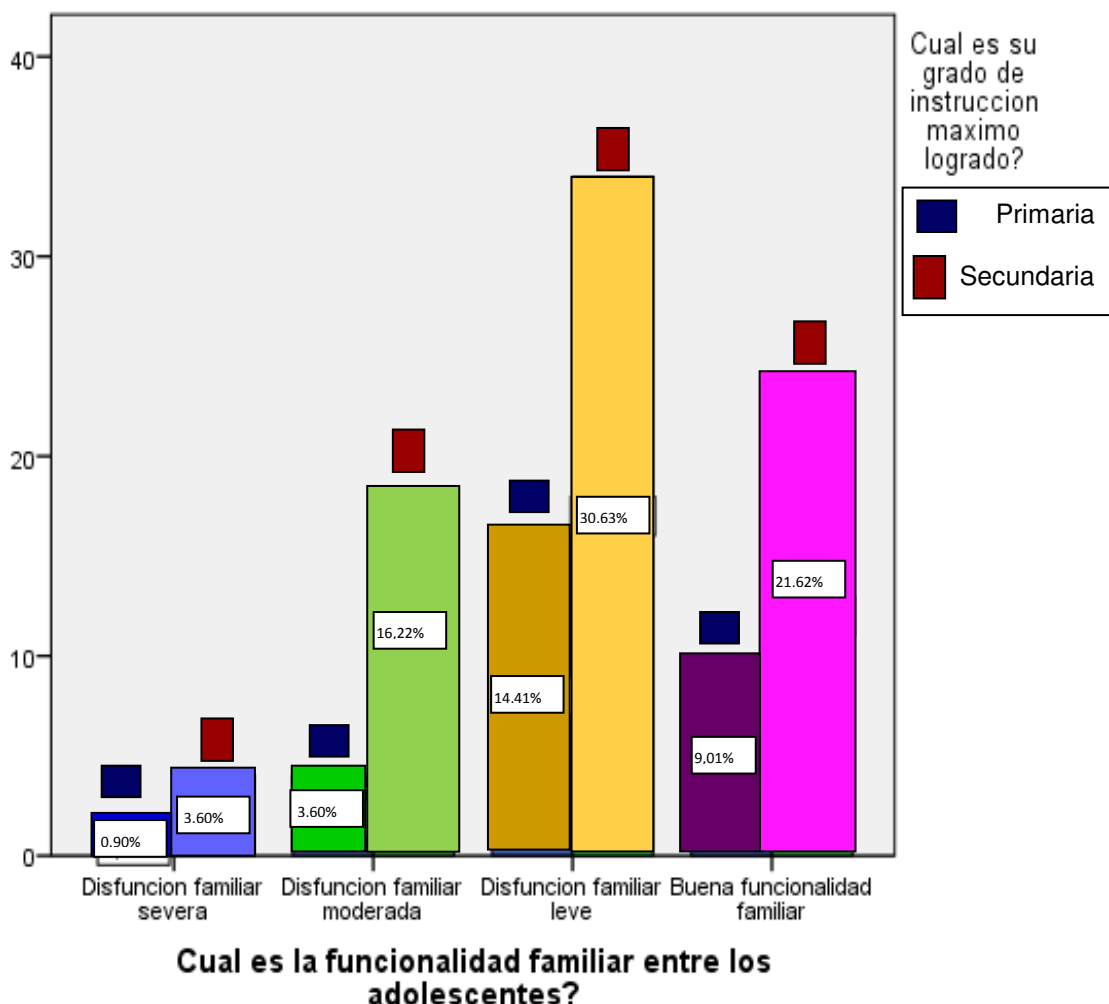
Gráfico 3: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – 2013 según edad



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

La edad que predomina en el 42% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América, es de 10 años y tienen Disfunción familiar leve; en el 29% de los adolescentes, la edad que predomina es de 16 años y tienen Buena funcionalidad familiar, en el 17% de los adolescentes, la edad que predomina es de 14 años y tienen Disfunción familiar moderada y en el 5% de los adolescentes, la edad que predomina es de 11 y 13 años y tienen Disfunción familiar severa.

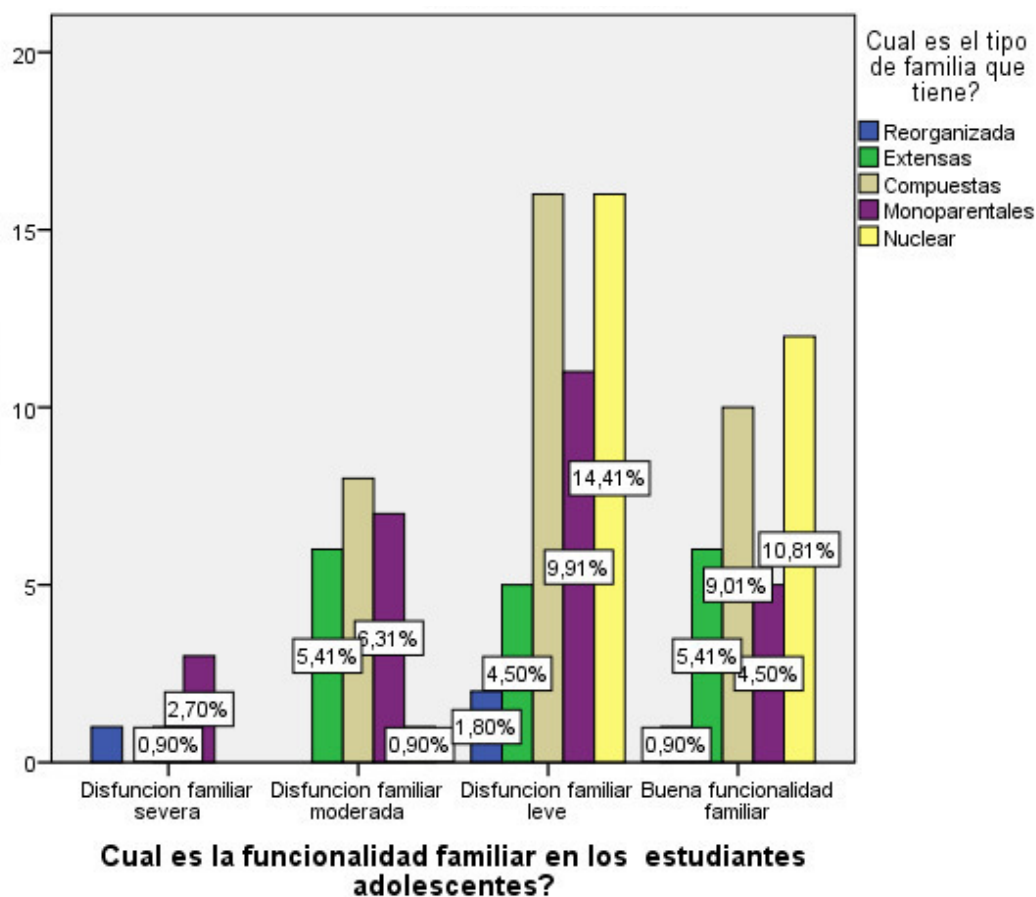
Gráfico 4: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – 2013, según el grado de instrucción en los estudiantes adolescentes



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

Se revela que el 30,63% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa “América está en secundaria y muestra una Disfunción familiar leve, el 21,62% tiene secundaria y una Buena funcionalidad familiar; el 16,22% tiene secundaria y Disfunción familiar moderada; y el 3,60% tiene secundaria y una Disfunción familiar severa.

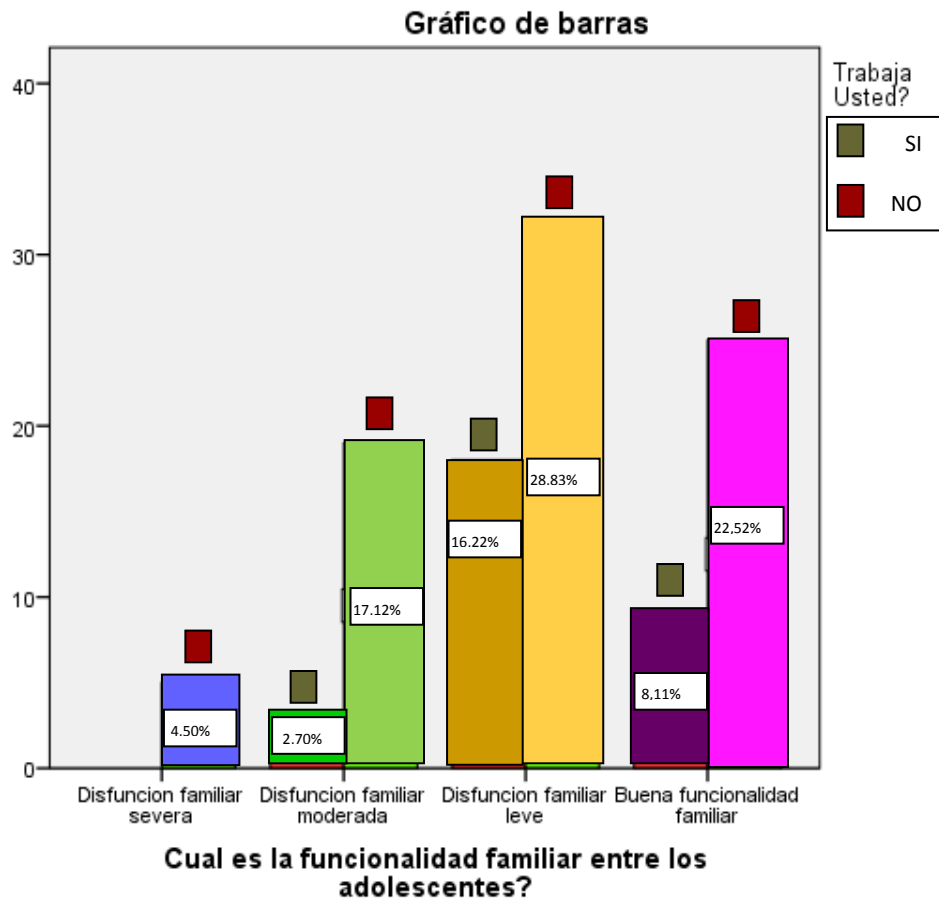
Gráfico 5: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – 2013 según tipo de familia



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

Se revela que el 30,61% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América tienen Disfunción familiar leve y predomina la familia compuesta y nuclear; el 30,60% tienen Buena funcionalidad familiar y predomina las familias compuestas y nucleares; el 12,62% tienen Disfunción familiar moderada y las familias que predominan es la compuesta y monoparentales y, por último, el 3,60% tienen Disfunción familiar severa y la familia que predomina es la monoparental.

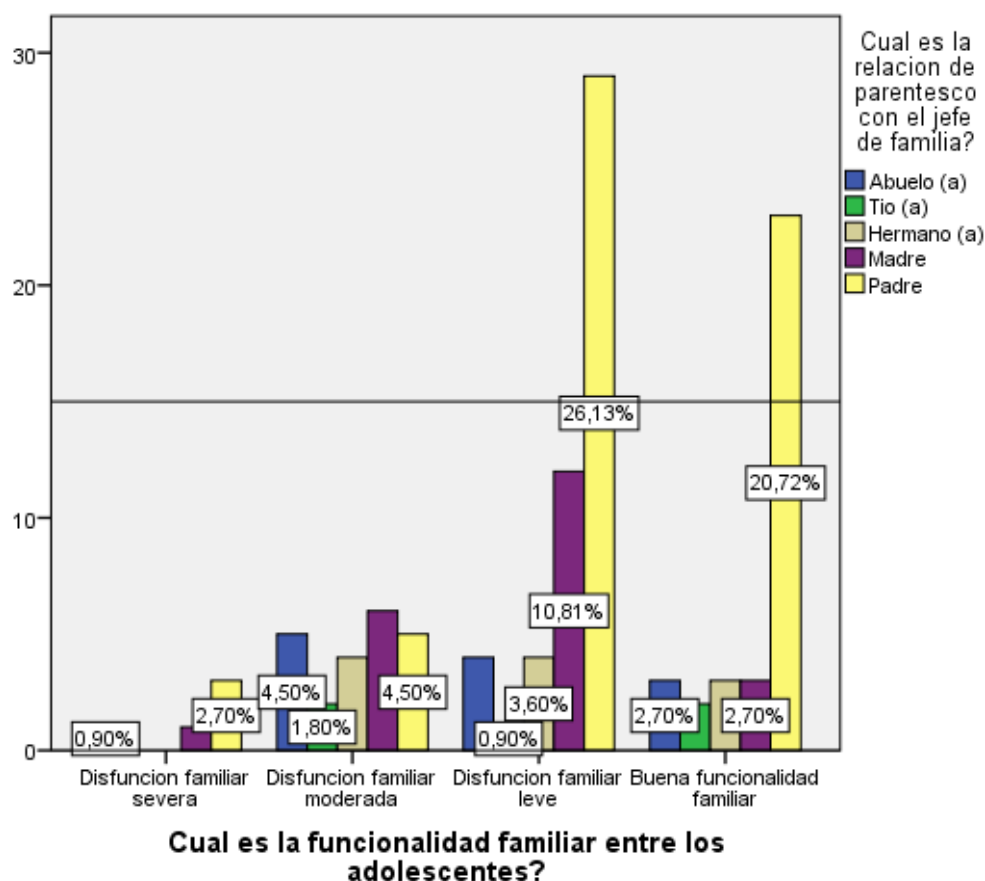
Gráfico 6: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – 2013 según el trabajo



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

Se revela que el 45,05% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América tiene Disfunción familiar leve y dentro de ellos el 28,83% no trabaja; el 30,63% tienen Buena funcionalidad familiar y el 22,52% no trabaja; el 19,82% tienen Disfunción familiar moderada y el 17,12% no trabaja; y el 4,50% tienen Disfunción familiar severa y el 4,50% no trabaja.

Gráfico 7: Funcionalidad Familiar en estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas – 2013, según la relación de parentesco con el jefe de familia



Fuente: Encuesta realizada por la estudiante de enfermería UCH

Se revela que el 41,44% de los adolescentes encuestados de la Institución Educativa América tiene disfunción familiar leve, de los cuales el 26,13% tiene como jefe de familia a su padre; el 26,12% tiene buena funcionalidad familiar, de los cuales el 20,72% tiene como jefe de familia a su padre; el 10,8% tiene disfunción familiar moderada, de los cuales el 4,50% tiene como jefe de familia a su madre; el 3,60% tiene disfunción familiar severa, de los cuales el 2,70% tiene como jefe de familia a su padre.

4.2 DISCUSIÓN

En el gráfico 1 se observó que el 45,05% de nuestra población evaluada tiene Disfunción Familiar leve, 30,63% tiene Buena Funcionalidad Familiar, el 19,82%, como se da en la referencia de Alegre P., donde menciona que las familias disfuncionales son las que no tienen la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

En el gráfico 2 se observó con respecto a la Funcionalidad Familiar y el sexo en los estudiantes adolescentes que el 25,23% son varones y el 19,82% son mujeres, teniendo como puntaje de 45,05% para la Disfunción Familiar Leve, el 15,32% son varones y el 15,32% son mujeres, teniendo como puntaje de 30,64% para una Buena Funcionalidad Familiar, el 10,81% son varones y el 9,0% son mujeres, teniendo como puntaje de 19,81% para la Disfunción Familiar Moderada, 1,80% son varones y el 2,70% son mujeres, teniendo como puntaje de 4,5% para la Disfunción Familiar Severa.

Según el Plan de Acción por la Infancia 2012–2021 refiere que la errónea forma de crianza y el machismo en los varones hacen que no respeten a las mujeres en cuanto a sus derechos; y como consecuencia los hacen vulnerables ante los peligros que existe en su entorno como ser golpeadas, o sufrir acoso sexual o abusos.

En el gráfico 3 se observó que la Disfunción Familiar leve predominó. Entre las edades que tienen mayor porcentaje son 10 años, 13 años y 14 años; luego sigue la buena funcionalidad familiar las edades que predominó son 16 años, 10 años y 15 años. Esto difiere en la investigación de Gonzales Flores y Díaz Muñoz, donde hay disfunción familiar moderada en varones entre los grados de 4to. y 5to. de secundaria.

En el gráfico 4 se observó con respecto a la Funcionalidad Familiar y tipo de familia en los estudiantes adolescentes, el 0,9% son familias reorganizadas, compuestas y 2,70% son familias monoparentales y estos están dentro de la Disfunción Familiar Severa. El 5,41% son familias extensas, 6,31% son familias compuestas y 0,90% son familias monoparentales están dentro de Disfunción Familiar Moderada. El 1,80% son familias reorganizadas, el 4,50% son familias extensas, el 9,91% son familias compuestas, el 14,41% son familias monoparentales, y el 0,90% son familias nucleares, estos son los porcentajes para la Disfunción Familiar Leve. El

5,41% son familias extensas, 9,01% son familias compuestas, el 4.50% son familias monoparentales y el 10,81% son familias nucleares, estos son porcentajes para una Buena Funcionalidad Familiar.

En el gráfico 5 se observó con respecto a la funcionalidad familiar y el grado de instrucción máximo logrado en los estudiantes adolescentes, para la Disfunción Familiar Leve tenemos el 14,41% del nivel primario y el 30,63% para el nivel secundaria, para una Buena Funcionalidad Familiar tenemos el 9,01% de nivel primario y el 21,62% del nivel secundario, para la Disfunción Familiar Moderada tenemos el 3,60% del nivel primaria y el 16,22% para el nivel secundaria, para la Disfunción Familiar Severa tenemos el 0.90% del nivel primaria y el 3.60% para el nivel secundaria.

La conclusión a la que llegaron en Morera M., en la investigación de Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características socio familiares, en 45 mujeres donde su grado es diferente a la edad actual, es decir, es dos años más de lo que le corresponde.

En el gráfico 6 se observó que la funcionalidad familiar y el trabajo en los estudiantes adolescentes para la Disfuncionalidad Familiar Leve tenemos el 16,22% de los estudiantes adolescentes que trabajan y el 28,83% de los que no trabajan, para la Buena Funcionalidad Familiar tenemos el 8,11% de los estudiantes adolescentes que trabajan y el 22,52% los que no trabajan, Disfuncionalidad Familiar Moderada tenemos el 2.70% de los estudiantes adolescentes que trabajan y el 17,12% de los que no trabajan, Disfuncionalidad Familiar Severa tenemos el 4,50% de los estudiantes adolescentes que no trabajan.

En la tabla 7 se puede observar con respecto a la relación de parentesco con el jefe de familia, el que tiene mayor porcentaje es el padre con 26,13% y la madre con 10,81% que estuvo dentro de la disfuncionalidad familiar, y en la buena funcionalidad familiar se obtuvo el 20,72% con la relación de parentesco con el padre de familia y 2.70% relación de parentesco con la madre de familia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes tuvo predominancia la Disfunción familiar leve, seguidamente la buena funcionalidad familiar; este resultado ha sido similar con el de Ccoica del 2010, donde la disfunción leve llevó el mayor porcentaje y luego la buena funcionalidad familiar.
- En la funcionalidad familiar de los estudiantes adolescentes según sexo, el masculino tiene mayor porcentaje en la Disfuncionalidad Familiar Severa y Moderada, pero en la Buena Funcionalidad Familiar tiene el mismo porcentaje tanto varones como mujeres.
- En la funcionalidad familiar de los estudiantes, según edad de los adolescentes, la Disfunción Familiar Moderada resalta la edad de 14 años, en la Disfunción Familiar Leve resalta la edad de 10 años y en la Buena Funcionalidad Familiar resalta la edad de 16 años.
- En la funcionalidad familiar de los estudiantes adolescentes, según el grado de instrucción, prevalece el nivel secundario tanto en la funcionalidad familiar como en la disfuncionalidad familiar.
- En la Funcionalidad Familiar de los estudiantes, según el tipo de familia, en la Disfunción Familiar Severa resalta las familias monoparentales, en la Disfunción Familiar Moderada resalta las familias compuestas, en la Disfunción Familiar Leve resalta las familias monoparentales y en la Buena Funcionalidad Familiar resalta las familias nucleares.
- En la funcionalidad familiar de los estudiantes adolescentes, según el trabajo, los estudiantes adolescentes que no trabajan son los que prevalecen en el Funcionamiento Familiar y en la Disfunción Familiar.
- En la Funcionalidad Familiar de los estudiantes adolescentes, según la relación de parentesco con el jefe de familia, resalta la disfunción familiar leve.

5.2 RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones a mayor escala para poder abarcar mayor población en el estudio de los adolescentes y la funcionalidad familiar.
- Es necesario poner en conocimiento a la población sobre el problema de la Disfuncionalidad Familiar en los estudiantes adolescentes, sus causas, efectos, cómo detectarlos y cómo prevenirlo.
- Realizar actividades inclusivas con los estudiantes adolescentes y sus familias de la Institución Educativa América de Comas (Escuela para padres, charlas sobre funcionalidad familiar).
- La Dirección de la Institución Educativa Comas debería aumentar la frecuencia de las atenciones psicopedagógicas para los estudiantes adolescentes que tengan problemas escolares y en sus familias.
- Se debe brindar capacitación y asesoría especializada a los docentes para que puedan ser los elementos claves en la detección de estos problemas en los estudiantes adolescentes.
- Fomentar en los padres de familia la frecuencia y participación en la educación de sus hijos con los profesores, esto quiere decir que los padres de familia deben estar pendientes de los avances, enseñanzas, dificultades que tengan sus hijos dentro de las aulas del colegio.
- Velar por el bienestar educativo y la salud mental de los niños y adolescentes es tarea de la dirección, profesores, tutores, auxiliares y padres de familia.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 mayo [consultado el 29 de abril de 2017].
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS llama a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud. Ginebra: Centro de prensa; mayo 2014
3. Munist M. Santos H. Kotliarenco M. Suárez E. Infante F. Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. 1^{ra} ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1998.50p.
Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
4. Mostacero E., Paredes P. Funcionamiento Familiar y Proyecto de Vida en Adolescentes de la Institución Educativa “José Carlos Mariátegui” de Sausal 2014 [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
5. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF) [sede Web]. Perú: Unicef.org; [Consultado el 29 de abril de 2017].
Disponible en: [www.unicef.org/peru /spanish/children_13282.html](http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html)
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo de la población del Perú hasta el 30 de junio del 2015. Perú: 2015.
Disponible en: www.inei.gov.pe/prensa/noticias/al-30-de-junio-de-2015-el-peru-tiene-31-millones-151-mil-643-habitantes-8500/5.
7. Gallego de Pardo Gloria Patricia. Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aquichán [Internet]. 2003 Dec [citado 2017 Abril 29]; 3(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100007
8. Iván Gonzales Geldres. Comas, una mirada hacia el progreso. El Comercio. 17 de diciembre 2010; **Blogs**.
Disponible en: elcomercio.pe/blog/huellasdigitales/2010/12/comas-una-mirada-hacia-el-prog.

9. Colaboradores de Wikipedia. Wikipedia: Citar Wikipedia [Página principal de internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. [citado el 29 de abril del 2017].

Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Comas

10. Moran Morales J. Funcionalidad familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la unidad educativa Santo Domingo de Guzmán [tesis Licenciado en Psicología]. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Técnica de Ambato; 2015.

11. Suárez Soto E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública [tesis Magister en Psicología]. Santiago: Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Medicina, Escuela de Posgrado: Universidad de Chile; 2013.

Disponible en:
repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1

12. Morera, M; Giner, M. Inmigrantes magrebíes gestantes en Atención Primaria: características sociofamiliares. Med Clin (Esp).2012;(5):1,2.

13. Gonzales Flores, Díaz Muñoz. Violencia Escolar y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de la Institución Educativa Santa Edelmira. Víctor Larco, Trujillo 2015 [tesis Licenciada en Enfermería]. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Privada Antenor Orrego: 2015.

14. Palomino, E. Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el hospital distrital Jerusalén de la Esperanza en el periodo enero- febrero 2015 [tesis Médico Cirujano]. Facultad de Medicina Humana: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.

15. Castilla H., Caycho T., Ventura J., Palomino M., De la Cruz M. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en Adolescentes Peruanos. Revista Latinoamericana de Psicología de la Salud y Social. [internet] 2015 [consultado 30 de abril de 2017]; 6(2):p. 140-153.

Disponible en:
<http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/952/758>

16. Castillo H., Caycho T., Shimabukuro M., Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR familiar en adolescentes de Lima. Revista de Psicología Educativa. Centro de Investigación [internet] 2014 [consultado 30 de abril de 2017]; 2(1):p. 49-78.

Disponible en: <http://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/53>

17. Ccoicca, T. Bullying y Funcionalidad Familiar en una Institución Educativa del distrito de Comas [tesis Licenciado en Psicología]. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
18. Smilkstein. The Physiician and Family Function Assessment. FamilySystemsMed. 1982. (2): p 263-278
19. Cuellar Y. Relación de violencia familiar y funcionalidad familiar en gestantes en el primer nivel de atención – Lima – 2015. [tesis Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2015.
20. Meza H. Funcionamiento Familiar y Rendimiento Escolar en Alumnas del Tercer Grado de secundaria de una Institución Educativa del Callao. [tesis Maestro en Educación en la Mención de Evaluación y acreditación de la calidad educativa]. Universidad San Ignacio de Loyola. Escuela de Postgrado; 2010.
21. World Family Map Project. El entorno familiar influye en el rendimiento escolar de los niños peruanos, según reporte internacional Mapa Mundial de la Familia 2013. Familia Peruana [internet]; 2013 [consultado el 30 de abril de 2017] Disponible en: www.familiaperuana.wordpress.com/category/cultura-familiar/
22. Arenas Ayllón S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. [Tesis para Licenciada de Psicología]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos. Facultad de Psicología; 2009.
23. Ministerio de Salud. Etapa Vida adolescente [internet]. Lima; 2012.p.1-7 Marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad: Documento técnico. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaria Técnica de Comisión de Renovación de MAIS-BFC – Lima: Ministerio de Salud; 2011. P. 124.

24. Masías Ynocencio Y. Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima. [Tesis para Grado de Magister en Psicología Educativa]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Escuela de Postgrado; 2006.
25. Calderón Montoya S. Percepciones de las Madres Adolescentes con Embarazo Reincidente Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos, Atendidas en el Hospital de Vitarte. [Tesis para Licencia de Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2013.
26. Huamanchumo Jiménez Y. Influencia del Taller de Educación Sexual y Reproductiva, en el nivel de conocimientos, de Alumnos del Tercer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo Túpac Amaru II. [Tesis para Licenciada para Obstetiz]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de Salud; 2012.
27. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. En: Távara Orozco L. Factores Relacionados con el embarazo y la maternidad en Menores de 15 años. Perú: 2011.p. 11-85.
28. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Violencia sexual contra las adolescentes menores de 15 años. En: Távara Orozco L. Factores Relacionados con el embarazo y la maternidad en Menores de 15 años. Perú: 2011.p. 74-85.
29. MINSA. Análisis de la Situación de Salud de los y las Adolescentes en el Perú (29 Set. 2009: 15 Nov. 2009).
30. UNICEF, La adolescencia Una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia 2011: [internet].2011. [citado 29 de abril de 2017].
Disponibile en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
31. Estado Mundial de la Infancia 2011. Google Books
Disponibile en:
[https://books.google.com.pe/books?id=Nt0aH0rpMKMC&pg=PA6&lpg=PA6&dq=%EF%82%A7%09La+adolescencia+temprana+\(de+los+10+a+los+14+a%C3%B1os\)+Tomada+en+un+sentido+amplio,+podr%C3%ADa+considerarse+como+adolescencia+temprana+el+per%C3%ADa](https://books.google.com.pe/books?id=Nt0aH0rpMKMC&pg=PA6&lpg=PA6&dq=%EF%82%A7%09La+adolescencia+temprana+(de+los+10+a+los+14+a%C3%B1os)+Tomada+en+un+sentido+amplio,+podr%C3%ADa+considerarse+como+adolescencia+temprana+el+per%C3%ADa)

ADodo+que+se+extiende+entre+los+10+y+los+14+a%C3%B1os+de+edad&source=bl&ots=2GeNeD6gld&sig=9k8FviHTTHB7hfCVlvj1W_laQrY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj8iKvq_cLTAhWEOyYKHdZyCMsQ6AEIJAB#v=onepage&q=%EF%82%A7%09La%20adolescencia%20temprana%20(de%20los%2010%20a%20los%2014%20a%C3%B1os)%20Tomada%20en%20un%20sentido%20amplio%20C%20podr%C3%ADa%20considerarse%20como%20adolescencia%20temprana%20el%20per%C3%ADodo%20que%20se%20extiende%20entre%20los%2010%20y%20los%2014%20a%C3%B1os%20de%20edad&f=false

32. Aguirre A. Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres del Sector IV de Pamplona alta San Juan de Miraflores 2002. Cybertesis.unmsm.edu.pe Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2683>
33. Carbajal R, Chumo J. Relación entre funcionamiento familiar, uso del tiempo libre y conductas de riesgo en adolescentes de 17 a 19 años de la Universidad Antenor Orrego [Tesis de Literatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2006. Pp.: 11-19; 23-26.
34. Osorio A., Alvares A. Introducción a la Salud Familiar. Curso Especial de Postgrado en Gestión Local de Salud. Modulo Once. Costa Rica; 2004. Pp.: 12-15, 22-30.
35. Valadez Figueroa I. Violencia Escolar: Maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la zona Metropolitana de Guadalajara. 1ª ed. México: Verónica Vargas y Melissa Zermeno; 2008.
36. Rafael Chaves M., Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016 [tesis Médico Cirujano]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina.; 2016.
37. Casasa P., Ramírez E., Guillen R., Sánchez A., Sánchez S. Salud familiar y enfermería [libro electrónico]; México: El Manual Moderno, S.A; 2016 [Consultado 29 de abril 2017]
Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=zPvDAAAQBAJ&pg=PT201&lpg=PT201&dq=Estos+cinco+componentes+>

se+eval%C3%BAan+a+trav%C3%A9s+de+una+serie+de+preguntas+que
+pueden+realizarse+en+el+transcurso+de+una+entrevista+y+miden+tant
o+el+ambiente+emocional+que+rodea+a+nuestros+pacientes+como+tam
bi%C3%A9n+la+capacidad+del+grupo+familiar+para+hacer+frente+a+las
+diferentes+crisis.&source=bl&ots=TXIPmzFiMR&sig=eJRwSrgWFvPi_8o
zkiLE4z45l_Y&hl=es-
419&sa=X&ved=0ahUKEwidj7jAIM_TAhXE5SYKHaoaBBcQ6AEIlzAA#v=
onepage&q=Estos%20cinco%20componentes%20se%20eval%C3%BAan
%20a%20trav%C3%A9s%20de%20una%20serie%20de%20preguntas%2
0que%20pueden%20realizarse%20en%20el%20transcurso%20de%20un
a%20entrevista%20y%20miden%20tanto%20el%20ambiente%20emocion
al%20que%20rodea%20a%20nuestros%20pacientes%20como%20tambi
%C3%A9n%20la%20capacidad%20del%20grupo%20familiar%20para%2
0hacer%20frente%20a%20las%20diferentes%20crisis.&f=false

- 38.-Alegre P, Suarez B. Instrumentos de Atención a la Familia: El
filiograma y el Apgar familiar. Rampa.2006; 1(1); p.48.
- 39.- Blog enfermería. Modelos de Enfermería. 2012 [actualizada el 19 de
marzo de 2012 acceso 30 de marzo de 2012]. Disponible en:
www.blogenfermeria.com/noticias-2/
40. Hernández Roberto, Fernández Carlos, Baptista Pilar. Metodología de la
Investigación. 4ta. ed. México: Taller de Infagon web S.A; 2006.
41. Gomes Marcelo. Introducción a la metodología de la investigación
científica. Argentina: Editorial Brujas; 2006

ANEXOS

**Anexo A: Distribución de la población de adolescentes escolarizados
según año y género de la I.E. AMÉRICA**

AÑO	ALUMNOS		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
6TO GRADO	20	25	25
1 AÑO	10	5	15
2 AÑO	10	5	15
3 AÑO	12	3	15
4 AÑO	15	5	20
5 AÑO	16	5	21
TOTAL			111

Anexo B: Operacionalización de las variables

Título de la investigación: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PRIVADA AMÉRICA CARMEN MEDIO, COMAS – 2013

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Funcionalidad familiar	Es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema	La funcionalidad familiar se expresará a través del APGAR Familiar este es un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la	Adaptabilidad	Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas.	5	De 9 a menos De 10 a 13 De 14 a 17 De 18 a 20	Nunca = 0 Casi Nunca=1 Algunas veces=2 Casi siempre=3
			Participación	Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo. Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del	5	Siempre=4	

	familiar	<p>familia. Donde consta de un cuestionario de cinco preguntas. Las dimensiones que evalúa son: la adaptación, participación, crecimiento, afecto, recursos; además donde el resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.</p>	<p>Gradiente de crecimiento</p> <p>Afecto</p> <p>Resolución</p>	<p>apoyo mutuo.</p> <p>Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar.</p> <p>Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>		
--	----------	---	---	---	----------------------------	--	--

Anexo D: Permiso dado por la directora del colegio



Yo Gladys Romero directora del Colegio América en Comas, he dado permiso para que se realice esta investigación sobre Funcionalidad Familiar en los Estudiantes Adolescentes de la Institución Educativa América Carmen Medio, Comas -2013; quien pertenece autoría a la Srta. Rosario Sofia Castillo Livón, alumna de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

He dado todas las facilidades para que se efectúe dicha investigación.

Gladys Romero

Directora del colegio AMÉRICA

Anexo E: Consentimiento Informado

Título de investigación: Funcionalidad Familiar en Estudiantes Adolescentes de la Institución Educativa Privada América Carmen Medio, Comas- 2013

Yo _____ (nombre del encuestado)

- He leído la información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el proyecto
- He recibido suficiente información sobre el mismo

He hablado de ello con _____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto Libremente Mi Conformidad Para Participar En El Proyecto

Firma del Encuestado _____

Nombre _____

Fecha: ____/____/____

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este proyecto al paciente y /o la persona autorizada a dar el consentimiento en su nombre.

FIRMA: _____

Nombre: Rosario Sofía Castillo Livón

Fecha: ____/____/____

Anexo F: Escala de Funcionalidad Familiar

		DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA														O B S									
Identificación de las personas		Sexo/Edad				Grado de instrucción							Ocupación			Seguro Medico									
Nombres	Apellidos	M	F	Relación de parentes co- con jefe de familia	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior		Estudio	Tipo de familia					trabaja		Oficio (lo que realiza, anotar)	NO	SI					
								Técnica	universitaria		6	5	4	3	2	NO	SI			SIS	EsSalud	Otro (sanidad, privado)			

Anexo G: Resultados Complementarios

Tabla 1 **Cuál es la funcionalidad entre los estudiantes adolescentes**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Disfuncion familiar severa	5	4,5
	Disfuncion familiar moderada	22	19,8
	Disfuncion familiar leve	50	45,0
	Buena funcionalidad familiar	34	30,6
	Total	111	100,0

Tabla 2 **Identificar la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes y su sexo**

		¿Cuál es su sexo?		Total
		Masculino	Femenino	
¿Cuál es la funcionalidad familiar entre los adolescentes?	Disfunción familiar severa	2	3	5
	Disfunción familiar moderada	12	10	22
	Disfunción familiar leve	28	22	50
	Buena funcionalidad familiar	17	17	34
Total		59	52	111

Tabla 3 Identificar la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes y su edad

		Cuál es su edad?									Total
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Cuál es la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes?	Disfunción familiar severa	0	2	1	2	0	0	0	0	0	5
	Disfunción familiar moderada	2	3	4	4	5	2	0	1	1	22
	Disfunción familiar leve	10	7	2	8	8	7	6	2	0	50
	Buena funcionalidad familiar	7	3	3	2	2	6	10	0	1	34
Total		19	15	10	16	15	15	16	3	2	111

Tabla 4 Identificar la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes y el tipo de familia

		Cuál es el tipo de familia que tiene?					Total
		Reorganizada	Extensas	Compuestas	Monoparentales	Nuclear	
Cuál es la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes?	Disfunción familiar severa	1	0	1	3	0	5
	Disfunción familiar moderada	0	6	8	7	1	22
	Disfunción familiar leve	2	5	16	11	16	50
	Buena funcionalidad familiar	1	6	10	5	12	34
Total		4	17	35	26	29	111

Tabla 5 Identificar la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes y el grado de instrucción máximo logrado

		Cuál es su grado de instrucción máximo logrado?		Total
		Primaria	Secundaria	
Cuál es la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes?	Disfunción familiar severa	1	4	5
	Disfunción familiar moderada	4	18	22
	Disfunción familiar leve	16	34	50
	Buena funcionalidad familiar	10	24	34
Total		31	80	111

Tabla 6 Identificar la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes y el trabajo de los adolescentes.

		Trabaja Usted?		Total
		Si	No	
Cuál es la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes?	Disfunción familiar severa	0	5	5
	Disfunción familiar moderada	3	19	22
	Disfunción familiar leve	18	32	50
	Buena funcionalidad familiar	9	25	34
Total		30	81	111

Tabla 7 Identificar la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes y la relación de parentesco con el jefe de familia

		Cuál es la relación de parentesco con el jefe de familia?					Total
		Abuelo (a)	Tío (a)	Hermano (a)	Madre	Padre	
Cuál es la funcionalidad familiar en los estudiantes adolescentes?	Disfunción familiar severa	1	0	0	1	3	5
	Disfunción familiar moderada	5	2	4	6	5	22
	Disfunción familiar leve	4	1	4	12	29	50
	Buena funcionalidad familiar	3	2	3	3	23	34
Total		13	5	11	22	60	111