

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICHAELA BASTIDAS PUYUCAHUA -
HUANCABELICA, 2017**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
DE LA CRUZ DE LA CRUZ, Juan José
LIMA ATAUCUSI, Edwin**

HUANCABELICA – PERÚ

2017



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad universitaria de Paturpampa, auditorium de la facultad de enfermería, a los 23 días del mes de agosto del año 2017 siendo las horas 14:15, se reunieron los miembros del jurado calificador y asesor (a) conformado de la siguiente manera:

Presidente(a)..... Dr. Olga VICENTINA PACCIVILCA ALEJO
 Secretario (a)..... Dr. Elsy Sara CARHUACHUCO ROUAS
 Vocal..... Dr. Cesar Cipriano ZEA MONTESINOS
 Asesor (a)..... Dr. Mansol SUSANA TAPIA CAMARGO

Designado con resolución N° 163-2017-COFA-ENF-R-UNH de la tesis titulada: "Funcionalidad familiar y manejo de trastornos alimentarios en adolescentes de la institución Educativa Micaela Bastidas Puyurahua-Huancavelica"

Cuyo autor (es) es(son) el (los) graduado (s):

BACHILLER (ES):

- DE LA CRUZ DE LA CRUZ, Juan José
- LIMA ATAUCUSI, Edwin

a fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de tesis antes citado, programado mediante resolución N° 061-2017-D-FENF-R-UNH

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto, y luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

- DE LA CRUZ DE LA CRUZ, Juan José
 APROBADO ☒ Por: Unanimidad

DESAPROBADO ☐

- LIMA ATAUCUSI, Edwin
 APROBADO ☒ Por: Unanimidad

DESAPROBADO ☐

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.


 Presidente


 Secretario


 Vocal


 Asesor (a)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N° 25265)

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA****TESIS****FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE
TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS PUYUCAHUA -
HUANCAMELICA, 2017****JURADOS:**

PRESIDENTE :
Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo

SECRETARIA :
Dra. Elsy Sara Carhuachuco Rojas

VOCAL :
Dr. César Cipriano Zea Montesinos

HUANCAMELICA – PERÚ**2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(Creada por Ley N° 25265)

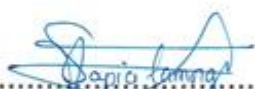


FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE
TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICHAELA BASTIDAS PUYUCAHUA -
HUANCABELICA, 2017**

ASESORA:


.....
Dra. Marisol Susana Tapia Camargo

HUANCABELICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi madre por ser la más buena y linda de todo el mundo, gracias por brindarme cariño y apoyarme incondicionalmente en mi formación profesional.

Juan José

A mi madre y hermana por apoyarme incondicionalmente en los momentos más difíciles y en mi formación profesional.

Edwin

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater, “Universidad Nacional de Huancavelica”, por darnos la oportunidad de forjarnos profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería, por habernos brindado los conocimientos teóricos – prácticos para desempeñarnos como profesionales de Enfermería.

A las estudiantes del 5° año de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua – Huancavelica por brindarnos su apoyo y su colaboración quienes participaron activamente durante la etapa de ejecución del trabajo de investigación. Así mismo, hacemos llegar nuestro reconocimiento al Prof. Evaristo Araujo Condori Director de dicha Institución y profesores por cedernos un espacio de su tiempo.

A los docentes de la Facultad de Enfermería, por su apoyo en el desarrollo del trabajo, de igual manera a todas aquellas personas, quienes nos apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer las fases de la investigación.

A nuestros queridos padres y hermanos por su apoyo incondicional y comprensión brindada ya que sin ellos no sería posible la realización del presente trabajo de investigación, a todos ellos muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2.1. Pregunta general.....	7
1.2.2. Preguntas específicas.....	8
1.3. OBJETIVO.....	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. JUSTIFICACIÓN	8
1.5. DELIMITACIONES	9
1.6. LIMITACIONES	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO DE REFERENCIAS	11
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	11
2.1.1. A nivel internacional	11
2.1.2. A nivel nacional:	13
2.1.3. A nivel local.....	15
2.2. MARCO TEÓRICO	16
2.2.1. Teoría General de Sistemas	16

2.2.2. Teoría del desarrollo	16
2.3.MARCO CONCEPTUAL	17
2.3.1. Funcionalidad familiar	17
2.3.2. Trastornos alimentarios.....	26
2.4.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	32
2.5.HIPÓTESIS.....	33
2.5.1. Hipótesis general	33
2.5.2. Hipótesis específicas	33
2.6.VARIABLE	33
2.7.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34
2.8.ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	37
CAPÍTULO III.....	38
MARCO METODOLÓGICO	38
3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.2.NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3.MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	39
3.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	39
3.5.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	39
3.6.POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO	40
3.6.1. Población	40
3.6.2. Muestra:	41
3.6.3. Muestreo	41
3.7.PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
3.8.TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	41
CAPÍTULO IV	43
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	43
4.1.ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	44
4.2.ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	49
4.3.DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	62
ANEXO N° 01	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
ANEXO N° 02	C
ESCALA SOBRE APGAR FAMILIAR.....	C
ESCALA SOBRE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	D
ANEXO N° 03	F
CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES	F
ANEXO N° 04	G
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	G
ANEXO N° 05	I
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	N
ANEXO N° 06	Q
IMÁGENES DE EJECUCIÓN	Q
ANEXO N° 07	T
ARTÍCULO CIENTÍFICO	T

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Edad de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.....	44
Tabla N° 2. Convivencia familiar de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.....	45
Tabla N° 3. Funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua 2017.....	46
Tabla N° 4. Riesgo a trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.....	47
Tabla N° 5. Relación de funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Edad de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.	44
Figura N° 2. Convivencia familiar de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.	45
Figura N° 3. Funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.	46
Figura N° 4. Riesgo a trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.	47
Figura N° 5. Relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.	48

RESUMEN

Título: Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua - Huancavelica, 2017.

Objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Material y método: La investigación se realizó en 73 adolescentes del sexo femenino del 5to año de secundaria. La investigación corresponde al tipo básico y el nivel de investigación alcanzado es correlacional, el método utilizado inductivo-deductivo, el diseño que oriento el proceso estadístico es no experimental, transversal.

Resultados: Del 100%(73) de adolescentes inmersas en el estudio, el 56,2% (41) tuvieron la edad de 16 años, seguido del 24,7% (18) con 15 años. El 15,1% (11) con 17 años y tan solo el 1,4% (1) con edades de 14,18 y 19 años de edad. Las adolescentes viven con sus padres en un 64,4% (47), seguido del 19,2% (14) que viven en compañía de la madre. El 15,1% (11) viven con familiares. Finalmente el 1,4%(01) viven con el padre. La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017” por presentar un p valor de 0,000 es decir: el 60,3% (44) adolescentes presentan disfunción familiar leve y riesgo bajo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y riesgo bajo a trastornos alimentarios. El 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena. El 69,9% (51) presentan riesgo bajo a sufrir trastornos alimentarios, sin embargo el 30,1% (22) con riesgo alto a sufrir trastornos alimentarios.

Conclusión: Se encontró relación entre funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.

Palabras clave: funcionalidad familiar, riesgo, trastornos alimentarios, adolescente.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between family functionality and risk of eating disorders in adolescents of the Educational Institution Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Material and method: The investigation was carried out in 73 female adolescents of the 5th year of secondary school. The research corresponds to the basic type and the level of research reached is the correlational, the method used is the inductive-deductive, the design that oriented the statistical process is non-experimental, transverse.

Results: Of the 100% (73) adolescents immersed in the study, 56.2% (41) were 16 years old, followed by 24.7% (18) with 15 years. The 15.1% (11) with 17 years and only 1.4% (1) with ages of 14,18 and 19 years of age. Adolescents live with their parents in 64.4% (47), followed by 19.2% (14) who live with the mother. 15.1% (11) live with relatives. Finally 1.4% (01) live with the father. The relationship is significant between family functionality and the risk of eating disorders in adolescents of the Micaela Bastidas Puyucagua Educational Institution, 2017 "for presenting a p value of 0.000 ie: 60.3% (44) adolescents have mild family dysfunction and Low risk of eating disorders. Followed by 5.5% with moderate family dysfunction and low risk of eating disorders. 75.3% (55) presented mild family dysfunction, followed by 19.2% (14) with good family function. 69.9% (51) had a low risk of eating disorders, however, 30.1% (22) were at high risk of eating disorders.

Conclusion: The relationship between family functionality and the risk of eating disorders in adolescents of the Educational Institution Micaela Bastidas Puyucagua was found.

Key words: family functionality, risk, eating disorders, adolescent.

INTRODUCCIÓN

La familia son los que les brindan enseñanzas sobre la vida adquisición de las capacidades de autocontrol y la de control social, es decir el saber comportarse en un entorno social y por consiguiente aceptar las diferencias de pensamiento de los demás, en este contexto empiezan a desarrollar una idea del cuerpo ideal, influenciado principalmente por los medios de comunicación que se han vuelto una fuerza importante en la toma de decisiones. Los trastornos alimentarios son enfermedades graves, son alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, se refiere a los hábitos alimenticios que pueden desencadenar desordenes relacionados con el peso (anorexia y bulimia). La incidencia de los trastornos alimentarios es superior en grupos de población que están sometidos a una influencia sociocultural más intensa, lo que ocurre en todas aquellas personas que llevan a cabo actividades relacionadas con el cuerpo y que pueden requerir una imagen esbelta y de delgadez, son más frecuentes durante la adolescencia, las chicas muestran en general una mayor inestabilidad de la autoimagen, estos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes son un serio problema de salud pública. En el Perú los adolescentes sufren problemas alimentarios, siendo las instituciones de nivel secundario quienes facilitan espacios en la que el estudiante tiene poco tiempo el cual les impide comer de forma saludable por lo general son las mujeres adolescentes quienes adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar un intenso miedo a engordar o verse gordas y la excesiva preocupación por una imagen corporal negativa impulsa muchos de los comportamientos cotidianos de las adolescentes con trastornos de la alimentación, a través de moda, medios de comunicación, factores familiares y trastornos emocionales en relación

con funcionalidad familiar es cuando el adolescente siente que sus padres confían en él aprende a tomar sus propias decisiones, se siente más libre y puede equivocarse sin que ello implique una profunda frustración. Lamentablemente cuando dicha confianza está ausente en el hogar se puede observar una serie de problemáticas todas ellas basada en una ineficiente comunicación y la familia se torna disfuncional; la misma que influye en el adolescente y produce en él la crisis que desencadena tristeza, decepción, desesperanza.

Motivo por lo que se desarrolla el estudio titulado “Funcionalidad Familiar y Riesgos de Trastornos Alimentarios en Adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua” con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios, De acuerdo a la naturaleza de estudio el nivel de la investigación es correlacional. El diseño fue diseño no experimental transeccional o transversal correlacional, porque el estudio de investigación se realizó en un momento determinado del tiempo. La importancia de realizar este estudio se asocia con que el aporte, desde un punto de vista metodológico, posibilita entregar datos e información del instrumento que permitan enriquecer el campo de conocimiento hacia los adolescentes.

El presente trabajo consta de los siguientes capítulos: CAPÍTULO I: Planteamiento del problema, CAPÍTULO II: Marco de referencias, CAPÍTULO III: Marco metodológico, CAPÍTULO IV: Presentación de resultados; dentro del contenido también se encontrará las referencias bibliográficas, la bibliografía complementaria y los anexos.

Los autores.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud, es una etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, de los cuales, uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que existen aproximadamente 1200 millones de personas en esta categoría de edad. Etapa en la cual se encuentran influenciados por múltiples factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos, que los hacen vulnerables a diversas circunstancias, que pueden alterar su adecuado desarrollo hacia la edad adulta. Además la OMS refiere que al menos el 20% de los adolescentes presentara alguna forma de enfermedad mental como trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta alimentarias, abuso de sustancias, trastorno de depresión o actitudes suicidas; de los cuales los trastornos de conducta alimentarias (TCA) son la tercera causa de muerte en adolescentes asociados al suicidio, únicamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas(1).

Según UNICEF, considera a la adolescencia como el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los pares, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio(2).

Los trastornos alimenticios aumentaron 300% en México durante los últimos 20 años, y son las mujeres (90%) quienes más sufren por trastornos como la anorexia y la bulimia. El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) de la Cámara de Diputados precisó que 95% de los casos de anorexia y bulimia se desarrolla a partir de hacer una dieta estricta y 90% de las personas con estos padecimientos son mujeres. A través de la infografía “Anorexia y bulimia en México”, el CEAMEG destacó que las adolescentes entre 14 y 19 años presentan una mayor prevalencia de todos los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Cada año se registran 20 mil de estos casos entre adolescentes. Las conductas alimentarias de riesgo en esta población son: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se ingiere(3).

En el estudio sobre funcionalidad familiar en relación con las conductas de riesgo para trastornos de alimentación (TCA) en los adolescentes del nivel de bachillerato de la Zona 7, Ecuador, 2016; obtuvieron una prevalencia general para presentar conductas de riesgo para trastornos de alimentación de 25,3%, con una media de 17 años de edad. En las familias disfuncionales el riesgo para trastornos de alimentación fue del 27,2%, en relación a las familias

funcionales de 34,2%; siendo mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja (4)

Estudios Epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” del Ministerio de Salud (Minsa) en el año 2010 precisan que la bulimia y la anorexia son los problemas que más sufren entre el 7,3 y 11,4 % de más de 9 mil estudiantes encuestados en hogares de 17 ciudades: Lima y Callao, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Iquitos, Pucallpa, Tarapoto, Puno, Tumbes, Puerto Maldonado, Bagua, Tacna, Arequipa, Chimbote Trujillo, Piura, e Ica. Dichas enfermedades comprometen el desarrollo normal de los jóvenes debido a cambios en sus hábitos alimenticios y actividades en general, en consecuencia, complicaciones físicas y mentales. Por lo general son mujeres adolescentes quienes adoptan medidas extremas en su alimentación al experimentar “un intenso miedo a engordar o verse gordas”, (distorsión de la imagen corporal). Entre los factores que contribuyen a la aparición de estos trastornos, mencionó los cambios corporales de la adolescente; críticas sobre su peso y figura corporal; rupturas con el enamorado; alejamiento de la familia; experiencias traumáticas; e influencias culturales como la moda (valoración del estereotipo delgado). Existen características comunes en la personalidad de las personas que padecen de anorexia como, por ejemplo, baja tolerancia a la frustración; inseguridad; baja autoestima; tendencias obsesivo-compulsivas; y trastorno evitativo de la personalidad (inhibición social, sentimientos de inferioridad, e hipersensibilidad a la reafirmación por parte de los demás). En tanto, las personas que sufren de Bulimia son más extrovertidas; tienen dificultad para controlar sus impulsos; suelen abusar de sustancias adictivas; son más depresivas y con características de una personalidad “borde line” (sensación de vacío, intolerancia a la soledad, alta impulsividad)(5).

En el Perú, año 2014 se han presentado 1062 casos de trastornos alimentarios en general (ver tabla N° 1), estas cifras corresponden a los casos atendidos en 25 regiones del país, Estos trastornos suelen aparecer más entre los 12 y 17 años, aunque hay menores de nueve que los padecen. También se ha comprobado que de cada diez pacientes, nueve son mujeres. Además, existe un 80% de probabilidades que estos problemas vuelvan a aparecer. Por ejemplo, hay personas de más de 60 años que han iniciado tratamiento(6).

Tabla N° 1. Trastornos alimenticios 2014

Casos	Edades en años					Total
	9-11	12 -17	18-29	30-59	>60	
Anorexia	39	150	105	34	4	332
Bulimia	4	92	68	21	0	185
Trastornos por atracones	1	1	9	8	4	23
Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas	38	23	40	48	22	171
Otros trastornos de ingestión de alimentos.	8	21	8	14	2	53
Trastornos de ingestión de alimentos no especificado	56	129	66	29	18	298
Total	146	416	296	154	50	1062

Fuente. Ministerio de Salud Perú 2014

En la región de Huancavelica, la bulimia y anorexia perjudican a las niñas, mientras que muchos sufren con desnutrición y anemia, esta es la historia real de una niña de solo 12 años que no estaba contenta consigo misma, a ella la llamaremos Marissa para proteger su verdadera identidad. Marissa no estaba contenta, sentía que su familia no le prestaba atención, sus padres peleaban continuamente, además no se sentía satisfecha con su figura, quería ser como las modelos de “Combate” o “Esto Es Guerra” y otras que salen en la televisión, todo ello motivó que sufriera un cuadro de anorexia y la tuvieron que hospitalizar para salvar su vida. Lamentablemente el

caso narrado no es ficción, si no que ocurrió hace algún tiempo en Huancavelica y según explicó la encargada de Salud Mental del Hospital Regional de la Tierra del Mercurio, Linnette Hermoza Vásquez no es el único caso presentado. En el caso de Marissa, su mejoría viene siendo progresiva, sin embargo, el peligro de una recaída es constante, para evitar ello es necesario constante dialogo y apoyo de parte de la familia. Según informaron, actualmente hay 5 pacientes que padecen este mal, entre niñas y adolescentes. Como es sabido, la paciente que sufre de la bulimia se aleja de las formas alimenticias saludables, consumiendo grandes cantidades de comida en periodos muy cortos también llamados atracones, pero luego sufre arrepentimiento hasta eliminar la comida mediante vómitos o laxantes. Sin embargo y pese a esta mejoría, existe el serio peligro de una recaída, especialmente considerando que muchas vienen de hogares disfuncionales. Una de las causas para la bulimia y anorexia es que muchas niñas quieren ser como las modelos. La especialista Linnette Hermoza afirma que no todos buscan tener la perfección de la belleza que pone la televisión y sobre todo aceptar que, por raza, la belleza implica tener una contextura más gruesa. Sobre la comida sugiere a los padres que no debe imponerse como premio o castigo, sino debe ser un espacio agradable. También les pide fortalecer la confianza con sus hijos(7).

Los problemas descritos orientan la realización de esta investigación a través de la formulación de la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua?
- ¿Cómo es la funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua?
- ¿Cuál es el riesgo a sufrir trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua?

1.3. OBJETIVO

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.
- Describir la funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.
- Evaluar el riesgo a sufrir trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El trabajo de investigación surge en la medida que las adolescentes tienden a ser delgadas del colegio Micaela Bastidas Puyucagua de Huancavelica, en la actualidad se admira o se valora más a una mujer delgada y con síntomas de anorexia, bulimia o algún otro trastorno no alimenticio. Dentro de este contexto, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) y los criterios

estéticos de la sociedad podríamos decir, que una nueva moda de una figura esbelta ha llegado a nuestra sociedad Huancavelicana, esta nueva tendencia está generando ciertos trastornos en el comportamiento de la alimentación que dañan la salud de los adolescentes. La sociedad con toda la intención posible busca imponer esta idea, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social. En efecto, con el estudio se identificó la funcionalidad familiar y el riesgo de padecer los trastornos alimentarios en las adolescentes, y estos resultados se van a dar a conocer para que se planifiquen estrategias prioritarias a través de las intervenciones de base comunitaria como el método más apropiado y factible para estimular la modificación de conducta y comportamiento de las adolescentes, propiciando el desarrollo de conductas saludables. Así mismo, los resultados del trabajo de investigación brindan información importante a la institución.

1.5. DELIMITACIONES

Delimitación temporal. El presente trabajo se realizó en el periodo del mes de abril hasta el mes de julio del 2017.

Delimitación espacial. El lugar donde se desarrolló la investigación en la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua – Huancavelica, en la que la unidad de análisis corresponde a este espacio geográfico y solo se estudió a una parte de ellas.

Delimitación de unidad de estudio. Los datos fueron obtenidos de estudiantes del 5to grado de educación secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.

Delimitación teórica. Comprende los contextos teóricos conceptuales vigentes en la que se sustenta el trabajo de investigación, como una manera de confrontación o contraposición a lo planteado hasta la actualidad en el marco de la funcionalidad familiar y los trastornos alimentarios en las adolescentes.

Delimitación conceptual. Los conceptos que formaron parte de esta investigación es: Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios.

1.6. LIMITACIONES

No se encontró limitación durante la ejecución del trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

1. Iñiguez(4) en la tesis “Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador, 2016” consideró como **objetivo** evaluar la funcionalidad familiar en relación con las conductas de riesgo para trastornos de alimentación (TCA) en los adolescentes del nivel de bachillerato de la Zona 7; a través de una muestra aleatorizada constituida por 960 estudiantes de 15 a 19 años de edad. El instrumento empleado fue el test de actitudes alimentarias (EAT-26) y la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FFSIL). Entre los **resultados** se obtuvieron la prevalencia general para presentar conductas de riesgo para trastornos de alimentación de 25,3%, con una media de 17 años de edad. En las familias disfuncionales el riesgo para trastornos de alimentación fue del 27,2%, en relación a las familias funcionales de 34,2%; siendo

mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja. Para **concluir** no hay significancia estadística ($P > 0,05$) entre el diagnóstico de funcionalidad familiar y conductas de riesgo para trastornos de alimentación, pero existe significancia estadística ($P < 0,05$) entre las dimensiones: comunicación, adaptabilidad, control oral y preocupación por la comida para el riesgo de trastornos de alimentación.

2. Gómez y otros (8) En su estudio “Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena, Colombia” año 2011, consideró como **objetivo**: Establecer los predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. **Método**: Se llevó a cabo una investigación analítica transversal, mediante un muestreo probabilístico por conglomerado de estudiantes de secundaria, entre 13 y 17 años de edad. Se identificó disfunción familiar con la escala APGAR Familiar. **Resultados**: Con un total de 1730 estudiantes; media para la edad de 14,7 años ($DE = 1,2$) y 52,7% mujeres. La escala APGAR mostró un alfa de Cronbach de 0,78. Un grupo de 896 estudiantes (51,8%) informó disfunción familiar. Fueron predictores de disfunción familiar: síntomas depresivos con importancia clínica ($OR = 3,61$; IC 95%: 2,31-5,63), familia no nuclear ($OR = 1,71$; IC 95%: 1,41-2,09), residente en estrato bajo ($OR = 1,49$; IC95%: 1,19-1,87) y mal rendimiento académico ($OR = 1,43$; IC 95%: 1,15-1,76). **Conclusiones**: Síntomas depresivos con importancia clínica y familia no nuclear son los principales predictores de disfunción familiar en estudiantes adolescentes de Cartagena, Colombia.
3. Guadarrama y Mendoza(9) en su investigación “Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria, México, 2011”. Formularon como **objetivo**: Identificar Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en

estudiantes de preparatoria de acuerdo a su sexo. **Material y método:** Se trabajó con 316 alumnos de ambos sexos de una escuela privada del nivel medio superior. Los instrumentos aplicados fueron el Test de Bulit y el Test de Actitudes Alimentarias, los cuales cuentan con propiedades psicométricas adecuadas a la población mexicana. Los **resultados** muestran que 17% de la muestra estudiada mostró síntomas de trastorno alimentario, predominando la anorexia y siendo mayor en las mujeres, siendo estas el grupo que estableció las diferencias estadísticamente significativas en ambas variables. **Conclusión:** que los adolescentes de zonas externas a las grandes urbes pudieran ser propensos a desarrollar este tipo de trastornos, siendo las mujeres el grupo más afectado.

2.1.2. A nivel nacional:

1. Graza (10) en la investigación “Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la I.E Francisco Bolognesi Cervantes N°2053 Independencia. Lima. Perú 2012, tuvo como **objetivo** determinar la relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes en la mencionada institución educativa. **Material y método:** En el presente estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo – correlacional la población estuvo conformada por 179 adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes N° 2053. La técnica utilizada fue la encuesta y el cuestionario tipo likert estructurado. **Conclusiones:** Existe una relación significativa entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar, existiendo un nivel de violencia escolar alta en un 39% (39) de adolescentes provenientes de familias disfuncionales, infiriéndose que una negativa funcionalidad familiar es una de las causas para la existencia de violencia escolar en los

adolescentes.

2. Ibañez (11) en la tesis “Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa secundaria Adventista Puno – 2013”, preciso como **objetivo**: Determinar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. **Material y método**: La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con diseño simple; la población estuvo conformada por 64 estudiantes adolescentes de 14 a 16 años, de sexo femenino de tercero, cuarto y quinto año de educación secundaria. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta, aplicando como instrumento la escala EAT – 26 de Garner y Garfinkel, constituida por 26 ítems con afirmaciones divididas en 3 partes. Los **resultados** muestran que los comportamientos riesgosos respecto a la dimensión de conductas de evitación de alimentos los más riesgosos son: “Miedo a la idea de estar con sobrepeso” con un 21.9 %, “Tener en cuenta el contenido calórico de los alimentos” con 20.3%, “Preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo” con 17.2 % y “Pensamiento en quemar calorías mediante el ejercicio físico” con 14.1 %. Respecto a las conductas bulímicas y preocupación por los alimentos los comportamientos más riesgosos son: “Preocupación por los alimentos” con 12.5 %, “pensamiento excesivo y ocupación en la comida” con 7.8 %, “Impulso de vomitar después de comer” con 7.8 %, “Sentimiento de que la comida controla su vida” con 7.8 %. En la dimensión de control oral y presión percibida las conductas más riesgosas son: “Come más lento que los demás” con 21.9 %, “Mantienen un control de la ingesta” con 18.8%, “Sienten presión de los demás para comer” con 14.1 %. **Conclusión**: Que el 48.4 % de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y 51.6 % no presentan riesgo; cabe resaltar que la

diferencia porcentual entre estas dos categorías es mínima, pudiéndose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas

2.1.3. A nivel local

1. Lima y Rojas(12) en la tesis “Bullying y funcionalidad familiar en estudiantes de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado, Huancavelica-2014” considero como **objetivo** determinar la relación que existe entre bullying y funcionalidad familiar. El nivel de investigación fue correlacional, con diseño no experimental transversal correlacional. Los **resultados** indican que el 6% de estudiantes son víctimas de bullying muy alto con una buena funcionalidad familiar, el 7% son víctimas de bullying muy alto con una disfunción familiar leve, el 2% son víctimas de bullying muy alto con una disfunción familiar moderada. En **conclusión**, las variables están relacionadas.
2. Meza y Zúñiga (13) en la investigación “Nivel de autoestima en los trastornos alimenticios de las adolescentes del 4to y 5to año del Colegio No Estatal Mixto Cooperativo – Huancavelica” el **objetivo** fue determinar la influencia del nivel de autoestima en los trastornos alimenticios de las adolescentes. El nivel de investigación fue descriptivo con diseño no experimental transversal descriptivo. Como método científico prioritariamente el método inductivo y deductivo. La **muestra** fue 58 adolescentes. Los **resultados** indican que el 68.97%(40) adolescentes presentaron autoestima de nivel bajo y el 31.03%(18) presentaron autoestima alta. El 36.21% (21) presentaron trastorno alimentario de bulimia, el 32.76%(19) anorexia y el 31.03%(18) ningún tipo de trastorno. **Conclusión:** el nivel de autoestima baja contribuyo a presentar trastornos alimentarios como bulimia y anorexia y el nivel de autoestima alta contribuyo a no tener trastorno alimentario. Lo

que implico que el nivel de autoestima influyo significativamente en los trastornos alimentarios en las adolescentes

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teoría General de Sistemas

El concepto de funcionalidad, tiene sus bases teóricas en la propuesta de la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1968). La Teoría General de Sistemas, entiende por “sistema funcional”, a aquel sistema en donde se logran y se concretan los objetivos familiares de cada uno de los miembros y las funciones familiares se cumplen satisfactoriamente. Existe una comunicación adecuada y fluida, produciéndose una homeostasis sin tensión. Por “sistema disfuncional”, se entiende a aquel sistema en donde por una parte, puede no existir un constante intercambio de información o la comunicación puede estar alterada, con presencia de mensajes dobles o de desplazamiento. Las funciones de los miembros no se cumplen a cabalidad y se pueden evidenciar diversos factores de riesgo como; padres autoritarios, violencia intrafamiliar, conflictos familiares, dificultad para marcar límites, confusión de roles, depresión, alcoholismo, drogadicción, entre otros(14).

2.2.2. Teoría del desarrollo

La teoría del desarrollo hace hincapié en la importancia del papel que desempeña el desarrollo de la infancia y la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. Trata de explicar dos fenómenos característicos de la misma: la prevalencia mayoritaria de mujeres y la edad de aparición. Según este punto de vista, la presencia mayoritaria en mujeres se encuentra relacionada con la socialización del rol sexual, el cual vuelve vulnerables a las niñas y mujeres a la búsqueda extrema de delgadez y a la experiencia de una auto-conciencia aversiva. Parte fundamental del estereotipo

del rol sexual femenino es estar preocupada por la propia apariencia y hacer esfuerzos para alcanzar y preservar la propia belleza. En relación con la edad, hace referencia a los retos del desarrollo y a las tareas psicosociales de la adolescencia implicadas en el desarrollo de los trastornos alimentarios. En la medida en que una mujer más se defina a sí misma en función de su apariencia física y en sus relaciones con otros, más vulnerable se encontrará de desarrollar un trastorno alimentario. Es decir Striegel-Moore (1993) en su teoría considera que los rasgos de feminidad más característicos son la orientación interpersonal y la belleza, igualmente afirma que uno de los momentos más estresantes es la adolescencia, ya que el cuerpo está cambiando rápidamente y además comienzan las primeras salidas y flirteos con personas del sexo opuesto, por tanto aparece la necesidad de agradar (orientación interpersonal) y además pretenden seguir los cánones de la moda que impera en el momento (patrón de belleza), por tanto estas tendencias, en principio juveniles, pueden explicar la aparición más frecuente de trastornos alimentarios en las jóvenes(15).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Familia

Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en el mismo hogar. Sin embargo, la concepción de la familia debe ir más allá de esta definición tradicional y fenomenológica y entenderlo como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, lo cual significa que la participación de sus

miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social(16).

Definimos familia como un grupo de personas con un grado de vinculación emocional muy fuerte, con una historia en común y un futuro como grupo. Las relaciones entre los componentes de la familia se caracterizan por persistir en el tiempo, compartir un alto grado de intimidad en lo cotidiano y ser emocionalmente intensas(17).

La familia es la única institución que se encuentra presente en todas las sociedades conocidas, desde la más desarrollada hasta la más primitiva. En la familia, existe un sistema de obligaciones y derechos que no está controlado externamente, sino que se rige por los miembros que la constituyen. Además, la familia cumple con numerosas funciones sociales simultáneamente, algunas tan importantes como la económica y la educativa, un aspecto que no se encuentra en ninguna otra institución social. Finalmente, tenemos que destacar la capacidad de la familia para ofrecer a sus miembros toda una serie de recursos relacionados con el bienestar de la persona, como apoyo, afecto, cariño y comprensión(18).

2.3.2. Tipo de familia

Según el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, los tipos de familia es de la siguiente manera(19):

- **Nuclear:** Está constituida por ambos padres y los hijos.
- **Extendida:** Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación.
- **Ampliada:** Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como, sobrinos, cuñados, primos, etc.
- **Monoparental:** Formada por el padre o la madre y los hijos
- **Reconstituida:** Constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos

2.3.3. Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante(20).

El funcionamiento familiar es el resultado de los esfuerzos de los integrantes para afrontar los diferentes cambios generados, ya sea por la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión y conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante esos eventos(21).

Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros(22).

La Funcionalidad como una dinámica interactiva racional y sistémica dada en los miembros que la conforman y se evalúa por categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad; siendo valorada por el desempeño de roles comunicación, respuesta efectiva, y control en la conducta y flexibilidad, al igual que se puede ver de acuerdo con la participación de la pareja en la vida social, la estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional(22).

2.3.3.1. Criterios para funcionabilidad familiar(22)

- Comunicación: Clara, directa, específica y congruente

- Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas
- Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema
- Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes.

2.3.3.2. Principios fundamentales de la funcionabilidad familiar(22)

- Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hallan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
- Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
- Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
- Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
- Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
- Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
- Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.

- Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
- Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

2.3.3.3. Características de la funcionalidad familiar

La principal característica que debe tener una familia funcional es promover un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros y tener la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, en sus distintos momentos, bien por la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o bien derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión, para lo cual es imprescindible que tenga(21):

- Jerarquías claras.
- Límites claros.
- Papeles claros y definidos.
- Comunicación abierta y explícita.
- Capacidad de adaptación al cambio.
- Interacciones entre los miembros de la familia, regulares y diversas.
- Potenciación de contactos activos con otros grupos y organizaciones sociales.
- Toma de decisiones democráticas.
- Soluciones creativas de problemas.
- Funciones flexibles.
- Relaciones de soporte amplias.
- Espacio para la autonomía de los hijos.
- Especificidad y fortaleza del vínculo conyugal
- **Satisfacción familiar**

La satisfacción familiar es una respuesta subjetiva, es un proceso fenomenológico que los miembros de una familia la perciben y valoran en función de los niveles comunicacionales entre padres e hijos; el grado de cohesión que existen entre los miembros de la familia y el nivel de adaptabilidad familiar de los miembros entre sí y con su entorno. Desde el punto de vista humanístico, aquel que está satisfecho es aquel que satisface mayores necesidades psicológicas y sociales en su ambiente familiar y/o laboral. Por lo tanto, suele poner mayor dedicación a las actividades que realiza. En tal sentido, resulta evidente que una elevada satisfacción personal y familiar generará dentro del contexto familiar una dinámica positiva que permite consolidar y fortalecer la estructura de dicha familia. Esto garantiza a sus miembros un ambiente estable, positivo y se convierte en un óptimo soporte familiar que motiva y refuerza las acciones asumidas por éstos, en situaciones difíciles. Es sabido que la familia en cuanto a su diversidad de medidas propias de las características personales de cada uno de sus miembros integrantes (unas más y otras menos) son facilitadoras de elementos que inician el camino para llenarse de valores y hacerse valiosos; a los que se suma su desarrollo propio, autorrealización, así como un conjunto de elementos gratificantes sin que necesariamente tengan que lograr la misma meta todos sus miembros; y en todo caso sí, les es posible su satisfacción por su dedicación a conciencia(22).

Satisfacción familiar es la calidad de vida de un sujeto, considerándose los componentes más importantes el trabajo y la familia. El grado de satisfacción de un sujeto

predice el funcionamiento familiar. La satisfacción familiar se define como el resultado del juego de interacciones que se dan en el plano familiar. Si este último factor mencionado presenta buenos niveles, se hallará por ende una mayor satisfacción global, y se esperaría una ausencia del conflicto en la familia, en el trabajo y entre ambos. En síntesis, se podría decir que es un proceso cíclico en el que, si los niveles de satisfacción son altos, variables como comunicación, locus de control y tipo de relación entre los integrantes de la familia serán positivos, logrando una percepción del funcionamiento familiar favorable, que comprende también el apoyo familiar(22).

- **Cohesión entre los miembros**

La cohesión es una de las dimensiones centrales en los procesos de interacción familiar. Para Olson, el hecho de que por lo menos 40 conceptos del campo de familia se relacionan con esta dimensión, indica su importancia como dimensión unificadora. Una revisión de la literatura proveniente de los campos de la perspectiva sistémica de familia, la sociología, la psicología social y la antropología apoya la importancia de la dimensión Cohesión como clave en el estudio de las familias. Es vital para la evaluación de las disfuncionalidades de los sistemas y subsistemas familiares y para la intervención que busca mejoras en ellos. La cohesión familiar se define como vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, la cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circunflejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son:

vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y recreaciones(22).

- **Comunicación familiar**

La comunicación familiar no sólo constituye un vehículo de transmisión de la información entre los miembros de la familia, sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. Por ello, la comunicación familiar puede entenderse como un índice del clima y la calidad del sistema familiar. En tanto que soporte de la vida familiar, es previsible una sólida relación entre los distintos tipos de comunicación familiar (diálogo y conflictos en la comunicación). La comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar. En este sentido, la comunicación familiar es más que un vehículo de transmisión de mensajes que presumiblemente están impregnados de un clima familiar determinado. En muchas ocasiones la comunicación familiar es tanto el origen como la consecuencia de la incapacidad del sistema familiar para evolucionar de una forma armoniosa. De este modo, la presencia de problemas en la comunicación familiar se constituye en un indicador muy fiable de que el funcionamiento familiar dista de ser el adecuado para el bienestar de sus miembros(22).

La comunicación familiar son las interacciones que establecen los miembros de una familia y que, gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de reinserción en la sociedad a la cual pertenece. Esta comunicación va a depender de su

contexto familiar, de su estructura y dinámica interna. El nivel de comunicación familiar va a depender del tipo de apertura y flexibilidad que tengan los adultos en su relación con sus hijos. Uno de los roles de los padres está referido a la comunicación que establecen entre ellos y sus hijos. Los estudios indican que el 60% de nuestras horas de vigilia, estamos hablando, leyendo, escribiendo o realizando actividades donde la comunicación juega un papel importante. La comunicación es el proceso que facilita el desplazamiento a lo largo de las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. El nivel de la comunicación familiar tiene una importancia fundamental para sus miembros ya que permite mantener las condiciones del sistema familiar. Se entiende que la satisfacción familiar es una respuesta subjetiva y única que percibe el sujeto y que se expresa a través de la comunicación, cohesión y adaptabilidad(22).

Flexibilidad familiar

Se refiere a rigidez-flexibilidad, frente a los cambios. Para Stierlin “una familia opera más efectivamente si las fuerzas oponentes centrípetas y centrífugas funcionan en forma balanceada”. Tiene que ver con la capacidad en que el sistema familiar es flexible o capaz de recambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder en la familia (asertividad, control, disciplina), estilo de negociación, relaciones de roles y reglas de las relaciones. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la

familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital(20).

2.3.3.4. Tipos de funcionabilidad familiar

- **Familia funcional.**

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos 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(20).

- **Familia disfuncional.**

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes.

Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía(20).

2.3.4. Adolescencia

La adolescencia se define como la etapa del desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones

biológicas, psicológicas y sociales del ser humano. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano: una persona atraviesa por varias etapas de desarrollo en su vida, y la adolescencia es considerada una etapa más, ya que diversos aspectos de ésta se desarrollarán, es decir, se incrementarán en complejidad funcional, aumentando su calidad en correlación con el aumento de la edad (23).

Según el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS - BFC) la etapa adolescente transcurre entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días de edad (19).

2.3.5. Trastornos alimentarios

Se denomina trastornos alimenticios o alimentarios a aquellos trastornos psicológicos que derivan en anomalías graves en el comportamiento de la ingesta de alimento, es decir que la explicación de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etc. Quienes presentan anorexia o bulimia piensan casi exclusivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, y están pendientes de su imagen de manera obsesiva, piensan mucho en cómo y en cómo son vistos por los otros. Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor. La imagen corporal de sí mismo está distorsionada y no corresponde a la realidad. Una misma persona

puede presentar diversos comportamientos y en muchos casos es frecuente encontrar las conductas alternadamente por periodos de tiempo específicos; la mayor incorporación de comportamientos patógenos puede indicar el avance del padecimiento(24).

Es un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce, de forma compulsiva, un ciclo de atracón-purgación. Empieza generalmente en mujeres adolescentes, cuando intentan dietas restrictivas fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos los pacientes se purgan vomitando, tomando laxantes o diuréticos (forma purgativa). En otros casos, realizan dietas severas o ejercicio físico intenso para compensar el atracón (forma restrictiva). La bulimia nerviosa es más común que la anorexia, y aunque los pacientes con bulimia nerviosa pura también están muy preocupados por su imagen corporal y tienen miedo a engordar, a diferencia de la anorexia nerviosa, suelen presentar normopeso o sobrepeso (especialmente los que llevan más tiempo de evolución). No llegan nunca a un cuadro de malnutrición severa, aunque debido al ciclo atracón purgación el peso puede fluctuar mucho. La falta de un estado de inanición, unido a la frecuente ocultación de los síntomas, hace que el diagnóstico sea mucho más difícil y por tanto, más tardío(25).

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a mujeres, 9 de cada 10 durante la pubertad. La prevalencia se sitúa en el 0,5 a 1% de mujeres entre 14 y 25 años. Debido a la pérdida voluntaria de peso por la restricción y/o hábitos purgativos, las pacientes llegan a un estado de desnutrición calórica severa, en la que hay manifestaciones y signos de desnutrición a nivel de todos los sistemas biológicos: endocrino, gastrointestinal, cardiovascular, renal, óseo y hematológico(25).

2.3.5.1. Tipos de trastornos alimentarios

- **Anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa es una enfermedad determinada por un conjunto de factores psicológicos individuales, psicológicos (ya sea autoestima, depresión entre otras) y familiares y/o por una combinación de los mismos.

La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo(26).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento, establece la siguiente definición para la anorexia nerviosa: “Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo”.

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica compleja, con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas que afecta principalmente a mujeres adolescentes, se trata de un trastorno de la alimentación que lleva al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas o purgaciones cuando ha perdido la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar(26).

Síntomas

Los comienzos de la anorexia nerviosa presentan situaciones donde la persona afectada se niega firmemente a mantener

su peso corporal y demuestra además un pánico a ganar peso aun estando por debajo del peso normal. Esto va a acompañado de la descripción distorsionada de su propia figura corporal y, en el caso de las mujeres, comienzas a ausentarse de tres a cinco ciclos de menstruación. La anorexia nerviosa se caracteriza por(26):

- Adelgazamiento extremo (emaciación)
- Incesante búsqueda de delgadez y negación a mantener un peso normal o saludable
- Miedo intenso a subir de peso
- Imagen corporal distorsionada, autoestima significativamente influenciada por las percepciones de la forma y el peso del cuerpo o negación de la gravedad del bajo peso corporal
- Falta de menstruación en niñas y mujeres
- Alimentación extremadamente restringida.

El diagnóstico diferencial en la anorexia nerviosa debe plantearse con otras enfermedades que causan pérdida de peso importante, como procesos malignos, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones crónicas u otros trastornos psiquiátricos: depresiones severas, etc.

- **Bulimia nerviosa**

Se caracterizan por episodios frecuentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias dañinas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos o cualquier medicamento con efectos similares, el ayuno o el ejercicio, como en la anorexia nerviosa también en la bulimia existe una alteración de la percepción. Por lo general, el comportamiento bulímico es secreto, dado que va acompañado de un sentimiento de indignación o vergüenza.

Los comienzos de la bulimia muestran alta frecuencia de grandes ingestas (o atracones) de comida por periodos prolongados (mayores a los 90 minutos) falta de control sobre la decisión de detener la ingesta(26).

La bulimia es un trastorno el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control con episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones alimentarios (ingesta de gran cantidad de alimento en corto tiempo con sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos) y conductas compensatorias inapropiadas, por lo menos 1 vez por semana, para evitar el aumento de peso(26).

Síntomas(26)

- Garganta inflamada e irritada en forma crónica
- Glándulas salivales inflamadas en el área del cuello y la mandíbula
- Esmalte de los dientes gastados, dientes cada vez más sensibles y cariados como resultado de la alta exposición al jugo gástrico
- Trastorno de reflujo gastroesofágico (ácido) y otros problemas gastrointestinales
- Dolor e irritación intestinal a causa del abuso de laxantes
- Gran deshidratación a causa de la pérdida de líquidos al vomitar o defecar por la acción de laxantes

- Desequilibrio electrolítico que puede conducir a un ataque cardíaco (niveles muy bajos o muy altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Adolescencia:** La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.
- **Adolescente:** Persona de sexo femenino que está en la etapa de la adolescencia.
- **Familia funcional:** Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos 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.
- **Función familiar buena:** estas familias tienen un funcionamiento y una comunicación familiar altamente satisfactorios.
- **Disfunción familiar leve:** Estas familias se caracterizan por una escasa flexibilidad y vinculación familiar, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin graves problemas.
- **Disfunción familiar moderada:** Se caracteriza por una adecuada flexibilidad y vinculación emocional, pero con una comunicación familiar problemática.
- **Familia disfuncional:** La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes.
- **Trastornos alimentarios:** Son alteraciones o anomalías en

la conducta de ingesta que tiene su fundamento en el entorno social en que cada individuo se desenvuelve.

- **Riesgo a trastornos alimentarios:** Posibilidad de que se produzca en adolescentes los trastornos alimentarios, con la categorización de Riesgo alto y Riesgo bajo.
- **Riesgo bajo:** Se define como alteración de la conducta alimentaria y en su estado de nutrición con un puntaje mínimo entre 30 a 60.
- **Riesgo alto:** Se define como alteración de la conducta alimentaria y en su estado de nutrición con un puntaje máximo entre 61 a 90.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis general

La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

2.5.2. Hipótesis específicas

- La funcionalidad familiar es mala en Adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua
- El riesgo a sufrir trastornos alimentarios es alto en Adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.

2.6. VARIABLE

Variable 1:

Funcionalidad familiar.

Variable 2:

Riesgo de trastornos alimentarios.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM	CATEGORIZACIÓN
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es un conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que conforma la atmosfera del hogar, le imprime al mismo un clima agradable, de satisfacción y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.	Esta variable busca medir las relaciones familiares entre sus miembros, para realizar la medición en el presente estudio, se aplicará el test APGAR FAMILIAR.	Satisfacción familiar	Satisfacción con la ayuda que recibe de su familia	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	- Función familiar buena - Disfunción familiar leve - Disfunción familiar moderado
			Cohesión entre los miembros	Lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí.	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	
			Comunicación	Debe ser Clara, directa, específica y congruente entre sus miembros	¿Las decisiones importantes las toman en conjunto en la casa?	
			Flexibilidad	Calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia.	¿Está satisfecho(a) con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? ¿Siente que su familia lo quiere?	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
RIESGO A TRASTORNOS ALIMENTARIOS	Son alteraciones o anormalidades en la conducta de ingesta de alimentos, el cual tiene su fundamento en el entorno social en que cada individuo se desenvuelve, además puede incluir otros factores como trastornos emocionales, de personalidad e incluso una posible sensibilidad biológica o genética.	Se identificará a través del cuestionario de trastornos alimentarios, identificando el riesgo de trastornos de alimentación de anorexia y bulimia. Será medido con el Cuestionario de Trastornos de Alimentación.	Anorexia Nerviosa	Percepción de la imagen corporal	• Riesgo alto • Riesgo bajo
				Rechazo a ingerir alimentos	
				Miedo intenso a ganar peso	
				Control de peso excesivo	
				Alimentación restringida	
				Exceso de ejercicios	
			Bulimia	Vomito provocado o forzado	
				Recurrentes ingesta de grandes cantidades de comida	
				Falta de control sobre la ingesta de alimentos	
				Miedo a engordar	

				Preocupación por su imagen corporal	
				Insatisfechas con la forma y tamaño de su cuerpo	
				Sentimiento de vergüenza	

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua de nivel secundario de la localidad de Huancavelica. Está ubicado en el Jr. Castrovirreyna S/N de la Urbanización de Sordopampa del Barrio de Yananaco, Distrito, Provincia y Departamento de Huancavelica, fue creada el 13 de mayo del año 1987 como colegio de mujeres, brinda servicios en turno mañana y tarde a la población estudiantil Huancavelicana y cuenta en la actualidad con una población estudiantil con aproximadamente 442 estudiantes de 1er año a 5to año. Limita por el Norte con el río Ichu, por el Sur con el “Colegio de Mujeres Francisca Diez Canseco de Castilla”, por el Oeste con el “Instituto Superior Pedagógico Público Huancavelica” y por el Este con la Institución Educativa 36009 “Aplicación”.

Está constituida actualmente con 3 pabellones construidos de material noble, con un total de 13 aulas en funcionamiento por los estudiantes en sus dos turnos. (Mañanas y tarde).

Cuenta con talleres (danza y centro de cómputo), un campo deportivo, una biblioteca, servicios higiénicos.



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación básica. La investigación básica (también denominada investigación “pura”) implica el desarrollo y puesta a prueba de teorías e hipótesis que son interesantes desde un punto de vista intelectual para el investigador y que podrían derivar en una aplicación productiva posterior, pero que carecen de valor resolutivo inmediato de los problemas que presenta cualquier fenómeno comunicativo (interpersonal, grupal o de masas) actual (27).

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional: La investigación correlacional se utilizó para investigar la relación, o correlación, entre dos o más variables, es decir las variables que se consideró en el estudio son: Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios. La investigación correlacional es útil para aclarar las relaciones entre variables preexistentes que no pueden examinarse por otros medios (28).

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método inductivo-deductivo

El estudio que se abordó utilizó el método inductivo, deductivo. Inductivo; porque parte de lo específico a lo general; vale decir, que primero sea descrito las particularidades de las variables de estudio: Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios, para luego arribar a una conclusión. Y deductivo; parte de lo general a lo específico, es decir que en algunos aspectos del estudio se tomó en consideración: Marco conceptual, operacionalización de las variables involucradas en el estudio (29).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

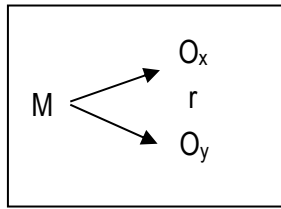
Variables	Técnica	Instrumento
Funcionalidad familiar	Psicométrica	Escala APGAR familiar
Riesgo de trastornos alimentarios	Psicométrica	Escala sobre riesgo de trastornos alimentarios

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado es el **no experimental, transversal, correlacional** (30).

- No experimental, porque no se manipuló la variable.
- Transversal, porque se realizó en un momento determinado.
- Correccional, Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

Esquema:



Leyenda:

M = muestra de estudiantes del 5to Grado de Educación Secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua

O = observación de las variables.

X = Funcionalidad familiar

Y = Riesgo de trastornos alimentarios

r = relación

3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

3.6.1. Población

La población para el estudio estuvo constituida por 73 adolescentes del sexo femenino del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua – Huancavelica. El cual consta de 04 secciones:

5to Grado	Sección
	A = 21
	B = 24
	C = 18
	D = 10
	73 estudiantes

3.6.2. CRITERIOS:

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes del sexo femenino
- De la etapa adolescente
- Nivel de 5to año de Educación Secundaria

- Según con su consentimiento informado acepta en la investigación de tesis

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Estudiantes del 1ro al 4to año de Educación secundaria del sexo femenino

3.6.3. Muestra:

Censal, es decir el 100% de la población.

3.6.4. Muestreo

No es necesario, por haberse trabajado con toda la población.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió del modo siguiente:

- a) Se solicitó autorización para el proceso de recolección de datos ante el Director de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua.
- b) Se aplicó los instrumentos de recolección de datos a los estudiantes de la Institución Micaela Bastidas Puyucahua.
- c) Se realizó la codificación de instrumentos de recolección de datos resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
- d) Se procederá con el análisis estadístico haciendo uso del software estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0 y Microsoft Office Excel 2013 simultáneamente estos resultados se transferirá a Microsoft Word 2010 para la presentación final de los resultados.
- e) Una vez obtenidos las tablas y gráficos estadísticos se procedieron al análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

- **Técnicas estadísticas:**

Estadística descriptiva. A través de tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos.

Estadística inferencial. Para la contrastación de hipótesis se hizo uso del Coeficiente de correlación de Spearman.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan fueron estructurados de acuerdo a la división de la estadística. En primer lugar se tiene a la estadística descriptiva conformado por las tablas y figuras estadísticas. En segundo lugar, se encuentra la estadística inferencial formado por la prueba de hipótesis. El orden en que se presentan los resultados es de forma deductiva, es decir se presenta inicialmente el objetivo general y luego los objetivos específicos, de igual forma para la presentación de las hipótesis. Las categorías de la variable funcionalidad familiar son 03:

- Función familiar buena.
- Disfunción familiar leve.
- Disfunción familiar moderada.

Las categorías de la variable riesgo de trastornos alimentarios son 02:

- Riesgo alto.
- Riesgo bajo.

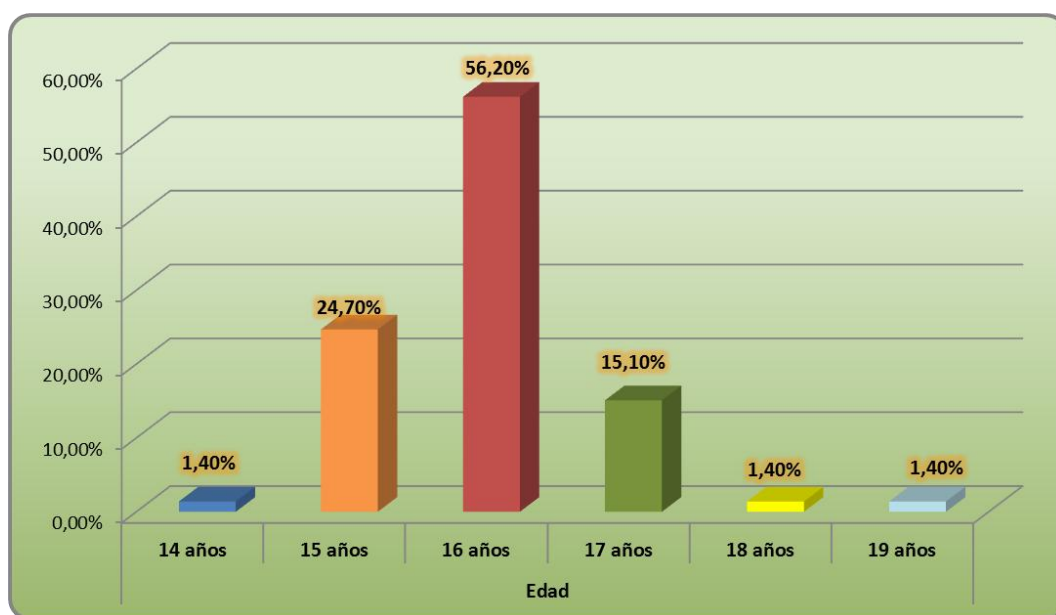
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Tabla N° 1. Edad de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Edad	f	%
14 años	1	1,4
15 años	18	24,7
16 años	41	56,2
17 años	11	15,1
18 años	1	1,4
19 años	1	1,4
Total	73	100,0

Fuente: cuestionario sobre funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios aplicado, 2017.

Figura N° 1. Edad de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.



Fuente: Tabla N° 1

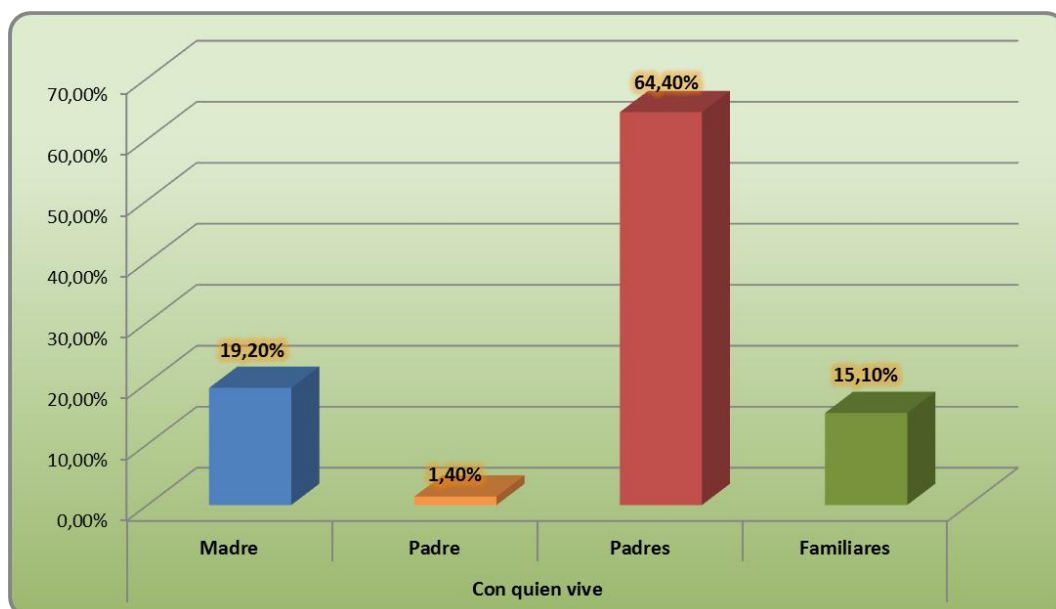
Del 100%(73) de adolescentes inmersas en el estudio, el 56,2% (41) tuvieron la edad de 16 años, seguido del 24,7% (18) con 15 años. El 15,1% (11) con 17 años y tan solo el 1,4% (1) con edades de 14,18 y 19 años de edad.

Tabla N° 2. Convivencia familiar de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Con quien vive	F	%
Madre	14	19,2
Padre	1	1,4
Padres	47	64,4
Familiares	11	15,1
Total	73	100,0

Fuente: cuestionario sobre funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios aplicado, 2017.

Figura N° 2. Convivencia familiar de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.



Fuente: Tabla N° 2

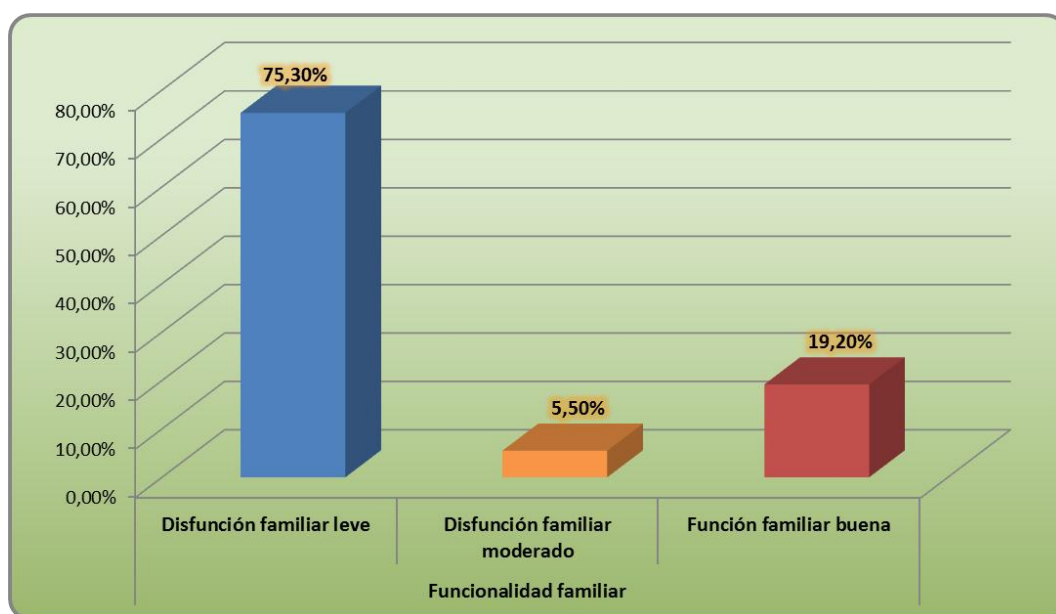
Las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, viven con sus padres en un 64,4% (47), seguido del 19,2% (14) que viven en compañía de la madre. El 15,1% (11) viven con familiares. Finalmente el 1,4%(01) viven con el padre.

Tabla N° 3. Funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua, 2017.

Funcionalidad familiar	f	%
Disfunción familiar leve	55	75,3
Disfunción familiar moderado	4	5,5
Función familiar buena	14	19,2
Total	73	100,0

Fuente: cuestionario sobre funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios aplicado, 2017.

Figura N° 3. Funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua, 2017.



Fuente: Tabla N° 3

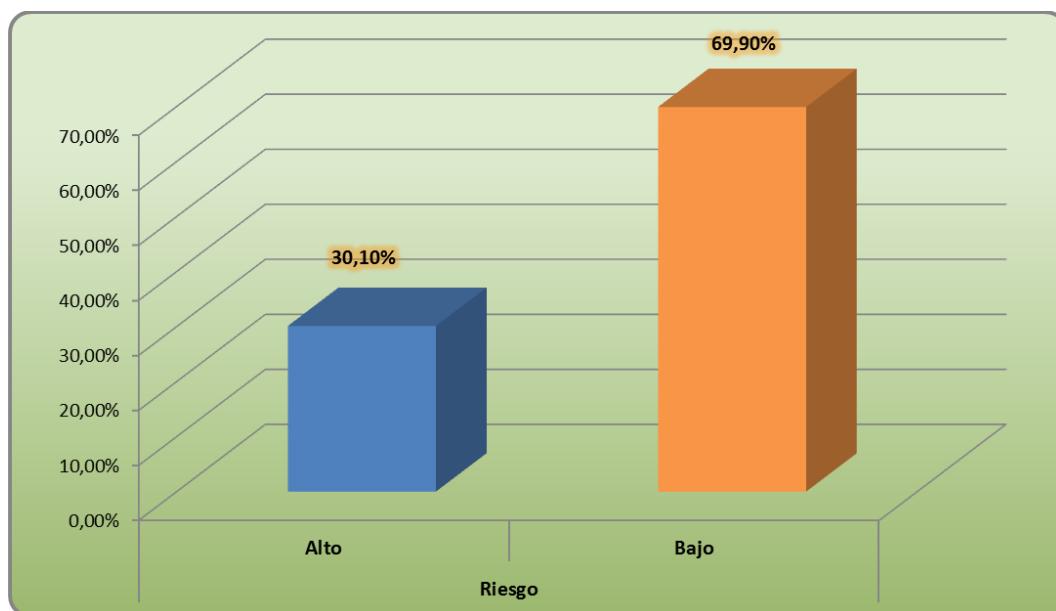
Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena.

Tabla N° 4. Riesgo a trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Riesgo	F	%
Alto	22	30,1
Bajo	51	69,9
Total	73	100,0

Fuente: cuestionario sobre riesgo de trastornos alimentarios aplicado, 2017.

Figura N° 4. Riesgo a trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.



Fuente: Tabla N° 4

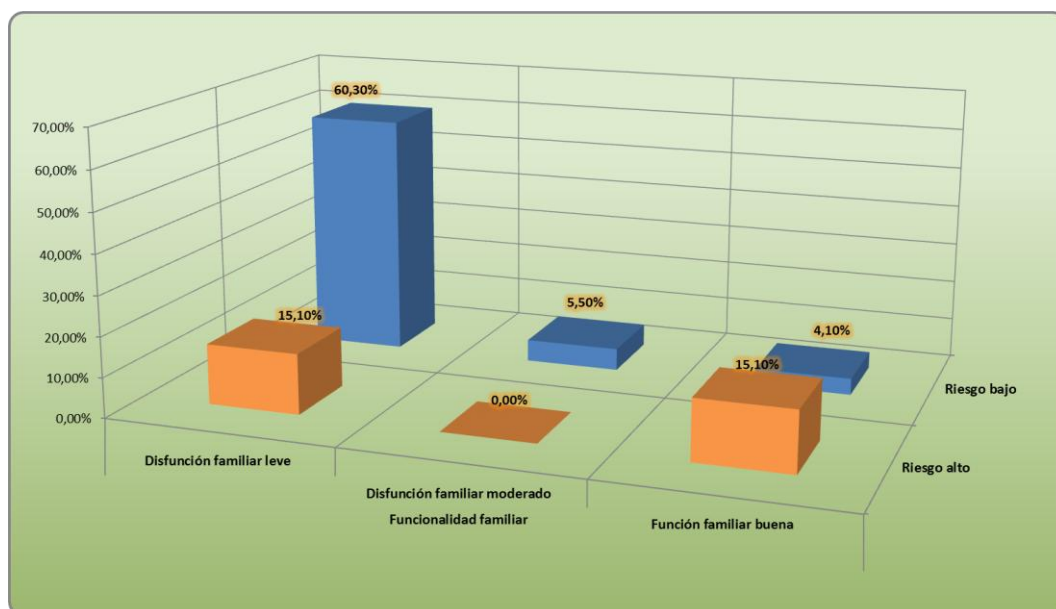
Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 69,9% (51) presentan riesgo bajo a trastornos alimentarios, sin embargo el 30,1% (22) con riesgo alto a trastornos alimentarios.

Tabla N° 5. Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

		Riesgo de trastornos alimentarios				Total	
		Alto		Bajo			
		f	%	f	%	f	%
Funcionalidad familiar	Disfunción familiar leve	11	15,1	44	60,3	55	75,3
	Disfunción familiar moderada	0	0,0	4	5,5	4	5,5
	Función familiar buena	11	15,1	3	4,1	14	19,2
Total		22	30,1	51	69,9	73	100,0

Fuente: cuestionario sobre funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios aplicado, 2017.

Figura N° 5. La funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.



Fuente: Tabla N° 5

El 60,3% (44) adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua presentan disfunción familiar leve y bajo riesgo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y bajo riesgo a trastornos alimentarios.

4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

1. Planteamiento de hipótesis

- Hipótesis nula

La relación no es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

$H_0: R_{xy} \leq 0$ (No existe relación significativa entre funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios)

- Hipótesis alterna

La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

$H_a: R_{xy} > 0$ (Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios)

2. Nivel de significancia

5% = 0,05

3. Nivel de confianza

95%

4. Estadístico de prueba

Coeficiente de correlación de Spearman.

Viene dado por la expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d : Es la diferencia entre los rangos correspondientes funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios.

n : Es el número de parejas de datos.

5. Regla de decisión

Si: p valor $> 0,05$ se **ACEPTA** la hipótesis nula.

Si: $p \text{ valor} \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

6. Cálculo del estadístico de prueba

Correlaciones			
		Funcionalidad Familiar	Riesgo de trastornos alimentarios
Funcionalidad_Familiar	Correlación de Spearman	1	,440**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	73	73
Riesgo_de_trastornos_alimentarios	Correlación de Spearman	,440**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	73	73
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

ESCALA DE GRADO Y DIRECCIÓN DE LA RELACIÓN

r_s	Estándar
$\pm 0,80$ a $\pm 1,00$	Alto ($\pm 1,0$, perfecto)
$\pm 0,60$ a $\pm 0,79$	Moderadamente alto
$\pm 0,40$ a $\pm 0,59$	Moderado
$\pm 0,20$ a $\pm 0,39$	Bajo
$\pm 0,00$ a $\pm 0,19$	No existe relación

7. Conclusión

Como el p valor (0,000) es menor que 0,05 entonces se acepta la hipótesis alterna: **“La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017”.**

4.3. DISCUSIÓN

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante(20). Por lo tanto la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1968) considera que sistema se puede definir como un conjunto de elementos que interactúan entre ellos. Estos no necesariamente son humanos, ni siquiera animales, sino que también pueden ser ordenadores, neuronas o células, entre muchas otras posibilidades. Los sistemas se definen por sus características estructurales, como la relación entre los componentes, y funcionales; por ejemplo, en los sistemas humanos los elementos del sistema persiguen un fin común que es la familia. El aspecto clave de diferenciación entre los sistemas es si estos están abiertos o cerrados a la influencia del entorno en que se sitúan. Si entendemos por sistema un conjunto de elementos, hablamos de “subsistemas” para referirnos a tales componentes; por ejemplo, una familia es un sistema y cada individuo en ella es un subsistema diferenciado. El suprasistema es el medio externo al sistema, en el que éste se encuentra inmerso; en los sistemas humanos es identificable con la sociedad(14).

Las características demográficas indicaron que del 100%(73) de adolescentes inmersas en el estudio, más de la mitad de las adolescentes 16 años. Asimismo las adolescentes conviven con sus padres en más del 60% (47). La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud, es una etapa en los seres humanos comprendida entre los 10 a los 19 años de edad, momento en el cual se encuentran influenciados por múltiples factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que los hacen vulnerables a

muchas circunstancias que pueden alterar su adecuado desarrollo hacia la edad adulta. Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. Además la OMS refiere que al menos el 20% de los adolescentes presentara alguna forma de enfermedad mental como trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta alimentarias, abuso de sustancias, trastorno de depresión o actitudes suicidas; de los cuales los trastornos de conducta alimentarias son la tercera causa de muerte en adolescentes asociados al suicidio, únicamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas en el año 2014.

La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017” por presentar un p valor de 0,000 es decir: el 60,3% (44) adolescentes presentan disfunción familiar leve y riesgo bajo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y riesgo bajo a trastornos alimentarios. La composición y funcionalidad de la familia son la base estructural para la construcción de los comportamientos en los adolescentes; en esta medida se aboga por mantener una buena funcionalidad familiar. El estudio de Higuita y Cardona sobre la percepción de la funcionalidad familiar, encontró que el 69,4% (n=2405) de los adolescentes indicó formar parte de hogares funcionales mientras que 30,6% (n=1055) de integrar familias disfuncionales. De éstas, el 75,5% (n=797) presentan disfuncionalidad moderada y el 24,5% (n=258) disfuncionalidad grave.

Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena. Estos resultados coinciden parcialmente con

el estudio de Graza(10) quien precisa que del 100% (100) el 53% (53) provienen de una familia disfuncional y 47% (47) de una familia funcional en adolescentes del 4º y 5º año de secundaria de la I.E. Francisco Bolognesi Cervantes. Los adolescentes se encuentran en una etapa en que son vulnerables a factores psicológicos, sociales, biológicos y entre otros, que pueden modificar el desarrollo adecuado hacia la edad adulta; además que la dinámica familiar es en el adolescente, es un componente de interacción con su medio interno y externo en armonía, que por diferentes circunstancias puede modificar el equilibrio familiar, haciéndolo propenso a alteraciones en la salud física, psicosocial del adolescente.

Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 69,9% (51) presentan riesgo bajo a sufrir trastornos alimentarios, sin embargo el 30,1% (22) con riesgo alto a sufrir trastornos alimentarios, estos hallazgos difieren con los resultados del estudio de Ibañez (11) quien indica que el 48.4 % de adolescentes presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y 51.6 % no presentan riesgo; cabe resaltar que la diferencia porcentual entre estas dos categorías es mínima, pudiéndose afirmar que la mitad de adolescentes tienen conductas riesgosas. Asimismo Iñiguez (4) en su investigación donde obtuvo la prevalencia general para presentar conductas de riesgo para trastornos de alimentación de 25,3%, con una media de 17 años de edad. En las familias disfuncionales el riesgo para trastornos de alimentación fue del 27,2%, en relación a las familias funcionales de 34,2%; siendo mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja. La etapa de adolescencia es muy vulnerable desde el punto de vista psicológico, aumenta la consciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, se le da especial importancia al grupo de pares, los rasgos físicos, y la creciente tendencia con las normas de origen cultural. El conjunto de factores socio ambientales, la interiorización del rol sexual unido

a la presión estresante de la adolescencia, la creencia y adopción del mito de que la mujer delgada es una mujer exitosa, explican la aparición del trastorno alimentario. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente este el adolescente, menos tolerante será con su estado físico y por ende será más susceptible a presentar anorexia. Por consiguiente, los modelos sociales, el grupo de pares y familiares, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes las aprecian y en última instancia las cogniciones aprobatorias son un reforzador de prácticas mortificadoras. En el estudio de Iñiguez(4) indican que en las familias disfuncionales el riesgo para trastornos de alimentación fue del 27,2%, en relación a las familias funcionales de 34,2%; siendo mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja.

CONCLUSIONES

1. Más de la mitad de adolescentes inmersas en el estudio tienen 16 años de edad y más del 20% 15 años de edad.
2. Las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua viven con sus padres en más del 64 %.
3. Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena.
4. Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 69,9% (51) presentan bajo riesgo a sufrir trastornos alimentarios, sin embargo el 30,1% (22) con riesgo alto a sufrir trastornos alimentarios.
5. La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017” por presentar un p valor de 0,000 es decir: el 60,3% (44) adolescentes presentan disfunción familiar leve y bajo riesgo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y bajo riesgo a trastornos alimentarios.

RECOMENDACIONES

AL RESPONSABLE DE TUTORÍA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

- Realizar un diagnóstico de la funcionalidad familiar del adolescente en su hogar, para identificar alteraciones en las dimensiones del mismo y poner en marcha planes de intervención en la familia, que eviten en el adolescentes riesgo para presentar alteraciones sociales, psicológicas y físicas en su desarrollo hacia la etapa adulta.

A LOS PADRES DE FAMILIA

- Mejorar la comunicación familiar, facilitar el crecimiento físico y emocional de sus hijos, evitar el castigo, no caer en el chantaje afectivo y desarrollar un estilo educativo asertivo (actitud agradable pero definida y segura de sí misma), que favorezca el desarrollo y autonomía de cada miembro de la familia.

A LOS DOCENTES Y ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Continuar con la realización de otros estudios científicos que involucren la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria, para corroborar que la dinámica familiar es un factor importante en la génesis de esta patología.
- Identificar las condiciones sociodemográficas de riesgo en los adolescentes para presentar conductas de riesgo de trastornos de alimentación y realizar su oportuno seguimiento y diagnóstico.

A DIRESA HUANCVELICA Y/O HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

- Realizar sesiones educativas de promoción y prevención de la salud en relación sobre Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente 2017.
2. UNICEF. Situación del país. In: UNICEF, editor.
3. Paez A. Al año en México hay más de 20 mil casos de trastornos alimenticios; mujeres las más afectadas. México2016.
4. Iñiguez CE. "Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador, 2016" [Tesis de postgrado.]. Loja, Ecuador.: Universidad Nacional de Loja; 2016.
5. Pomalima R. Adolescentes: Más del 11 % sufren trastornos alimentarios en el país. In: Noguchi INdSMHD-H, editor. Lima, Perú2010.
6. Cutipé Y. Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú. Perú21. 2014.
7. Bulimia y anorexia perjudican a niñas de Huancavelica [Internet]. 2016 [cited 06 de septiembre del 2017]. Available from: <http://diariocorreo.pe/ciudad/bulimia-y-anorexia-perjudican-a-ninas-de-huancavelica-670509/>.
8. Gómez EM, Castillo I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev Colombia Psiquiat. 2011;vol. 42.
9. Guadarrama R, Mendoza SA. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo. Revista Enseñanza e investigación en psicología. 2011;VOL. 16, NUM. 1: 125-136.
10. Graza SY. Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes N° 2053 Independencia. 2012 [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

11. Ibañez FP. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la institución educativa secundaria adventista puno – 2013 [Tesis de pregrado]. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano. 2013.
12. Lima R, Rojas Y. Bullying y funcionalidad familiar en estudiantes de la Institución Educativa “Ramón Castilla Marquesado, Huancavelica-2014 [Tesis de pregrado]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014.
13. Meza C, Zuñiga R. Nivel de autoestima en los trastornos alimenticios de las adolescentes del 4to y 5to año del colegio No Estatal Mixto Cooperativo - Huancavelica. [Tesis de pregrado]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2012.
14. Ramirez S. Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. México1999 [cited 2017 31 de agosto]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=siofrhfXsOwC&printsec=frontcover&dq=teoria+general+de+sistemas&hl=es-419&sa=X&r>.
15. Acosta MV. Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: imagen corporal y conducta alimentaria [Tesis doctoral]. Almería, España: Universidad de Almería; 2000.
16. Martín A, Cano JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid , España2003 [cited 2017 07 de septiembre]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=yya5lzouA5EC&pg=PA132&dq=definici%C3%B3n+de+familia&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20familia&f=false.
17. López C, Forner M, Riu M. Cuidados enfermeros. Barcelona, España 2005 [cited 2017 07 de septiembre]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=pOvVj2yGD4gC&pg=PA28&dq=definici%C3%B3n+de+familia&hl=es->

- [419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20familia&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=T9XaFGC6VZ8C&pg=PA16&dq=tipos+de+familia&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20familia&f=false).
18. Estévez E, Jiménez T, Musitu G. Relaciones entre padres e hijos adolescentes. Valencia2007 [cited 2017 07 de septiembre]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=T9XaFGC6VZ8C&pg=PA16&dq=tipos+de+familia&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=tipos%20de%20familia&f=false.
 19. Perú MMND, Perú SSL. Modelo de Atención Integral de Salud en Familia y Ccomunidad en el primer nivel de atención. Lima, Perú2012.
 20. Saldivar C. Funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en familias con niños de 2 – 4 años que presentan obesidad, en la consulta externa de la umf 220 toluca mexico, 2013 [Tesis de postgrado]. México: Universidad Autónoma de México; 2013.
 21. Casasa P, Ramirez E, Guillen RdC, Sanchez A, Sanchez SdC. Salud familiar y enfermería. México: Editorial manual moderno; 2016 [cited 2017 09 de agosto]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=zPvDAAAQBAJ&pg=PT30&dq=IMPORTANCIA+DE+LA+Funcionalidad+familiar&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=IMPORTANCIA%20DE%20LA%20Funcionalidad%20familiar&f=false.
 22. Catalina OL. Familia España2013 [cited 2017 09 de agosto]. Available from: <http://www.laleo.com/familia-aspectos-claves-p-10643.html>.
 23. Monroy A. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores. México2002 [cited 2017 07 de septiembre]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=6PIELKj5Q4C&pg=PA11&d>

[q=definici%C3%B3n+de+Adolescencia&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20Adolescencia&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=gmqiYyYG5t4C&printsec=frontcover&dq=trastornos+alimenticios+en+adolescentes&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definici%C3%B3n+de+Adolescencia&f=false).

24. Silva C. Trastornos alimentarios. México: Primera edición; 2007 [cited 2017 09 de agosto]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=gmqiYyYG5t4C&printsec=frontcover&dq=trastornos+alimenticios+en+adolescentes&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=trastornos alimenticios en adoles.
25. Gerali S. Desórdenes alimenticios. Miami, Florida 2014 [cited 2017 09 de agosto]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=6UnRAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=trastornos+alimenticios+en+adolescentes&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=trastornos%20alimenticios%20en%20adolescentes&f=false.
26. Ayela RT. Adolescentes: trastornos de alimentación San Vicente, Alicante [cited 2017 09 de agosto del 2017]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=e_AtDwAAQBAJ&pg=PT75&dq=trastornos+alimenticios+en+adolescentes&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=trastornos alimenticios en adolescentes&.
27. De Miguel R. Fundamentos de la comunicación humana. España: Editorial Club Universitario; 2010. 134 p.
28. Morris C, Maisto A. Introducción a la psicología. España: Pearson Educación; 2005. 514 p.
29. Del Río Sadornil D. Diccionario-glosario de metodología de la investigación social. España: Editorial UNED; 2013. 391 p.
30. Pino R. Manual de la investigación científica: Guías metodológicas para elaborar planes y tesis de pregrado, maestría y doctoral. 1ra

ed. Lima - Perú: Instituto de Investigación Católica Tesis Asesores;
2011. 910 p.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Córdova, I. (2009). Estadística aplicada a la investigación: introducción (1ra ed. Vol. I). Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.
- Daza, J. (2006). Estadística aplicada (1ra ed.). Lima - Perú: Grupo editorial Megabyte.
- Norman, G., & Streiner, D. (1996). Bioestadística (1ra ed.). España: Mosby Doyma Libros S.A.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS PUYUCAHUA - HUANCAMELICA, 2017”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA									
PREGUNTA GENERAL ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017? PREGUNTAS ESPECÍFICAS 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua? 2. ¿Cómo es la funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua? 3. ¿Cuál es el riesgo a sufrir trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua?	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua. 2. Describir la funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua. 3. Evaluar el riesgo a sufrir trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.	HIPÓTESIS GENERAL La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017. HIPÓTESIS ESPECIFICA 1. La funcionalidad familiar es mala en Adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua. 2. El riesgo a sufrir trastornos alimentarios es alto en Adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.	Variable 1: Funcionalidad familiar. Variable 2: Riesgo de trastornos alimentarios	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Investigación básica. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Deductivo- inductivo. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: <table><tr><th>Variables</th><th>Técnica</th><th>Instrumento</th></tr><tr><td>Funcionalidad familiar</td><td>Psicométrica</td><td>Escala sobre apgar familiar</td></tr><tr><td>Riesgo a trastornos alimentarios</td><td>Psicométrica</td><td>Escala sobre riesgo de trastornos alimentarios</td></tr></table> DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: no experimental, transversal, correlacional <pre>graph LR; M --> O_x; M --> r; M --> O_y;</pre> Leyenda: M = muestra de estudiantes del 5to Grado de	Variables	Técnica	Instrumento	Funcionalidad familiar	Psicométrica	Escala sobre apgar familiar	Riesgo a trastornos alimentarios	Psicométrica	Escala sobre riesgo de trastornos alimentarios
Variables	Técnica	Instrumento											
Funcionalidad familiar	Psicométrica	Escala sobre apgar familiar											
Riesgo a trastornos alimentarios	Psicométrica	Escala sobre riesgo de trastornos alimentarios											

				Educación Secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua O = observación de las variables. X = Funcionalidad familiar Y = Riesgo de trastornos alimentarios r = relación POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO: • Población: 73 adolescentes. • Muestra: Censal. • Muestreo: No es necesario, por haberse trabajado con toda la población. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS Técnica estadística: - Estadística descriptiva - Estadística inferencial.
--	--	--	--	---



ANEXO N° 02

ESCALA SOBRE APGAR FAMILIAR

I. PRESENTACIÓN

Somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio sobre la familia en el presente año.

II. INSTRUCCIONES

Esta escala es totalmente anónima que consta de 5 ítems, marcar la respuesta con una (X)

III. DATOS GENERALES

Edad:..... Grado:..... Con quien vive especificar:.....

IV. BLOQUE DE CONTENIDOS

N°	FUNCIÓN FAMILIAR	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1.	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?					
2.	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?					
3.	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?					
4.	¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?					
5.	¿Siente que su familia lo quiere?					

Fuente: Apgar familiar Smilkstein en 1978.



ESCALA SOBRE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

I. PRESENTACIÓN

Somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio, para identificar sobre los problemas de alimenticios en la que se exponen las adolescentes.

II. INSTRUCCIONES

Esta escala es totalmente anónima que consta de 30 ítems, marcar la respuesta con una (X)

Nº	Conteste a las siguientes preguntas	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1	¿Te sientes con sobrepeso a pesar de que otras personas te dicen que estas delgada?			
2	¿Te preocupa el deseo de estar más delgada?			
3	¿Te sientes ansiosa cuando se acerca la hora de las comidas?			
4	¿Procuras no comer alimentos con alto índice de azúcar?			
5	¿Ocultas la comida en servilletas, bolsos o ropas durante la comida?			
6	¿Evitas, especialmente comer alimentos que contienen carbohidratos como (galletas, pan, arroz, pastas)?			
7	¿Sientes que alguna vez has iniciado dietas extremas para sentirte mejor?			
8	¿Sientes miedo pesar más de lo normal?			
9	¿Tienes un control en tu dieta adecuada?			
10	¿Pasas demasiado tiempo pensando en que comer?			
11	¿Te controlas tu peso a diario?			
12	¿Sientes debilidad y mareos?			
13	¿Has disminuido el consumo de tus alimentos diarios?			
14	¿Procuras no comer, aunque tenga hambre?			
15	¿Si ganas algo de peso, te preocupa seguir aumentando?			
16	¿Haces mucho ejercicio para quemar calorías?			
17	¿Te sientes satisfecho con tu figura?			
18	¿Te induces al vomito después de haber ingerido alimentos?			
19	¿Has utilizado alguna vez laxantes para provocarte el vómito o para perder peso?			
20	¿Tienes la necesidad de vomitar después de las comidas?			
21	¿Comes delante de los demás racionalmente y te excedes en privado?			
22	¿Últimamente sientes que no has tenido apetito?			
23	¿Puedes parar de comer siempre que te lo propones?			
24	¿Alguna vez has comido grandes cantidades de alimento y fuera de horas?			
25	¿Te aterroriza la idea de engordar?			
26	¿Te preocupa la idea de tener grasa corporal?			
27	¿Estás satisfecho con tu aspecto personal?			
28	¿Usted se siente culpable después de comer dulces como (tortas, chocolates, queques)?			
29	¿Te refugias en la comida para sentirte bien?			

30	¿Te sientes deprimida e infeliz contigo misma?			
----	--	--	--	--

ANEXO N° 03

CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A. GENERAL:

- Puntaje mínimo: 5
- Puntaje máximo: 25
- Categorías:
 - Disfunción familiar moderado: 5 a 11
 - Disfunción familiar leve: 12 a 18
 - Función familiar buena: 19 a 25

RIESGO A TRASTORNOS ALIMENTARIOS

B. GENERAL:

- Puntaje mínimo: 30
- Puntaje máximo: 90
- Categorías:
 - Riesgo bajo: 30 a 60
 - Riesgo alto: 61 a 90

ANEXO N° 04

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Escala sobre riesgo de trastornos alimentarios

ÍTEMS DE LA ESCALA DE OPINIÓN	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN POR ÍTEM	DECISIÓN
	1º.	2º	3º	4º	5º			
1º.	1	1	1	1	1	5	1	A
2º.	1	1	1	1	1	5	1	A
3º.	1	1	1	1	1	5	1	A
4º.	1	1	1	1	1	5	1	A
5º.	1	1	1	1	1	5	1	A
6º.	1	1	1	1	1	5	1	A
7º.	1	1	1	1	1	5	1	A
8º.	1	1	1	1	1	5	1	A
9º.	1	1	1	1	1	5	1	A
10º.	1	1	1	1	1	5	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

1. ESTADÍSTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

Coeficiente V Aiken

2. REGLA DE DECISIÓN:

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es $\geq$ a 0,8 u 80%

R = Rechaza: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

3. CALCULO:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 2 (de 0 a 1). En este tipo de coeficiente se tienen que considerar todos los valores que asume estas 4 interrogantes que es sumativo y se encuentra en la ficha de validación.

$$V = \frac{5}{(5(2 - 1))} = \frac{5}{5} = 1$$

4. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems alcanzaron el valor de 1, esto indica que ninguno de los ítems se elimina por ello es equivalente al 100% de aprobación cada ítem, por tanto todos los ítems se aceptan constituyendo un 100% de validez de contenido para el instrumento de recolección de datos en términos globales.



**FORMATO DE VALIDEZ EXTERNA DE INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**



ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	☒	☐
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	☒	☐
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es ideal	☒	☐
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	☒	☐
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación	☒	☐
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	☒	☐
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	☒	☐
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	☒	☐
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	☒	☐
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis	☒	☐

SUGERENCIAS:

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

FECHA: 23/05/17


ROBERTO QUIROZ ROJAS
C.E.P. 42732

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO



FORMATO DE VALIDEZ EXTERNA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es ideal	✓	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	✓	
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación	✓	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	✓	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	✓	
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	✓	
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	✓	
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

FECHA: 24 / 05 / 17

Keyla Stefany Apaza Jilaja
NUTRICIONISTA
CNP: 5517

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO



FORMATO DE VALIDEZ EXTERNA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	☒	☐
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	☒	☐
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es ideal	☒	☐
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	☒	☐
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación	☒	☐
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	☒	☐
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	☒	☐
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	☒	☐
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	☒	☐
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis	☒	☐

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

FECHA: 25 / 05 / 2017



NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO



FORMATO DE VALIDEZ EXTERNA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	☒	☐
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	☒	☐
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es ideal	☒	☐
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	☒	☐
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación	☒	☐
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	☒	☐
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	☒	☐
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	☒	☐
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	☒	☐
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis	☒	☐

SUGERENCIAS:

Los ítems en la apreciación para la
medición son comprensibles.

FECHA: 25/05/2017

Dr. Maximiliano Tipleriano Calvo
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 04573

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO



FORMATO DE VALIDEZ EXTERNA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica	☒	☐
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	☒	☐
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es ideal	☒	☐
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	☒	☐
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación	☒	☐
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación	☒	☐
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	☒	☐
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	☒	☐
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	☒	☐
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis	☒	☐

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

FECHA: 25.1.05.12017.




NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Escala sobre riesgo de trastornos alimentarios

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto en estudiantes del cuarto grado de la de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua, y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_r^2}{S_t^2} \right]$$

Leyenda:

k = Número de reactivos.

$\sum S_r^2$ = Varianza de cada reactivo.

S_t^2 = Varianza del instrumento.

Resultado:

Alfa de Cronbach = 0,88

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,88	30

Escala de alfa de Cronbach:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

El instrumento presenta una CONFIABILIDAD ELEVADA, por presentar un alfa de Cronbach igual a 0,88; es decir tiene una confiabilidad del 88%.

VALIDEZ DE LA ESCALA APGAR FAMILIAR PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Escala sobre Apgar Familiar

El doctor Gabriel Smilkstein (médico familiar de la universidad de Washington) crea el apgar familiar, buscando evidenciar el estado funcional de la familia, en la cual el paciente da su opinión con respecto al funcionamiento de su familia. El Apgar familiar es la primera aproximación para detectar las familias disfuncionales y darles seguimiento y orientación oportuna y adecuada. El apgar familiar es un acrónimo de las primeras letras de los diferentes componentes que evalúa, como son Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto y Recursos. Adaptación: Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones. Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas. Ganancia: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal. Afecto: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar. Recursos: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar. El APGAR familiar fue creado como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar; consta de 5 preguntas para ser auto administrado y puede manifestar el grado de satisfacción del paciente en el funcionamiento de su familia. La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-

Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades. Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.

ANEXO N° 06

IMÁGENES DE EJECUCIÓN



Ámbito de estudio



Investigadores en proceso de recolección de datos





Investigadores realizan explicaciones frente a dudas a unidades de análisis en proceso de recolección de datos



ANEXO N° 07

ARTÍCULO CIENTÍFICO

Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua - Huancavelica, 2017

Family Functionality and Risk of Eating Disorders in Adolescents of the Educational Institution Micaela Bastidas Puyucagua - Huancavelica, 2017

Juan José De la Cruz De la cruz ¹, Edwin, Lima Ataucusi ²

^{1,2} Bachiller en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Ciudad de Huancavelica, Perú

Resumen

Título: Funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua - Huancavelica, 2017.

Objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Material y método: se realizó en 73 adolescentes del sexo femenino del 5to año de secundaria. Corresponde al tipo básico y el nivel de investigación alcanzado es correlacional, el método utilizado inductivo-deductivo, el diseño que oriento el proceso estadístico es no experimental, transversal.

Resultados: Del 100%(73) de adolescentes inmersas en el estudio, el 56,2% (41) tuvieron la edad de 16 años, seguido del 24,7% (18) con 15 años. El 15,1% (11) con 17 años y tan solo el 1,4% (1) con edades de 14,18 y 19 años de edad. Las adolescentes viven con sus padres en un 64,4% (47), seguido del 19,2% (14) que viven en compañía de la madre. El 15,1% (11) viven con familiares. Finalmente el 1,4%(01) viven con el padre. Hipótesis: La relación es significativa entre la Funcionalidad Familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017", se comprueba

por presentar un p valor de 0,000 que demuestra esta relación decir: el 60,3% (44) adolescentes presentan disfunción familiar leve y bajo riesgo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y bajo riesgo a trastornos alimentarios. El 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena. El 69,9% (51) presentan bajo riesgo a sufrir trastornos alimentarios, sin embargo, el 30,1% (22) con riesgo alto a sufrir trastornos alimentarios.

Conclusión: Se encontró relación entre funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua.

Abstract

Objective: To determine the relationship between family functionality and risk of eating disorders in adolescents of the Educational Institution Micaela Bastidas Puyucagua, 2017.

Material and method: The investigation was carried out in 73 female adolescents of the 5th year of secondary school. The research corresponds to the basic type and the level of research reached is the correlational, the method used is the inductive-deductive, the design that oriented the statistical process is non-experimental, transverse.

Results: Of the 100% (73) adolescents immersed in the study, 56.2% (41) were 16 years old, followed by 24.7% (18) with 15 years. The 15.1% (11) with 17 years and only 1.4% (1) with ages of 14,18 and 19 years of age. Adolescents live with their parents in 64.4% (47), followed by 19.2% (14) who live with the mother. 15.1% (11) live with relatives. Finally, 1.4% (01) living with the father. **Hypothesis:** The relationship is significant between the Familiar functionality and risk of eating disorders in adolescents in the educational institution Micaela Bastidas Puyucagua, 2017", is checked by a p value 0.000 which shows this relationship say: 60,3% (44) adolescents present mild family dysfunction and low risk of eating disorders. Followed by 5.5% with moderate family dysfunction and low risk of eating disorders.

75.3% (55) presented mild family dysfunction, followed by 19.2% (14) with good family function. 69.9% (51) had a low risk of eating disorders, however, 30.1% (22) were at high risk of eating disorders.

Conclusion: The relationship between family functionality and the risk of eating disorders in adolescents of the Educational Institution Micaela Bastidas Puyucahua was found.

Key words: family functionality, risk, eating disorders, adolescent.

Introducción

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante (1)

El funcionamiento familiar es el resultado de los esfuerzos de los integrantes para afrontar los diferentes cambios generados, ya sea por la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión y conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante esos eventos (2)

Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (3)

Materiales y Métodos

Nivel de investigación: Según la intervención del investigador: No experimental.

Tipo de investigación: Correlacional.

Lugar de ejecución del estudio: Se aplicó en Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua.

Población de estudio: La población estuvo conformado 73 adolescentes del sexo femenino del 5to año de secundaria.

Procedimientos empleados: Se aplicó a cada estudiante la escala sobre apgar familiar y sobre riesgo a trastornos alimentarios. Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, generando una base de datos del instrumento aplicado en el software estadístico SPSS v23 y Microsoft office Excel v2013 simultáneamente estos resultados se transfirió a Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.

Resultados

La tabla 1, muestra que del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena.

Tabla 1
Funcionalidad familiar en adolescentes

Funcionalidad familiar	f	%
Disfunción familiar leve	55	75,3
Disfunción familiar moderado	4	5,5
Función familiar buena	14	19,2
Total	73	100,0

En la tabla 2 se observa que del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 69,9% (51) presentan bajo riesgo a trastornos alimentarios, sin embargo el 30,1% (22) con riesgo alto a trastornos alimentarios.

Tabla 2
Riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes.

Riesgo	f	%
Alto	22	30,1
Bajo	51	69,9
Total	73	100,0

La tabla 3, muestra que el 60,3% (44) adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucahua presentan disfunción familiar leve

y bajo riesgo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y bajo riesgo a trastornos alimentarios.

Tabla 3
Relación de funcionalidad familiar y riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes

adolescentes

		Riesgo de trastornos alimentarios				Total	
		Alto		Bajo			
		f	%	f	%	f	%
Funcionalidad familiar	Disfunción familiar leve	11	15,1	44	60,3	55	75,3
	Disfunción familiar moderada	0	0,0	4	5,5	4	5,5
	Función familiar buena	11	15,1	3	4,1	14	19,2
Total		22	30,1	51	69.9	73	100.0

Discusión

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante (1). Los trastornos de conducta alimentaria son consideradas como alteraciones en el comportamiento de la persona, relacionado con la alimentación y que causa un deterioro importante de la salud física o del funcionamiento biopsicosocial; es de etiología multifactorial y que afecta de manera importante y especial a los adolescentes. Por lo tanto la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1968) considera que sistema se puede definir como un conjunto de elementos que interactúan entre ellos. Estos no necesariamente son humanos, ni siquiera animales, sino que también pueden ser ordenadores, neuronas o células, entre muchas otras posibilidades. Los sistemas se definen por sus características

estructurales, como la relación entre los componentes, y funcionales; por ejemplo, en los sistemas humanos los elementos del sistema persiguen un fin común que es la familia. El aspecto clave de diferenciación entre los sistemas es si estos están abiertos o cerrados a la influencia del entorno en que se sitúan. Si entendemos por sistema un conjunto de elementos, hablamos de “subsistemas” para referirnos a tales componentes; por ejemplo, una familia es un sistema y cada individuo en ella es un subsistema diferenciado. El suprasistema es el medio externo al sistema, en el que éste se encuentra inmerso; en los sistemas humanos es identificable con la sociedad (2)

Las características demográficas indicaron que del 100%(73) de adolescentes inmersas en el estudio, más de la mitad de las adolescentes 16 años. Asimismo las adolescentes conviven con sus padres en más del 60% (47). La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud, es una etapa en los seres humanos comprendida entre los 10 a los 19 años de edad, momento en el cual se encuentran influenciados por múltiples factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que los hacen vulnerables a muchas circunstancias que pueden alterar su adecuado desarrollo hacia la edad adulta. Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. Además la OMS refiere que al menos el 20% de los adolescentes presentara alguna forma de enfermedad mental como trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta alimentarias, abuso de sustancias, trastorno de depresión o actitudes suicidas; de los cuales los trastornos de conducta alimentarias son la tercera causa de muerte en adolescentes asociados al suicidio, únicamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas en el año 2014.

La relación es significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas Puyucagua, 2017” por presentar un p valor de 0,000 es

decir: el 60,3% (44) adolescentes presentan disfunción familiar leve y bajo riesgo de trastornos alimentarios. Seguido del 5,5% con disfunción familiar moderado y bajo riesgo a trastornos alimentarios. Al respecto a través de la Teoría Multidimensional de Bienestar Psicológico es fundamental considerar en la persona la autoaceptación es el pilar del bienestar psicológico, es decir se refiere a la actitud positiva o apreciación positiva que una persona tiene de sí misma, el sentirse bien con uno mismo, siendo consciente de sus propias limitaciones.

Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 75,3% (55) presentan disfunción familiar leve, seguido del 19,2% (14) con función familiar buena. Estos resultados coinciden parcialmente con el estudio de Graza (3) quien precisa que del 100% (100) el 53% (53) provienen de una familia disfuncional y 47% (47) de una familia funcional en adolescentes del 4º y 5º año de secundaria de la I.E. Francisco Bolognesi Cervantes. Los adolescentes se encuentran en una etapa en que son vulnerables a factores psicológicos, sociales, biológicos y entre otros, que pueden modificar el desarrollo adecuado hacia la edad adulta; además que la dinámica familiar es en el adolescente, es un componente de interacción con su medio interno y externo en armonía, que por diferentes circunstancias puede modificar el equilibrio familiar, haciéndolo propenso a alteraciones en la salud física, psicosocial del adolescente.

Del 100%(73) de adolescentes involucrados en el estudio, el 69,9% (51) presentan bajo riesgo a sufrir trastornos alimentarios, sin embargo el 30,1% (22) con riesgo alto a sufrir trastornos alimentarios, estos hallazgos difieren con los resultados de Ibañez (4) donde obtuvo la prevalencia general para presentar conductas de riesgo para trastornos de alimentación de 25,3%, con una media de 17 años de edad. En las familias disfuncionales el riesgo para trastornos de alimentación fue del 27,2%, en relación a las familias funcionales de 34,2%; siendo mayor en las mujeres con 29,9% de condición de vida baja. La etapa de

adolescencia es muy vulnerable desde el punto de vista psicológico, aumenta la consciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, se le da especial importancia al grupo de pares, los rasgos físicos, y la creciente tendencia con las normas de origen cultural. El conjunto de factores socio ambientales, la interiorización del rol sexual unido a la presión estresante de la adolescencia, la creencia y adopción del mito de que la mujer delgada es una mujer exitosa, explican la aparición del trastorno alimentario. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente este el adolescente, menos tolerante será con su estado físico y por ende será más susceptible a presentar anorexia. Por consiguiente, los modelos sociales, el grupo de pares y familiares, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes las aprecian y en última instancia las cogniciones aprobatorias son un reforzador de prácticas mortificadoras.

Referencias bibliográficas

1. Saldivar C. Funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en familias con niños de 2 – 4 años que presentan obesidad, en la consulta externa de la umf 220 toluca mexico, 2013 [Tesis de postgrado]. México: Universidad Autónoma de México; 2013
2. Ramirez S. Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. México1999 [cited 2017 31 de agosto]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=siofrhfXsOwC&printsec=frontcover&dq=teoria+general+de+sistemas&hl=es-419&sa=X&r>.
3. Graza SY. Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes N° 2053 Independencia. 2012 [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012
4. Ibañez FP. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la institución educativa secundaria adventista puno – 2013 [Tesis de pregrado]. **Puno, Perú:** Universidad Nacional del Altiplano 2013.
5. Iñiguez CE. “Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador, 2016” [Tesis de postgrado.]. Loja, Ecuador.: Universidad Nacional de Loja; 2016.