

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes
atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II – 2 Sullana,
diciembre 2016 – abril 2017.**

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autor:

Lupu Cortez, Melissa Alexandra

Asesor:

Dra. Arrestegui Alcántara, Juana Elsy

Sullana- Perú

2017

Palabras clave:

Español

Tema:	Funcionamiento familiar Embarazo en adolescentes
Especialidad	Enfermería

English

Theme	Family functioning Pregnancy in adolescents
Specialty	Nursing

Línea de investigación

Salud Pública.

**Funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes
atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II – 2
Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.**

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Enf. Lupu Cortez, Melissa Alexandra

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II – 2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017**. El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, en la primera parte de Introducción se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, base científica, justificación, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, definición y operacionalización de las variables; en el segunda parte de metodología se expone el tipo y método de investigación, área de estudio, población, muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento; en la tercera parte de resultados, se expone los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, en la cuarta parte de Análisis y discusión, se expone el análisis e interpretación de datos con los antecedentes considerados, en la quinta parte corresponde a conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRAS CLAVES	ii
LINEA DE INVESTIGACION	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
1. INTRODUCCION	1-39
2. METODOLOGIA	40-43
3. RESULTADOS	44-76
4. ANALISIS Y DISCUSION	77-79
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80-81
DEDICATORIA	82
AGRADECIMIENTO	83
REFERENCIAS	84-85
ANEXOS	86-93

INDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 01	Edad de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II - 2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	42
TABLA N° 02	Grado que cursa en el Nivel secundaria las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	44
TABLA N° 03	Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	46
TABLA N° 04	Ubicación de número de hermanos en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	47
TABLA N° 05	Tiempo de gestación transcurrida para saber que las adolescentes estaban embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	49
TABLA N° 06	Tiempo de gestación transcurrida para que los padres sepan que las adolescentes embarazadas, atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	51
TABLA N° 07	Conocimiento de los padres de la gestación de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	53
TABLA N° 08	Antecedente familiar sobre gestación en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	55
TABLA N° 09	Nivel de Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	57
TABLA N° 10	Funcionalidad Familiar según estructura (Ítems) en las adolescentes	58

	embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	
TABLA N° 11	Funcionalidad Familiar según solución de conflictos (ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	60
TABLA N° 12	Funcionalidad Familiar según ambiente emocional (ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	62
TABLA N° 13	Funcionalidad Familiar según Estructura en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	64
TABLA N° 14	Funcionalidad Familiar según Solución de conflictos en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	65
TABLA N° 15	Funcionalidad Familiar según Ambiente emocional en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	66
TABLA N° 16	Funcionalidad Familiar según edad de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	68

INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
FIGURA N° 01	Edad de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II - 2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	43
FIGURA N° 02	Grado que cursa en el Nivel secundaria las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	45
FIGURA N° 03	Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidos 1 Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	46
FIGURA N° 04	Ubicación de número de hermanos en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	48
FIGURA N° 05	Tiempo de gestación transcurrida para saber que las adolescentes estaban embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	50
FIGURA N° 06	Tiempo de gestación transcurrida para que los padres sepan que las adolescentes embarazadas, atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	52
FIGURA N° 07	Conocimiento de los padres de la gestación de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	54
FIGURA N° 08	Antecedente familiar sobre gestación en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	56
FIGURA N° 09	Nivel de Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	57

FIGURA N° 10	Funcionalidad Familiar según estructura (Ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	59
FIGURA N° 11	Funcionalidad Familiar según solución de conflictos (ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	61
FIGURA N° 12	Funcionalidad Familiar según ambiente emocional (ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	63
FIGURA N° 13	Funcionalidad Familiar según Estructura en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	64
FIGURA N° 14	Funcionalidad Familiar según Solución de conflictos en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017.	65
FIGURA N° 15	Funcionalidad Familiar según Ambiente emocional en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.	67
FIGURA N° 16	Funcionalidad Familiar según edad de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017	70

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes atendidos del Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017. **Metodología:** El método de investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 57 participantes. La técnica utilizada fue la Entrevista, y el instrumento, el Cuestionario elaborado por Maritza Elsa Urreta Palacios (2008), adaptada por la autora del presente estudio. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** Las características sociodemográfica de la población, la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 a 16 años, entre segundo y quinto grado de secundaria, solteras y convivientes. El modo como los padres se enteraron que su hija adolescente estaba embarazada, refieren ellos se enteraron por ellas, no hay antecedentes de gestaciones en adolescentes. La funcionalidad familiar en área Estructura es Disfuncional el 89,5% y el 10,5% es Disfuncional. Solución de conflictos, es Disfuncional el 73,7% y Funcional el 26,3%. Ambiente emocional, es Disfuncional el 59,6% y Funcional el 40,4%. Hay relación entre las variable según la prueba estadístico por tener una frecuencia menor a 5, cumpliéndose la hipótesis planteada. **Conclusiones:** La funcionalidad familiar en área Estructura es Disfuncional el 89,5% y el 10,5% es Disfuncional. Solución de conflictos, es Disfuncional el 73,7% y Funcional el 26,3%. Ambiente emocional, es Disfuncional el 59,6% y Funcional el 40,4.

Palabras claves: funcionamiento familiar - embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the objective: To determine the relation between the family functioning and the pregnancy of the adolescents users of the Hospital Support II Sullana. December 2016-April 2017. Methodology: The research method of quantitative approach, descriptive, cross-sectional and retrospective. The sample was 57 participants. The technique used was the Interview, and the instrument, the Questionnaire elaborated by Maritza Elsa Urreta Palacios (2008), adapted by the author of the present study. The data were processed with the statistical program SPSS version 20. Results: The sociodemographic characteristics of the population, the majority of pregnant adolescents are between 14 and 16 years old, between second and fifth grade, single and cohabiting. Parents found out that their teenage daughter was pregnant, they reported they learned about them, there is no history of gestations in adolescents. The family functionality in area Structure is Dysfunctional 89.5% and 10.5% is Dysfunctional. Resolution of conflicts, is Dysfunctional 73.7% and Functional 26.3%. Emotional environment is Dysfunctional 59.6% and Functional 40.4%. There is a relationship between the variables according to the test Statistic for having a frequency less than 5, fulfilling the hypothesis raised. Conclusions: The family functionality in the Structure area is Dysfunctional 89.5% and 10.5% is Dysfunctional. Resolution of conflicts, is Dysfunctional 73.7% and Functional 26.3%. Emotional environment, is Dysfunctional 59.6% and Functional 40.4.

Key words: family functioning - pregnancy in adolescents.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

Miranda, R. (2005), realizó un estudio sobre *Factores Biopsicosociales relacionados al Embarazo en Adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II*. El método fue descriptivo, transversal, prospectivo, observacional. La muestra fue de 94 gestantes adolescentes. La técnica fue la encuesta, y el instrumento fue el Inventario de Eysenck forma B para la medición del tipo de personalidad y estabilidad emocional y el Inventario de Coopersmith para medir el nivel de autoestima. Las conclusiones entre otras fueron: Al relacionar los factores biopsicosociales se concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores.

Laura, R. (2003), realizó un estudio sobre *Tipos y Características de la Familia de las Adolescentes Embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal*. El método fue descriptivo- transversal. La muestra fue de 100 adolescentes primigestas que asisten a los consultorios externos del servicio de Adolescencia del IEMP. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario semiestructurado. Las conclusiones entre otras fueron: En la adolescencia intermedia donde ocurren mayormente los embarazos, ubicándose estos en familias de tipo nuclear, organizada, siendo los roles y funciones conocidos y asumidos por sus miembros, democrático, caracterizándose por la participación de todos los miembros en la toma de decisiones y establecimiento de normas, funcional, destacándose por una buena cohesión familiar, comunicación, formas de resolución de problemas y capacidad de adaptabilidad.

Luna, A. y Gómez, V. (2003), realizaron un estudio sobre *Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas*. El método fue descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. La muestra fue de 32 pacientes embarazadas menores de 20 años y el instrumento que se utilizó fue el Faces III para la evaluación de la disfunción familiar, llegando a las siguientes conclusiones entre otros: Que la disfunción

familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo, entre ellas el embarazo en adolescentes coincidiendo con estudios previos sobre el tema.

Zárate, I. (2003), realizó una investigación sobre *Factores Psicosociales Familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Con el objetivo de establecer la relación entre la cohesión y adaptabilidad familiar con la iniciación sexual. El método fue descriptivo de corte transversal. La muestra fue elegida por muestreo por conglomerados, aleatorio simple. Los instrumentos utilizados fueron el FACES II y el CISAD, para evaluar las dimensiones y tipo de funcionamiento familiar (Modelo Circunflejo de Olson) y el CISAD para obtener información sobre el inicio sexual en el adolescente. Los resultados fueron entre otros que: Existen diferencias significativas entre los adolescentes iniciados y no iniciados sexualmente en cuanto a las dimensiones del sistema familiar. Esta asociación se dio en algunos aspectos puntuales como: cohesión familiar en el sexo femenino, cohesión familiar para todo el grupo (incluye ambos sexos), adaptabilidad familiar en el sexo masculino, adaptabilidad para todo el grupo (incluye ambos sexos), en el vínculo familiar: pobre vínculo en los adolescentes iniciados sexualmente y vínculo estrecho en los no iniciados, en la autoridad familiar: alta autoridad familiar en los iniciados sexualmente y baja autoridad familiar en los no iniciados, en el Nivel de Cohesión: dispersa y separada en los iniciados sexualmente, conectada y aglutinada en los no iniciados sexualmente, en el Nivel de Adaptabilidad: rígido en los iniciados sexualmente y caótico en los no iniciados sexualmente.

Chirinos de Cora (1993). *Embarazo en la Adolescencia, Cuba*. Manifiesta que ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes y considera que esto se debe a múltiples factores, entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones sociales educativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padre e hijo, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. (36) Lartigue y colaboradores, en 1992, realizaron un estudio sobre “Factores que determinan que la vida sexual de la adolescente culmine en un embarazo”. Las

conclusiones entre otros fueron: La falta de uso y cultura sobre anticonceptivos, ya que la mitad de la muestra de estudio refirió haberse embarazado en su primera relación sexual; hogares desestructurados por abandono de la madre o el padre, siendo éste último más frecuente; ser hijas de madres solteras, en cuyo caso a través del embarazo buscan una identificación con su madre quien, a su vez, se embarazó siendo adolescente, además se observa la necesidad de desentrañar su propia historia mientras la repiten compulsivamente y el embarazo está asociado con otras conductas antisociales, tales como uso excesivo de drogas y alcohol, así como actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de adaptación a las normas de conducta de la sociedad.

Urreta, M. (2008). El presente estudio titulado: *Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*, tuvo como objetivos determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias del HSJL. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 78. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional. Respecto al área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Acerca del área solución de conflictos de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Sobre el área ambiente emocional de 78 (100%), 47 (60.3%) tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y 31 (39.7%) funcional. Por lo que se concluye que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción.

1.1.2 Fundamentación científica

Base teórica.

1.1.2.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

- **La familia como sistema:**

Hidalgo, C. (2009), considera a la familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, en su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición exclusiva de ella. Más allá de las diversas estructuras familiares, es posible entender a la familia como la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una familia, es por tanto, un componente esencial de la estructura social más amplia La Comisión Nacional de la Familia (CNF) define que la familia es “un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adaptativa) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables”. Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. El grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal y se constituye en el eslabón fundamental del sistema social.

La construcción de la realidad y sus experiencias serán percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos que el individuo posee para manejarse en el mundo provienen de la familia. La naturaleza de las funciones familiares y el grado en que éstas son compartidas por otras instituciones son variables en el tiempo y en las diferentes culturas. No obstante, un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones:

- Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos.
- Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Estos lazos afectivos establecen responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que hacen que cada grupo familiar adquiera características

supra-individuales, es decir, se constituye en una totalidad distinguible y única.

- Funciones de socialización, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social.
- Funciones económicas, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- Cumple también una función de mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social.

Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad a los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes.

Por lo que la familia es una organización social primaria que se caracteriza por vínculos de consanguinidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Los miembros de la familia cumplen roles al interior de ésta y le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, etc. La familia es el contexto en que se aprenden los valores y se transmite la cultura, siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar. En ese sentido, es que se considera a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

Por otra parte, la familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, conforma un microgrupo, en el cual existen dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus componentes. En ese sentido, frente al problema clínico de una determinada persona no es suficiente que sea entendido como un fenómeno individual e interno, sino que los

problemas de las personas pueden ser entendidos en conjunto con su contexto relacional. El concebir a la familia como un sistema, involucra que las conductas de los individuos son interdependientes, mutuamente reguladas y en alguna medida predecibles. Este mecanismo regulador interno está constituido por un entramado de reglas implícitas y explícitas. Muchas veces se producen conflictos entre las normas sociales y las reglas intrafamiliares, los cuales no siempre se resuelven bien. Así las familias podrían desarrollar sistemas reguladores rígidos, con dificultad para modificar sus propias reglas ante el cambio externo. Estos sistemas podrían contribuir a que se origine patología en un miembro de la familia.

Además se considera a la familia como una totalidad, ya que, tomada en su conjunto, trasciende las características de cada uno de sus miembros y posee una complejidad propia, es decir, es más que la suma de las partes. También a la familia se la entiende como una unidad, ya que el comportamiento de un miembro refleja las características y modelos del grupo y no sólo los que posee cada individuo. (46) Como la familia es un sistema donde sus miembros están interrelacionados, cuando uno de los hijos llega a la adolescencia, se modifica el equilibrio previo y tales cambios afectan a los padres y hermanos. La familia tendrá que cambiar y ajustarse a las nuevas circunstancias. Cuando esta es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando su flexibilidad.

Cuando es rígida, hay mayor dificultad para hacer reajustes en las relaciones entre los miembros, lo que puede dar lugar a conflictos serios. Otros aspectos de la funcionalidad de la familia son el grado de cohesión entre sus miembros y el clima emocional que existe en la familia, que puede variar entre la frialdad y distanciamiento hasta una relación cálida y de participación psicológica. (Lugo N. 2002).

La familia con adolescentes es una de las ocho etapas del ciclo vital familiar descrita por Duvall. Durante este periodo de transición, que dura un promedio de 7 años, tanto los adultos como sus hijos adolescentes llegan al fin de una etapa y, entran en crisis, unos de separación de la estructura familiar y otros en la llamada crisis de la Edad Media”, en que los padres reevalúan sus metas y

aspiraciones. La congruencia de ambas crisis hace a adolescentes y padres más vulnerables. La adolescencia afecta el ciclo familiar y el estilo de vida de ella más que ninguna otra edad, la familia sana logra un equilibrio con los hijos escolares, la llegada de la adolescencia en que los hijos inician la búsqueda de su identidad desestabiliza el sistema y obliga a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental. Si la familia está distante, con problemas sin resolver, relaciones parenterales poco claras, desorganización familiar y relaciones interpersonales defectuosas entre los miembros familiares este periodo será caótico, sustituyendo entonces el apoyo al adolescente por el conflicto.

La familia no existe en el vacío sino inserta en una sociedad. El desarrollo del adolescente será el producto de todos los componentes del ambiente en el cual el adolescente funciona. Los padres deben usar todos los recursos del medio para solucionar los dilemas planteados para guiar a la familia en este periodo. Las familias con hijos adolescentes con relaciones familiares rígidas y que no se adaptan a las nuevas tareas del desarrollo tendrán crisis intensas, pues es en este periodo del ciclo vital, que las tareas propias de él, exigen plasticidad y flexibilidad en las relaciones familiares que permitan readecuar los roles.

El adolescente debe definir su rol y su identidad, la familia debe ofrecer oportunidades que le permitan ejercitar el rol del adulto y darle la oportunidad de asumir la responsabilidad de definir su plan de vida. Los padres no pueden limitarse a imponer su voluntad, debe recordar que su hijo necesita su guía, orientación y apoyo para ejercer libremente sus decisiones y no los ideales o sueños paternos no realizados. La enfermedad del adolescente puede ser consecuencia de una crisis, determinada por incapacidad de la familia de brindarle la posibilidad de adquisición de algún aspecto imprescindible en su desarrollo. Si el sistema familiar no es adecuado, el adolescente tendrá problemas para progresar hacia una adultez responsable.

- **El funcionamiento familiar y su impacto en la salud del adolescente**

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. (Bustamante S.2001). Diferentes autores han

desarrollado teorías y enfoques que enfatizan o profundizan diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Cada una de ellas aportan conceptos y describen cuales son las características de las familias funcionales, tanto en relación a su estructura, procesos y paradigmas familiares. No hay, por lo tanto, una teoría unitaria sobre la familia. Por los mismos motivos, tampoco es fácil ni consistente postular un modelo de familia normal y patológica. Por el contrario, hay más bien un acuerdo que el concepto de “normalidad” es muy relativo y utilizarlo lleva a equívocos y confusiones más que a acuerdos u orientaciones útiles. Por lo tanto, se habla más bien de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, en el sentido de cuáles son las estructuras, procesos y paradigmas que mejor permiten a las familias cumplir con sus funciones esenciales, vale decir, lograr el desarrollo integral de las personas en el contexto familiar, en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo, y favorecer el proceso de socialización.

El funcionamiento familiar es la atmósfera psicosocial del hogar familiar, varía notablemente entre un hogar y otro. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno y en otros sucede lo contrario, hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. El clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado. En general, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese periodo de su vida.

El entorno familiar es el escenario de todo tipo de vivencias. En la vida familiar se inicia la socialización y la formación de valores y elementos necesarios para una formación integral de la persona. Las relaciones interpersonales que se dan en el hogar han de ser fruto de un clima de armonía, cariño, respeto y amor. Estas relaciones perduran en el adolescente durante toda su vida. La comunicación sincera, sencilla y oportuna entre padres y adolescentes fortalecerá las relaciones familiares. Muchas conductas sociales negativas que presentan los adolescentes, son el fruto del mal manejo de las relaciones interpersonales, pues no se respeta al adolescente como persona. (Laura R.2003).

El tipo de relaciones que se establece entre los miembros de la familia es de capital importancia. La funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en ellos mismos. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto. Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia.

Los factores psicosociales -básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia- constituyen una influencia determinante en el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente. Esto hace necesario determinar qué interacciones del núcleo familiar son disfuncionales, ya sea que dieron lugar a la formación de tales conductas o porque promueven su mantenimiento. El proceso de discriminación entre las interacciones funcionales y las disfuncionales exige de parte del clínico la investigación de ciertos parámetros, que pueden quedar integrados en tres áreas principales del funcionamiento global de la familia: la organización o estructura, la solución de problemas y el clima emocional.

- **Organización o estructura**

Está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa. La estructura le da “la forma” a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema.

Minuchin, (1977), principal exponente del modelo estructural, define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. Estas

pautas o reglas establecen como, cuando y con quien, cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los miembros de ella. La estructura del sistema familiar es relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, para poder proteger a la familia de las fuerzas externas y darles sentido de pertenencia a sus miembros. Al mismo tiempo, debe ser variable y flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, facilitando de este modo el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los principales los forman el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno. Cada uno de estos subsistemas tiene roles, funciones y tareas específicas. Sin duda la familia se organiza también en torno a otros subsistemas, según roles, sexo, edad, etc. Las dimensiones centrales de la estructura familiar son la jerarquía, alianzas, límites o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento. La estructura está enfocada en la diferenciación y mantenimiento de las funciones.

- Jerarquía.

Se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. El buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema de los padres ostenta la mayor jerarquía o autoridad dentro del grupo. Esto no excluye la conveniencia de tomar en consideración las opiniones de los hijos y otros familiares, pues aunque es deseable que la familia siga una tendencia democrática, no debe ser una organización sin líderes. Haley y Minuchin postulan que una de las causas del surgimiento de síntomas psicopatológicos es el desarreglo de los niveles de autoridad dentro de la familia. Esto ocurre, por ejemplo, cuando los progenitores no ejercen sus funciones de autoridad frente a un hijo que asume un poder excesivo porque lo tratan con demasiada indulgencia, sin corregirlo cuando debieran hacerlo.

La jerarquía de poder existente en el sistema familiar podría ser un factor de riesgo para la maternidad precoz, ya que se ha observado que las madres de

adolescentes embarazadas suelen ser madres dominantes en el hogar, lo que hace difícil para la hija su identificación con ella. Así, para la adolescente, el embarazo podría a menudo significar la resolución de un conflicto entre ella y sus padres, especialmente con una madre de esta característica.

Un sistema funcional se organiza jerárquicamente. El manejo y distribución del poder en la familia explica su organización jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro. Da cuenta de la relativa influencia de cada miembro de la familia en el resultado de una actividad. Lo ideal es que el poder sea empleado por la persona que ocupa una posición de autoridad (figura que posee el legítimo derecho a hacer algo), no obstante, esto no siempre ocurre y hay veces que un miembro de la familia tiene el poder y no la autoridad. Por ejemplo, un hijo parentalizado tiene el poder de influencia sobre sus padres y hermanos pero no tiene la autoridad, motivo por el cual puede entrar con frecuencia en conflicto con el subsistema padres y hermanos.

- Alianzas.

Las alianzas son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. La alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento del grupo es la que se establece entre el padre y la madre, sobre todo en lo que se refiere a las reglas de la convivencia y la educación de los hijos. Si esta alianza no existe debido a la discordia conyugal es posible que los hijos resientan los efectos, especialmente si uno o ambos progenitores buscan apoyarse en ellos para obtener ventajas en la lucha contra la pareja.

En ocasiones, los padres desvían sus problemas conyugales a la relación con el hijo, ya sea acercándose a él en exceso y sobreprotegiéndolo, o agrediendo motivados por sus frustraciones afectivas. La alianza que tiene por objeto perjudicar a un tercero se llama coalición o triángulo perverso y puede manifestarse en diversas formas, como la de la madre y el hijo en contra del padre (triángulo edípico), la del padre y la abuela en contra de la madre, etc. Cuando el hijo se siente presionado por uno o ambos progenitores que luchan por obtener su alianza se produce el fenómeno de la triangulación, que suele

generar en el hijo complejo de lealtad al sentir que no puede acercarse a uno de sus padres sin traicionar al otro. En términos generales, las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo. Las alianzas más disfuncionales tienden a ser encubiertas, persisten en forma rígida y se establecen en contra de otros familiares.

En familias con grandes conflictos y alta vulnerabilidad, las coaliciones suelen ser rígidas, durar años y repetirse a través de las generaciones. Contrariamente las alianzas dentro de un subsistema pueden ser muy funcionales e incluso necesarias para un adecuado cumplimiento de las funciones. Por ejemplo, una alianza del subsistema pareja es muy positiva para cumplir adecuadamente las tareas parentales, las alianzas entre los hermanos en su progresiva independencia de los padres, puede ser un factor que contribuya al desarrollo de su propia autonomía. En cambio una coalición de un padre y su hija en contra de la madre, puede ser muy disfuncional para ese sistema familiar.

- Fronteras o límites.

Los límites o fronteras se refieren a aspectos de cercanía o distancia entre diversas personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Su función consiste en marcar las diferencias entre los subsistemas, y su claridad es necesaria para el buen funcionamiento de la familia.

Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa. Sin embargo, los límites funcionales también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, etc. Existen buenos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. Los límites entre la madre y el hijo se violan cuando aquella es excesivamente cariñosa con este y mantiene con él un exagerado contacto físico en busca del afecto que no recibe de su pareja. Los límites que rodean a la familia nuclear también requieren ser respetados en consonancia con las costumbres propias de cada contexto sociocultural. (Hidalgo C. y Carrasco E. 2012).

Uno de los problemas que con mayor frecuencia tienen los padres es cómo mantener los límites con sus hijos, y cómo establecer las nuevas normas en una fase caracterizada por el conflicto entre la necesidad del adolescente por incrementar su autonomía, y la de los padres por mantener un cierto control y por evitar comportamientos desviados, sin que se resienta demasiado la relación parento-filial.

Por otro lado, muchos estudios parecen coincidir en que la familia de la adolescente embarazada se caracteriza por una relación sobredependiente con la madre, combinada con una relación distante o ausente con el padre. Se ha encontrado que muchas de estas adolescentes carecen de una relación cálida con su padre, siendo éste definido en términos muy negativos o como ausente. En algunos sistemas o subsistemas familiares los límites interpersonales son difusos, la distancia psicológica entre sus integrantes es escasa, frecuentemente unos responden por otros y la familia parece una masa amorfa. Este tipo de relación, en la que hay un elevado sentido de pertenencia se conoce como relación fusionada o amalgamada y suele ser fuente de problemas, pues siempre es deseable mantener una cierta distancia, aun con las personas amadas. Otras familias o subsistemas promueven límites tan marcadas o rígidos que dificultan la comunicación, incluso la afectiva. Se habla entonces de relaciones desvinculadas, en las que el sentido de pertenencia es escaso.

La relación amalgamada implica la existencia de límites difusos, con cercanía excesiva, cesión de la autonomía y dependencia exagerada de un subsistema o del grupo completo. Así se cuenta con mucha solidaridad a expensas de la autonomía individual, pero no existe una verdadera intimidad, sino una fusión destructiva en la cual se considera que las diferencias son una amenaza. Este tipo de relación no traduce necesariamente un gran cariño sino que se trata más bien de la expresión de la inseguridad personal que se maneja renunciando a la libertad para recibir protección. En la relación fusionada no se considera al otro como alguien separado, sino como la prolongación de uno mismo. En una relación desvinculada, en cambio, los límites son demasiado marcados, poco permeables y se permite un alto grado de variación individual pues se tiene

mucho respeto por la autonomía personal a expensas de la solidaridad y del sentido de pertenencia. Solo un nivel muy elevado de estrés puede activar la disposición de apoyo de parte de la familia. Un mismo sistema familiar puede tener subsistemas aglutinados y desligados y estos pueden ir variando según la etapa del ciclo familiar. Las estructuras dominantes extremas señalan áreas de posibles patologías o disfunciones familiares. Por ejemplo, un subsistema madre-hijo muy aglutinado puede excluir al padre que se convierte en excesivamente desligado. Esto lleva a un debilitamiento de la independencia de los niños que puede ser un importante factor en el surgimiento de síntomas en el joven y a conflictos en el subsistema conyugal.

En una familia con límites funcionales existen entre los familiares lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. También se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía.

- Funciones o papeles.

Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El desempeño funcional de los papeles es requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la vida en familia. La funcionalidad de los papeles en general depende de su consistencia interna, la cual existe si cada familiar se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. También se requiere que los papeles sean suficientemente complementarios para que funcione bien el sistema familiar. Lo deseable es que los papeles desempeñados faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes. También es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de las funciones, de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario.

La designación de un hijo para llevar el papel de padre es un fenómeno frecuente en nuestra cultura, donde generalmente es el hijo mayor quien lo desempeña, o el que da muestras de ser el más responsable. Si no existe una figura paterna, es común que uno de los hijos adopte algunas de sus funciones ante el resto de los

hermanos y aun ante la madre. Tal actitud puede ser funcional siempre y cuando la delegación de la autoridad sea explícita (que se aclare a todos los hijos que uno de ellos quedará encargado de ciertas funciones), temporal – por ejemplo, en ausencia de los padres- y sin delegación permanente de las responsabilidades de estos en el hijo parental, es decir, sin permitir que ese hijo sea la autoridad más importante para sus hermanos, ni la única.

Sus funciones no deben sobrepasar su grado de madurez emocional ni interferir con su desarrollo o con la satisfacción de sus necesidades. Control del comportamiento. El control del comportamiento, especialmente el de los hijos, es una dimensión necesaria para que los papeles y las tareas de la vida diaria se desempeñen satisfactoriamente. Un control flexible es el más deseable o funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas, permite a los familiares saber qué esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y espontaneidad. El control funcional es benévolo, pero también efectivo, descansa o se apoya en el consenso con el hijo cuando esto es posible, pero también refuerza los límites si es necesario. En relación con la crianza de los hijos, las formas no funcionales de control incluyen la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas.

En relación con los estilos disciplinarios, se ha señalado que el mayor grado de permisividad en una familia, unida a un alto índice de castigo, es un factor que influye notoriamente en el embarazo adolescente. En estas familias existen generalmente contenidos de socialización ambiguos o contradictorios, en los que se transfieren a las hijas modelos de virginidad y castidad, teniendo el matrimonio como la única meta posible. Sin embargo, el modelo que transmiten los padres muchas veces evidencia un conflicto al tratar de ajustar el mensaje y el modelo, pudiendo resolver finalmente esta disonancia a través de un embarazo.

Jessop, (2013), enfoca la atención en el poder y control de la vida familiar y afirma que tanto padres como adolescentes sobreestimaban el grado de su poder

y a pesar que los adolescentes exageran su necesidad de independencia y control sus reportes delatan la necesidad de cercanía con la familia. Coincidentemente con él, Maccoby y Martín (1983) señalan que a pesar del deseo del adolescente de liberarse de la autoridad y del control adulto, la mayoría de los jóvenes reportan un deseo de mantener una relación cercana con sus padres. A pesar de que se ha dicho que la adolescencia está caracterizada como una época de reducción de la influencia de los adultos, sin embargo, en diversos estudios, la brecha intergeneracional no es muy profunda, las generaciones jóvenes y las mayores, de hecho, tienen valores y aspiraciones muy parecidas. Esto es particularmente cierto cuando se compara a los adolescentes no con adultos en general, sino con sus propios padres (Steinberg 1990). En todo caso parece que lo más importante y determinante es la percepción que tenga el niño y el adolescente con respecto a su entorno familiar, la percepción de sentirse aceptado por esta además influirá sobre su auto-concepto, autoestima y en su desarrollo personal social, así lo sostiene García M. (1997). Por su parte Van Der Veen (1964), afirma que la percepción que tenga una persona de su familia es dignar importancia para el ajuste familiar. Cuando ambos padres posean conceptos, ideales acerca de su familia y tratan de llevarlo a la práctica, el ajuste de toda la familia tiende a ser bueno. Por su parte, Benites (2008), afirma que la mayoría de investigaciones realizadas en nuestro país señalan la importancia que tiene la familia como factor de riesgo o de soporte psicosocial para la aparición de problemas en el desarrollo, problemas psicosociales, interpersonales, educativos y emocionales. Los estudios sobre estructura familiar, familia desintegrada, contingencias familiares, clima social familiar y crisis familiares.

- **Solución de conflictos o respuesta ante los problemas**

Rodríguez, Y. (2002). Refiere que para la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis, ante las cuales la familia puede actuar con rigidez (repetiendo los patrones de conducta habituales, sin adaptarse a las nuevas circunstancias) o con flexibilidad. Por ejemplo, en una familia razonablemente funcional se pasan por alto los desacuerdos menores para evitar fricciones innecesarias. Cabe añadir que una familia que funciona bien no se diferencia de

otra disfuncional por la existencia o ausencia de conflictos, sino por el modo de resolver de las diferencias inevitables en toda convivencia humana.

El sistema familiar intenta mantener un funcionamiento balanceado usando sus capacidades (recursos y comportamientos de afrontamiento) para satisfacer las demandas (estresores y tensiones). El significado que la familia adscribe a las demandas que experimenta y las capacidades que tiene para manejarlas son los factores cruciales para alcanzar un funcionamiento balanceado. El resultado del esfuerzo familiar para mantener el equilibrio se conceptualiza como ajuste familiar y adaptación familiar, siendo ambos procesos un continuo separado por las crisis familiares.

La respuesta de la familia a cualquier estresor se comprende mejor en el contexto de las múltiples demandas que confronta la familia en un momento dado. La familia prioriza demandas, se acumulan otras y muchas veces son “las pequeñas cosas” de la vida cotidiana las que terminan por provocar estrés. Hay una interacción permanente entre los estresores específicos y la acumulación de tensiones que tiene la familia, producto de los cambios del desarrollo, cambios situacionales, culturales y sociales. Muchas de las tensiones intrafamiliares son producto de la discrepancia entre sus miembros en relación a significados y comportamiento específicos. Esto es muy evidente en las familias con hijos adolescentes, en donde se producen importantes discrepancias en torno a expectativas de comportamientos, roles y normas entre padres y jóvenes. La fase de ajuste denota un periodo durante el cual se hacen cambios menores y la familia intenta satisfacer las demandas con las capacidades existentes (resistencia). El patrón de interacciones de la familia es predecible y estable. Cuando la cantidad de exigencias o la naturaleza de las demandas exceden las capacidades existentes de la familia y el desequilibrio persiste, emerge en el sistema familiar una crisis.

Durante el periodo de adaptación, se intenta restablecer la homeostasis a través de nuevos recursos y adquirir nuevas conductas de enfrentamiento adaptativas, reducir las demandas y/o cambiar la manera de ver su situación. Las familias que

funcionan con un nivel de ajuste alto, en que su razón entre capacidades y demandas están balanceadas, pueden considerarse como familias resilientes.

Un buen nivel de ajuste se refleja en: una adecuada salud física y mental de los individuos, un funcionamiento óptimo de los miembros de la familia en sus respectivos roles y una mantención de la unidad familiar que permita cumplir las tareas del ciclo de vida. Algunas familias son más vulnerables que otras, presentando crisis recurrentes dado su pobre nivel de ajuste. Estas familias vulnerables se caracterizan por miembros sintomáticos o interacciones conflictivas. Las crisis familiares se producen cuando hay un desbalance entre las demandas –que aumentan y persisten- y las capacidades de la familia, produciéndose entonces una desorganización del sistema familiar. La crisis implica un desequilibrio severo y la familia no puede funcionar física y psicológicamente en los niveles óptimos. La familia conforma un sistema de relaciones en cual la conducta de uno afecta a todos y a cada uno de sus miembros. El vehículo de estas manifestaciones observables de la relación es la comunicación. La comunicación es el núcleo fundamental de la relación interpersonal.

Las relaciones familiares positivas, expresión en gran medida, de pautas de comunicación adecuadas, se correlacionan con una menor probabilidad de presentar problemas de conducta en general, y de consumo de sustancias en particular. Dada su importancia examinaremos con mayor detenimiento las nociones desarrolladas por Watzlawick y cols. (1971), de la Escuela de Palo Alto, California, que se resumen en los siguientes axiomas:

a) La imposibilidad de no comunicar

Desde el punto de vista de la pragmática de la comunicación humana todo comportamiento es comunicación, y viceversa. Y como no existe el no comportamiento, tenemos que aceptar que, en una situación de interacción humana, uno no puede dejar de comunicar. Por lo tanto, actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre el valor de mensaje, en una palabra ellas son “comunicación”. (Hidalgo C. y Carrasco E., 2012).

b) Los niveles de contenido y de relación de la comunicación

Toda comunicación incluye un contenido y también un aspecto que define la relación, llamado metacomunicación. Al decir “me sirves un poco de café, por favor” o “sírve un café” se transmite el mismo mensaje, pero en el primer caso la metacomunicación revela la relación entre iguales, mientras que en el segundo puede tratarse de la relación entre el patrón y el empleado. La metacomunicación es una comunicación sobre la comunicación y se refiere a la relación entre quien emite el mensaje y quien lo recibe.

c) La puntuación de la secuencia de hechos

Si se observa desde fuera la comunicación interpersonal ella impresiona como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Pero, quienes participan en la comunicación introducen siempre lo que se ha dado en denominar la puntuación de la secuencia de hechos, es decir, que cada quien organiza los hechos a su manera, desde su peculiar punto de vista, que no siempre es compartido por el otro. Y esta falta de concordancias en la lectura de la realidad puede ser la fuente de conflictos intensos. Por ejemplo, una esposa puede quejarse del retraimiento de su marido, quien ha comenzado a llegar sistemáticamente tarde a su casa. Interrogado el esposo, explica que su conducta se debe a los constantes regaños de su cónyuge. Ésta, a su vez, sorprendida, replica que sus regaños se deben precisamente al retraimiento de su marido. Atrapados en esta dinámica relacional, atrincherados en su particular punto de vista, los cónyuges – incapaces de metacomunicar- no pueden percatarse del carácter complementario de sus conductas, que los conduce a una serie infinita alternada en la búsqueda del “culpable”.

d) Comunicación digital y comunicación analógica

La comunicación digital, en términos simples, corresponde a la comunicación verbal, la cual posee una sintaxis lógica compleja y poderosa para explicar los contenidos, pero carece de una semántica apropiada para definir la relación. Por el contrario, la comunicación analógica, es decir la postura, los gestos, la expresión facial, las inflexiones de la voz, la secuencia y ritmo de las palabras, en suma la comunicación no verbal, es fundamental para definir la naturaleza de la relación. Más allá del mensaje verbal, un gesto, el modo de mirar, el tono de la voz, pueden darle un matiz afectivo singular a la comunicación y definir la relación como de naturaleza amical, fraternal o amorosa, según los casos.

Pero también, si no hay congruencia entre ambas modalidades de la comunicación, pueden generarse ambigüedades y conflictos y, tal vez, una lucha por intentar descifrar y definir la naturaleza de la relación.

e) Interacción simétrica y complementaria

Todo intercambio de comunicación puede ser simétrico o complementario, basado en la clase de relación existente. Si la relación es igualitaria, es decir, si cada una de las partes tiene la libertad de tomar la iniciativa, se llama simétrica.

Si uno dirige y el otro sigue, la relación es de tipo complementario. De manera que las técnicas de comunicación empleadas por la gente pueden considerarse indicadores fidedignos del funcionamiento interpersonal. En una familia funcional la comunicación es clara (los mensajes pueden entenderse), directa (los mensajes se dirigen a quien debe recibirlos), específicos (sin generalizaciones excesivas) y congruentes (los mensajes son recíprocamente compatibles, no contradictorios o dobles). En cambio, en una familia disfuncional la comunicación tiende a ser oscura, inespecífica e incongruente.

La comunicación y la definición de sí mismo: Finalmente, un aspecto importante de la comunicación es que ella transmite información sobre la imagen de uno mismo, y el emisor busca ser confirmado por el receptor en esa definición de sí mismo, factor que es probablemente uno de los que más pesa en el desarrollo y estabilidad mentales. Y puede ocurrir que esta definición de sí mismo sea rechazada o, lo que es peor, sea desconfirmada, lo que equivale a una negación del emisor como fuente de tal definición.

En otros términos, mientras que el rechazo quiere decir: “estas equivocado, yo no te veo así”, la desconfirmación equivale a decir: “tu no existes”, mensaje altamente perturbador que, de repetirse sistemáticamente, puede conducir a una “pérdida de la mismidad”. Estos diferentes axiomas dan cuenta de las características de la comunicación interpersonal. Este proceso se hace indispensable para la subsistencia y adaptación de los sistemas a su medio, pudiendo generar pautas funcionales o disfuncionales para las interacciones. Es este proceso circular de información y retroalimentación el que da cuenta de las posibilidades de estabilidad y cambio de los sistemas vivos.

En los sistemas interaccionales estables, es decir, aquellos en que las relaciones son importantes y relativamente largas, como la familia, se establecen

secuencias comunicacionales recursivas denominadas pautas de interacción. En un sistema interaccional un mensaje tiene un contenido y además una definición de la naturaleza de la relación de aquellos que se están comunicando. La estabilización de la definición o las redundancias observadas en el nivel relacional se denominan reglas. Ackerman (1977) plantea que la familia es un sistema comunicacional gobernado por reglas interaccionales.

En síntesis, en una comunicación funcional, las personas perciben más las sutilezas de la inevitabilidad de la comunicación, estableciendo una comunicación directa sin eludir el compromiso de ella en forma descalificada del ser del otro, hay acuerdo en el nivel de contenido y de relación, hay congruencia entre la comunicación verbal y no verbal, se explican las interacciones en forma circular, y son flexibles, estableciendo relaciones simétricas y complementarias de acuerdo al contexto relacional, sin rigidizar relaciones que los llevan a escaladas simétricas o a complementariedades rígidas.

La falta de comunicación y cercanía entre los miembros de la familia y especialmente entre la adolescente y sus padres, es otro factor predisponente del embarazo en adolescentes. Muchas veces la relación entre padres y adolescentes suele caracterizarse por la incomunicación, ya que para los padres éstos presentan problemas que superan su capacidad de manejo. Debido a lo anterior, se ha planteado que el embarazo adolescente podría ser un síntoma de una carencia de recursos de la familia para adaptarse a los cambios que implica el paso de las hijas de niñas a adolescentes, lo que se manifestaría en una escasa atención y comunicación entre padres e hijas. De esta forma, las adolescentes, al ser desatendidas por sus padres, tratarían de compensar esta falta de atención o bien establecer su propia independencia y cambiar la relación con sus padres, a través de un embarazo.

Es importante además considerar el antecedente de embarazo adolescente en la madre, padre y otras figuras significativas dentro del grupo familiar. Se habla así de una transmisión transgeneracional del embarazo, que viene de preferencia a través de la familia de la madre. En esta repetición se pone en evidencia una

compleja interacción entre formas de identificación de modelos y reglas de funcionamiento familiar. Es posible agregar a todo lo anterior aquellos factores socioculturales de la familia que podrían también ser predisponentes de un embarazo adolescente, tales como depresión, alcoholismo y abuso sexual. Es importante destacar que los factores interrelacionados con mayores riesgos biomédicos tanto de la madre como del hijo, como son la edad de la madre, su escolaridad, la condición de inestabilidad y disfunción familiar y el alcoholismo familiar, están presentes mientras más pobre es la familia y contexto de la adolescente.

- **Ambiente emocional**

El clima emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de la vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos. En una familia se considera funcional la expresión de sentimientos tales como ambivalencia, rechazo, tristeza y angustia, que son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptada. Existen cinco clases de interés afectivo: indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático.

En las familias con interés de tipo indiferente, el grado y la calidad de la afectividad son bajos, lo cual genera frustración en sus miembros y alienta la separación emocional prematura y la falsa independencia. No se tolera intimidad y se favorece la inseguridad y la escasa autoestima. En las familias con interés vacío de sentimientos se observa una relación interpersonal en la cual la intensidad y la calidad del interés afectivo son solo ligeramente mayores que en el tipo anterior. En estas familias el involucramiento interpersonal parece derivar más de un sentido del deber que de una empatía genuina. Si bien se puede generar un sentido de pertenencia entre sus integrantes, la ausencia de empatía verdadera generalmente da lugar a frustración, inseguridad y dudas sobre la identidad y la autoestima.

En la familia narcisista el involucramiento afectivo tiende a ser de calidad destructiva y de alto grado, pues existe solo para satisfacer ciertas necesidades individuales sin un interés real en los demás. Este tipo de relación es el que se mantiene cuando solo se trata de satisfacer ciertas necesidades sociales de apariencia.

En la familia amalgamada o fusionada se establecen relaciones simbióticas, con fronteras difusas, en las cuales las relaciones interpersonales son muy cercanas, pero interfieren con la maduración y el desarrollo de la autonomía. Generalmente implican la existencia de tolerancia y colusión de parte de los integrantes de la familia.

En la familia empática se mantiene un alto grado de involucramiento afectivo mientras simultáneamente se acepta y apoya la autonomía de los integrantes del grupo. Estos experimentan la seguridad de ser queridos por sí mismos y así pueden desarrollar un sentido de autonomía y autoestima adecuado. La familia de tipo empático mantiene el equilibrio entre las necesidades autónomas de los individuos que la componen, con la cohesión necesaria para poder funcionar efectivamente como una unidad solidaria. Con respecto al estado anímico y ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescencia surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos, y otros aparentemente con relación a una pérdida (real o ficticia) y enfermedad crónica de un ser querido o ambas Lobertield, (2009).

La carencia afectiva entendida como la necesidad de compañía por parte de la adolescente y en la cual el embarazo se constituye como un medio para obtener afecto, pertenencia y otorgarle sentido a su vida. Además, incluye el amor romántico como manifestación característica de la afectividad de pareja propia de la adolescencia. Este tipo de amor estimula fuertes emociones y sentimientos intensos, caracterizada por una irresistible atracción sexual y un deseo de contacto físico (Revista SOGIA, 2005). Las familias de las adolescentes embarazadas de los sectores más pobres tienden con más frecuencia a ser familias incompletas o irregulares, es decir, familias con ausencia de uno o de ambos padres y con sucesivas convivencias y rupturas de vínculos afectivos.

Como ya se mencionó anteriormente, en ellas el embarazo puede ser deseado por la adolescente, consciente o inconscientemente, como una forma de llenar carencias afectivas. (Lugo N.2002).

- **Grados de funcionalidad y disfuncionalidad**

El funcionamiento familiar no es un asunto de todo o nada, por lo que muchas veces se hace necesario cuantificarlo desde el grado óptimo hasta el más funcional. Según la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en una familia con funcionamiento satisfactorio existe acuerdo en las rutinas diarias y flexibilidad para implementar los cambios necesarios. Los conflictos se resuelven mediante la comunicación y negociación. Hay acuerdo respecto a las funciones o tareas y una atmósfera cálida donde se expresan libremente los sentimientos, se comparten valores y hay relaciones sexuales satisfactorias. De acuerdo con los lineamientos derivados de las escuelas estructural y estratégica, una familia funcional posee las siguientes características:

- La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a la crianza.
- Los límites o fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
- Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
- Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
- La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara, directa y congruente, y se utiliza en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente.
- Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

- Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes del grupo y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), como las externas o ambientales.

Las familias “adaptativas” o “funcionales” son aquellas no sólo capaces de cambiar, sino que al hacerlo mantienen un adecuado grado de cohesión. Ellas poseen límites y jerarquías bien definidos, aun cuando permeables y flexibles, se muestran abiertas a los intercambios con otros subsistemas de su entorno. Los padres disponen del poder y se ocupan de la crianza de los hijos, a quienes van transfiriendo poder y autonomía a medida que se desarrollan, a la par que los nutren afectivamente y satisfacen sus necesidades interpersonales. De este modo constituyen redes familiares y sociales de soporte que, tal como su nombre lo indica, prestan un valioso apoyo al sistema familiar, especialmente cuando éste pasa por momentos de crisis. Por el contrario, las familias “inadaptativas” o “disfuncionales” son aquellas en las que límites y jerarquías se hallan pobremente definidos. Se trata de familias denominadas “aglutinadas”, en las que la cohesión prevalece sobre la autonomía, hecho que dificulta el proceso de separación- individuación, o aquellas en las que los límites y jerarquías pecan de excesiva rigidez, bloqueando el contacto interpersonal y los intercambios afectivos entre sus miembros. Se trata de familias “desapegadas”, en las que los miembros más jóvenes se sienten desorientados, a menudo carentes de referentes valorativos y con tendencia a satisfacer sus necesidades afectivas fuera del ámbito familiar, en el grupo de pares. (94) En cuanto a sus relaciones con el medio social circundante. Las familias inadaptativas o bien se repliegan excesivamente sobre sí mismas, funcionando como sistemas “cerrados”, impidiendo el acceso de sus miembros a la autonomía, o bien se muestran demasiado abiertas, hecho que interfiere con la adquisición, por parte de sus miembros, del sentimiento de pertenencia. Una familia demasiado cerrada bloquea el acceso a nueva información que estimule su desarrollo. Una familia demasiado abierta suele revelarse incapaz de procesar el exceso de información que le llega desde fuera. En uno u otro caso, la falta de información o la

sobrecarga de ella pueden conducir a la desorganización del sistema familiar. Desde la perspectiva sistémica, el funcionamiento de la familia no podría ser entendido cabalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de sus partes. (Ávila E. 2012).

El todo es más que la suma de las partes, y la manera cómo se relacionan los diferentes miembros de la familia, cómo se comunican y satisfacen sus necesidades complementarias, y los patrones interaccionales que los caracterizan nos informan más apropiadamente de su organización y funcionamiento. No existe un solo tipo de funcionamiento familiar sano como tampoco hay uno solo de funcionamiento malsano. El enfoque relacional considera prioritario el aspecto de la disfuncionalidad del núcleo familiar respecto de la especificidad del síndrome. En este sentido puede explicarse las similitudes entre las reglas de funcionamiento de la familia con un miembro toxicómano con otras familias que tienen un miembro anoréxico, psicósomático o psicótico. No hay culpables ni inocentes, solo hay víctimas de un sistema familiar que funciona disfuncionalmente. Dicho de otra forma, la elección del síntoma con que la familia se expresa tiene un valor secundario respecto a las reglas y la organización del sistema familiar. Por lo tanto, el síndrome debe estar siempre en función de la realidad de la familia de la cual surge. Pero esta relación funcional del sistema familiar puede tener características graves y además niveles distintos según una serie de factores que definen el clima familiar, entendiendo por clima familiar la configuración de la estructura y dinámica familiar. Estos factores pueden ser: la fase evolutiva del individuo, el ciclo vital familiar, duración de la incluida sintomática, implicación del paciente en la dinámica familiar y lo conyugal de la pareja. Es decir, el grado de necesidad recíproca entre el paciente y la familia para mantener su precario equilibrio homeostático, es decir, a no cambiar (Loletti, 1987).

Los estudios que ponen de relieve la calidad de la relación paterno-filial consideran que los adolescentes que tienen relaciones distantes con sus padres tendrán mayor riesgo, hay autores que hablan de un patrón estable en el funcionamiento de las familias de adolescentes con conductas problemáticas, otros, por el contrario, consideran que no existe un patrón único pero sí unas

características comunes entre las familias de dichos adolescentes como es el caso de los dependientes a las drogas.

Aun así, los patrones interaccionales descritos como más características hablan de una madre que adopte una conducta sobreprotectora y un padre periférico que se desentiende del problema del hijo. Por el contrario, Espina y colaboradores (2011) descubrieron a ambos progenitores como sobreprotectores, controladores y rechazantes, y que muestran poco afecto.

También difieren los resultados de Vecino (1990) que hablan de una relación distante entre madres e hijos, mientras que los padres estaban más cerca de los hijos o en mayor alianza. En cambio Schweitzer y Lawton (1989) señalan alianza madre-hijo.

1.1.2.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- **Consecuencias del Embarazo Adolescente**

Entre las consecuencias del embarazo adolescente se pueden señalar consecuencias a nivel médico, psicológico y económico. En esta parte se tratarán algunas de las posibles consecuencias psicológicas para la adolescente, para su hijo y para el sistema familiar.

- *Consecuencias para la adolescente*

Si bien las madres adolescentes tienen la capacidad biológica de la reproducción, aún no están psicológicamente preparadas para asumir y enfrentar la maternidad. Es importante recordar que la adolescencia en sí es un período crítico del desarrollo, que se caracteriza por la manifestación de profundos cambios en las distintas áreas de la vida de la adolescente, como por ejemplo, la búsqueda de la propia identidad e independencia de los padres.

De esta forma, la joven debe enfrentarse a dos crisis simultáneas, una de tipo normativa (adolescencia) y otra no-normativa (embarazo precoz). El aparente avance en la etapa del desarrollo, por el hecho de ser madre, retardaría el alcanzar un mayor grado de independencia. La adolescente debe permanecer en

su casa y experimentar una dependencia creciente de sus padres, en cuanto a ayuda económica, y cuidado del niño. Además, los roles llegarían a confundirse, de modo que la abuela pasa a ser la cuidadora más importante del niño, disminuyendo fuertemente la autoestima de la adolescente y su habilidad para crecer en una relación maternal con su propio hijo. Por otra parte, la adolescente soltera embarazada es muchas veces rechazada, tanto por su grupo familiar, el progenitor y por el sistema social, acentuando la inestabilidad psicológica y aumentando los sentimientos de culpa e inseguridad propias de su edad.

La madre adolescente es propensa a experimentar sentimientos de culpa y autodesprecio. Por todo lo anterior, el embarazo adolescente crea un estrés severo ya que se produce ansiedad a raíz del conflicto entre la necesidad de independencia de la adolescente y su dependencia obligada del mundo adulto. Por otra parte, se da un distanciamiento de su grupo de pares ya que las responsabilidades como madre que debe cumplir la adolescente, son muy difíciles de compatibilizar con las necesidades propias de esta etapa que están atravesando sus amigos.

Sumado a lo anterior, como consecuencia del embarazo adolescente se presenta una interrupción de la escolaridad de manera definitiva o un reingreso tardío con las nuevas limitaciones y escasa disponibilidad de tiempo. De esta forma, la adolescente se ve obligada a ejecutar trabajos de baja remuneración, inestables y con dificultad para seguir capacitándose. Todo esto dificulta la adquisición de autonomía por parte de la adolescente, que sigue dependiendo de la familia de origen para supervivencia de ella y de su hijo. (Mendoza A.2013).

- *Consecuencias para el niño*

Una madre que no ha alcanzado una plena madurez cognitiva y psicosocial, tendrá dificultades para entregar a su hijo una maternidad adecuada y suficiente para el desarrollo temprano del niño. De hecho, la actitud negativa al embarazo es mayor en la adolescente soltera. Se describe además que casi la mitad de los niños golpeados corresponde a hijos de padres adolescentes.

En este aspecto, se ha observado que las madres adolescentes presentan dificultades para establecer un adecuado vínculo madre-hijo en las primeras semanas de vida del niño. A menor edad de la madre, es menor la probabilidad de realizar conductas maternas típicas como: tocarlo, establecer comunicación con el niño, hablarle, jugar con él, etc. Estos niños pueden verse enfrentados a un rechazo social y familiar, y a veces, una alteración de los patrones de identificación con el sexo masculino debido a la falta de figura paterna o a la presentación de ella como negativa y abandonada de él y su madre.

Los problemas económicos crean circunstancias adversas para el desarrollo cognitivo de los hijos, al restringir la calidad de estimulación que el niño recibe. Es probable que estos niños no logren terminar sus estudios, en parte por el ingreso precoz al trabajo y en parte por la deprivación sociocultural a la que ellos están sometidos. De esta manera, los niños hijos de madres adolescentes están más propensos a presentar mayores problemas de conducta en la infancia, deficiencias de aprendizaje y más desventajas en su coeficiente intelectual con respecto a niños normales. Se puede señalar además, que un gran número de hijos de madres adolescentes son criados por las abuelas maternas, quienes muchas veces no han terminado de criar a sus propios hijos. Esta dependencia de los abuelos expone a estos niños a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos.

- *Consecuencias para la familia*

Cada familia reacciona a su propia manera ante la noticia del embarazo de una hija adolescente. Sin embargo, generalmente habría un período de rabia, dolor o confusión, que luego sería reemplazado por el apoyo. Algunas familias logran aceptar esta situación con mayor facilidad, en cambio otras se desorganizan totalmente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el embarazo adolescente es vivido como una situación crítica y aguda, que altera el ciclo vital normal de la familia.

La aceptación del embarazo de la hija adolescente provoca un desajuste en el grupo familiar. Por la incorporación de un nuevo miembro que aumenta los problemas económicos ya existentes. Por otro lado, ocasiona un traspaso de

roles, siendo generalmente la abuela la cuidadora primaria del niño, lo cual disminuye la posibilidad de la adolescente de crecer en una relación maternal con su hijo. Si la adolescente se casa o comienza una convivencia con el padre de su hijo, la mayoría de las veces estas relaciones constituyen uniones de mucha exigencia para la joven, quien debe renunciar a muchos intereses juveniles, viendo generalmente frustradas sus expectativas idealizadas de ser esposa y madre. La mayoría de las veces la pareja vive como allegados en la casa de sus padres o suegros, aumentando más todavía las dificultades económicas. Por todas estas razones en muchas ocasiones estos matrimonios son de corta duración.

1.1.2.3 ROL DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR Y DEL ADOLESCENTE

El cada vez mayor nivel educativo de la mujer alcanzado en estos últimos tiempos, está permitiendo el retraso de la edad al matrimonio y postergar el inicio de la reproducción. Sin embargo este cambio social no ha sido acompañado de una adecuada formación en educación sexual, ni de disponibilidad de servicios de planificación familiar adecuados para jóvenes, principalmente adolescentes. Esta desinformación y la inaccesibilidad a servicios de salud reproductiva están contribuyendo al cada vez mayor número de abortos y embarazos no deseados en los adolescentes (FamilyPlanning, 1996). En el país durante el año 1998, el seguro escolar gratuito atendió, en el ámbito nacional, a 3 mil adolescentes escolares en estado de gestación (Ministerio de Salud 2009).

Por otro lado, existe el mito de que si se proporciona información y servicios sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ETS/ SIDA, a los jóvenes, esto contribuiría a su promiscuidad. Sin embargo, las evidencias sugieren lo contrario: a mayor información, tendrían mayor responsabilidad en su comportamiento (Friedman, 1992). Estudios realizados en Canadá y en los países escandinavos han demostrado que integrando la educación sexual y el acceso a la anticoncepción se puede reducir de forma considerable el número de embarazos no deseados y de aborto entre las mujeres jóvenes.

En este contexto, a fin de que adolescentes, padres de familia y docentes, en el cumplimiento de los objetivos para prevenir el embarazo adolescente el Ministerio de educación desde 1996 ha puesto en marcha el Programa Nacional de Educación Sexual, dentro del cual existen lineamientos de políticas del programa nacional de Educación Sexual para la prevención del embarazo adolescente.

Asimismo, el Ministerio de Salud desarrolla el Programa de Salud Escolar y del Adolescente, dentro de la cruzada nacional de prevención del embarazo en adolescentes, en el cual la enfermera brinda información, educación y orientación de los adolescentes, padres de familia, docentes, sobre los factores protectores relacionados a su salud sexual y reproductiva, incorporando en el adolescente el concepto del autocuidado de salud y el concepto de ideal reproductivo.

1.1.2.4 ENFERMERIA EN LA SALUD FAMILIAR

La familia constituye la piedra angular de la sociedad. De ahí es función primordial de la familia nuclear el cuidado y protección de sus miembros enfermos y dependientes. El rol de enfermo y la búsqueda de consejo y/o ayuda de cualquier agente de salud, las decisiones ocurren en el marco de la familia, ya que con frecuencia, muchos episodios de enfermedad no llegan al dominio profesional y cuando lo hace, las decisiones acerca de cuándo y a quien consultar, la adhesión al tratamiento y su cumplimiento permanecen en el contexto familiar.

En síntesis, las bases para considerar a la familia como una unidad médico-social queda expresadas en la observación de Meter J. M. Mc Ewan: “la forma en que un individuo desempeña el rol de enfermo y la naturaleza de la respuesta familiar ante él, puede influir no solo sobre el curso de la condición del paciente sino también sobre la salud y felicidad de la familia”.

La importancia del rol de la familia en la salud y en la atención primaria se resume con la concepción de salud familiar. El enfoque de la teoría sistémica

aplicada a la familia enfatiza las relaciones interpersonales más que su estructura o individuos mismos, por lo cual la familia como grupo, adquiere una identidad diferente a la simple suma de sus componentes. Por analogía, la aplicación de este análisis al campo de la salud conduce a la consideración de la salud familiar, como una síntesis diferente de la salud individual.

Esta última, alude a la incidencia y/o prevalencia de enfermedades de los componentes de una familia, mientras que de acuerdo a la teoría de sistemas, la salud familiar describiría su funcionamiento como grupo social. En cada caso los criterios de salud son diferentes ya que solo los individuos sufren enfermedades. Por otra parte, al hablar de familias sanas habitualmente se alude a su efectividad o funcionalidad. Miller ha afirmado que la familia como unidad social efectiva “permite a las personas vivir juntas y criar niños que sean sanos y tengan cualidades aceptadas como deseables por la comunidad pertinente. El cumplimiento efectivo de esta función está también influido por variables biológicas, sociales, económicas y culturales”.

Es por esta razón que el equipo de salud deberá irse mirando a sí mismo como otro componente de la red de apoyo social del individuo y su familia para superar las crisis de salud. La enfermería familiar como servicio integral es un proceso complejo que exige tener un enfoque sistemático para trabajar con familias e individuos a la vez. La intervención de enfermería en el cuidado familiar implica el cuidado a la familia como un colectivo unitario de personalidades interactuantes y ligadas entre sí y, el cuidado al miembro familiar como una identidad que la familia no anula por el contrario fortalece y lo ayuda a desarrollarse.

El propósito de valorar a la familia es determinar el grado de funcionamiento de la misma, clarificar los patrones de interacción familiar, identificar los puntos fuertes y los débiles de la familia, y describir el estado de salud de la misma y de sus miembros por separado. También son importantes los patrones de vida, incluida la comunicación, la crianza de los niños, las estrategias para enfrentarse a las dificultades y las prácticas de salud. (Zarate I.2003).

Una valoración global de la familia proporciona una visión general del proceso familiar y ayuda a la enfermera a identificar áreas que necesitan una valoración más detallada. A la hora de planificar las intervenciones, las enfermeras no deben centrarse únicamente en los problemas sino también en las fuerzas y en los recursos familiares como parte de un plan de cuidados de enfermería. La vulnerabilidad de las unidades familiares frente a los problemas de salud puede estar basada en el grado de desarrollo de la familia, en la edad de sus miembros, en factores genéticos o hereditarios, en factores sociológicos y en prácticas de estilo de vida. El objetivo de la enfermera es promover un funcionamiento y una salud óptima de la familia.

Desde una perspectiva preventiva, la enfermera debe detectar los factores predisponentes, anteriormente mencionados, y procurar tomar medidas para evitar un embarazo adolescente como por ejemplo, creación de programas de formación sexual, fomento de comunicación intrafamiliar, expresión de afecto y modificación de estilos demasiado permisivos y/o autoritarios, entre otras. Es muy importante integrar a las fichas o anamnesis la sexualidad de los jóvenes y que la enfermera indague con ellos sobre las conductas que realizan, con el fin de proporcionarles una mejor orientación e información respecto a la sexualidad y formas de prevenir embarazos no deseados. Una vez producido el embarazo adolescente, la enfermera debe tomar en consideración varios aspectos. En primer lugar, como cada familia posee características propias, la enfermera debe en cada caso hacer una aproximación tomando en cuenta la estructura, organización y dinámica particular de esa familia.

Otro elemento importante de considerar es que la adolescente “no se transforma necesariamente en adulta debido al embarazo”. Esto es importante para poder transmitir a la familia las posibles dificultades que puedan surgir y evitar la tendencia a presionar excesivamente hacia el rol de madre o adulta. Esto debe darse en forma paulatina. Las intervenciones de enfermería deberán estar orientadas a ayudar a crecer y a madurar a la adolescente y a su familia, sin tomar un papel protector que impida este crecimiento o reemplace la búsqueda de recursos propios que la familia tiene para resolver sus conflictos. (Pérez, B. 2003).

Una vez que la familia está en conocimiento del embarazo, los padres comienzan a vivir momentos difíciles de rabia, violencia y culpabilidad. En ocasiones las reacciones de los padres requieren una acogida de parte de la enfermera, quien debe saber escucharlos en silencio, acompañarlos y contenerlos. Una vez establecida una buena relación es importante tratar de eliminar la sensación de fracaso personal que sienten los padres frente a la aparición de un embarazo en su hija. Así, la enfermera debe tratar de centrar la búsqueda de soluciones futuras, alentando a los padres a no quedarse solo en culpas.

También puede ocurrir que la reacción de los padres sea con violencia física. En estos casos se debe entender que la violencia puede ser producto de la angustia y frustración de las expectativas por el embarazo.

Aun entendiendo lo anterior, la enfermera debe intentar hacerles ver la condición de mujer embarazada de su hija, la protección que se le debe dar en esa condición y los riesgos legales que tal conducta puede acarrear. En lo posible, la enfermera debe facilitar el diálogo entre la adolescente y su familia, ya sea con ambos padres, con la madre o con una figura, de tal forma que la adolescente pueda expresar lo que siente. Es importante, sin embargo, considerar las dificultades de comunicación que caracterizan a algunas familias. La intervención de la enfermera debe orientarse, cuando ello sea posible, a que la familia de la adolescente, especialmente su madre, la apoye, la ayude y le enseñe lo relativo a la crianza de su hijo.

Sin embargo, es importante que la propia madre adolescente asuma la crianza, aun cuando pueda equivocarse y no lo haga del todo bien. Es importante evitar la descalificación, promoviendo el aprendizaje. Por otro lado, el bienestar psicosocial de la adolescente embarazada se relaciona también con la calidad de la relación que la enfermera mantiene con esta. Es importante, por lo tanto, que la enfermera revise su actitud ante la sexualidad de la joven y que sea capaz de entender que el embarazo es el resultado de una compleja interdependencia de elementos. Es necesario desarrollar una actitud de aceptación, libre de críticas y juicios. (Luna A, Gómez V.2003)

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La familia constituye la piedra angular de la sociedad por lo que sigue siendo el primer y principal sistema de formación para el adolescente, ya que puede convertirse en un factor de riesgo cuando no existen modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que pudieran originar un embarazo durante la adolescencia.

Cada año se incrementa el número de adolescentes que inician una gestación, contribuyendo así al incremento del índice de morbilidad y mortalidad maternoinfantil del país, y al consecuente impacto psicosocial del embarazo, que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, que tienden a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. Esta problemática involucra a todos los profesionales de la salud, entre ellas enfermería, que es una de las profesiones encargada de desarrollar aspectos preventivos y promocionales de la salud en los diferentes ciclos de vida, contribuyendo así a promover la adopción de conductas sexualmente saludables y responsables en el grupo de riesgo y disminuir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual. Situación vivenciada a diario que me induce a determinar qué relación existe entre el tipo de familia y el embarazo en esta población etaria.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación en el funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II – 2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017?

1.4 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1 Conceptualización

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia de satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia.

Variables

Variable Independiente:

Funcionamiento familiar

Variable Dependiente:

Embarazo en adolescentes

1.4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de la adolescentes</p>	<p>El funcionamiento familiar depende del grado de satisfacción de las necesidades del entorno familiar en el que vive el adolescente, que puede tener un efecto notable sobre su comportamiento sexual y condicionar el embarazo precoz en adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organización o estructura <ul style="list-style-type: none"> - Jerarquía - Alianzas - Fronteras o límites - Funciones o papeles • Solución de conflictos <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Afrontamiento de problemas • Ambiente emocional <ul style="list-style-type: none"> - Afecto - Confianza 	<p>Funcional</p> <p>Disfuncional</p>

1.5 HIPÒTESIS

La disfuncionalidad familiar está relacionada principalmente al embarazo en adolescentes atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana.

1.6 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017.

Objetivos Específicos

- Determinar la situación sociodemográfica de las adolescentes participantes en el estudio.
- Identificar el funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área estructura.
- Identificar el funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área solución de conflictos.
- Identificar el funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área ambiente emocional.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo; así mismo la investigación fue de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Consultorio Prenatal, Hospital II-2.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por 68 adolescentes gestantes atendidas en el Consultorio Prenatal del Hospital II-2 Sullana.

Muestra: se utilizó la siguiente fórmula
()

N: es el tamaño de la población. _____

α : es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando

La muestra estará compuesta por 57 adolescentes gestantes atendidas en el Consultorio Prenatal del Hospital II-2 Sullana.

Criterios de inclusión:

- Adolescente en primera gestación que se embarazó cuando vivía en el seno de su familia (padres y hermanos).
- Adolescentes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adolescente multigesta
- Adolescente con alteraciones mentales
- Adolescente cuyo embarazo sea producto de abuso sexual
- Adolescente analfabeta

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario, cuya estructura es la siguiente: introducción, datos generales, datos relacionados al embarazo y datos específicos sobre el entorno familiar, subdividido en organización o estructura, solución de conflictos y ambiente emocional). El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el Juicio de Expertos por Maritza Elsa Urreta Palacios (2008), la prueba piloto, fue sometido a validez estadística mediante la prueba de ítem-test coeficiente r de Pearson y la confiabilidad a través del alfa de Cronbach.

Para la medición de la variable de estudio se determinó la media considerando en:

- Organización o estructura
Estructura Funcional > 33 puntos
Estructura Disfuncional < 33 puntos
- Solución de conflictos
Funcional > 10 puntos
Disfuncional < 10 puntos
- Ambiente emocional
Funcional > 21 puntos
Disfuncional < 21 puntos

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la implementación del estudio se realizó los trámites administrativos para la autorización por parte del Director del Hospital, Médico Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación y Médico Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia. Luego se realizaron las coordinaciones necesarias con las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia responsables del Servicio, para la aplicación del instrumento, previo consentimiento informado de las gestantes adolescentes que acudieron a los consultorios de gineco-obstetricia, psicoprofilaxis y ginecología en el mes de Febrero y Marzo del 2017

2.6 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Principio de Beneficencia: Garantía que no sufrirán daño: Esto se refiere a que los participantes no serán expuestos a experiencias que les provoquen incomodidad, para ello el instrumento será aplicado solo por el investigador.

Principio de respeto a la dignidad humana: Las participantes tendrán la libertad de participar en forma voluntaria, así como la libertad de retirarse en el momento que deseen.

Consentimiento informado: Se les informará que los datos obtenidos serán utilizados en forma confidencial y a la que solo tendrá acceso el investigador. Se

incluirá un formulario de consentimiento, la cual documenta la participación voluntaria, después que recibieron una explicación completa sobre la investigación.

Principio de anonimato: Los datos fueron manejados en forma anónima solo para la investigación.

Principio de ética: Se respetara la integridad de los participantes sin interrumpir el procedimiento

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

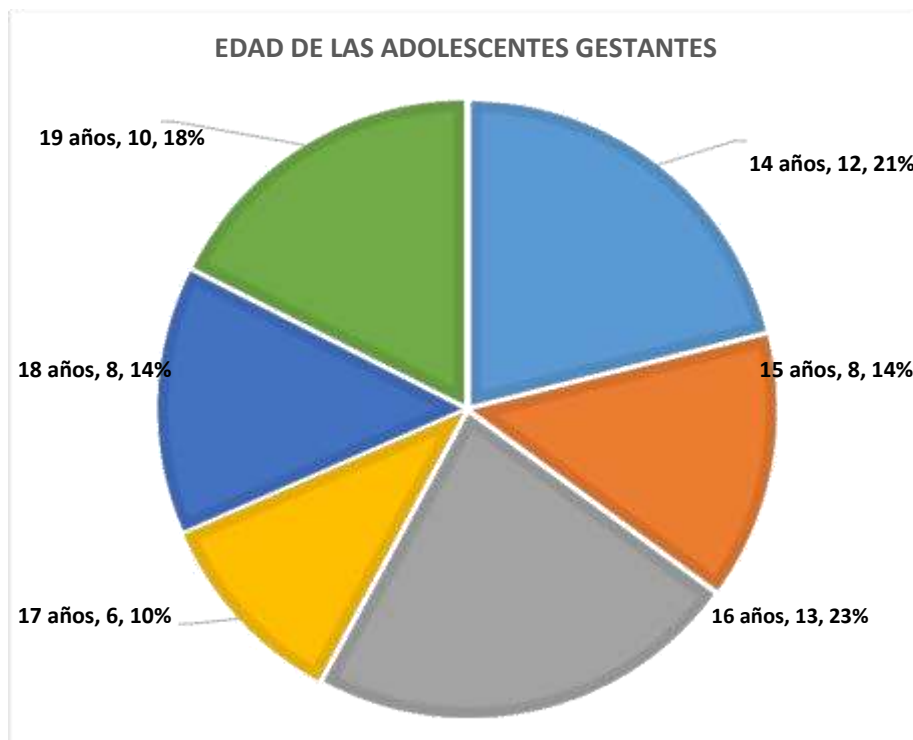
Una vez obtenida la información se procedió a la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas. Finalmente los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico. Para ello se empleó el programa SPSS versión 20.

3. RESULTADOS

Tabla N° 1 Edad de adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Superior
14 años	12	21.1	21.1	.0	5.4	10.5	31.6
15 años	8	14.0	35.1	.0	4.5	7.0	24.6
16 años	13	22.8	57.9	.1	5.6	12.3	33.3
17 años	6	10.5	68.4	.0	4.1	3.5	19.3
18 años	8	14.0	82.5	-.1	4.6	5.3	24.5
19 años	10	17.5	100.0	.1	4.9	8.8	28.1
Tota	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Figura N° 1 Edad de adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal,
Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017**

Tabla N° 2 Grado que cursa en el Nivel secundaria las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Grado que cursa en el nivel secundaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
1er grado	5	8.8	8.8	-.1	3.9	1.8	17.5
2do grado	15	26.3	35.1	-.1	5.8	15.8	38.6
3er grado	14	24.6	59.6	.1	5.8	14.0	36.8
4to grado	8	14.0	73.7	.1	4.6	7.0	24.6
5to grado	15	26.3	100.0	-.1	5.6	15.8	36.8
Total	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

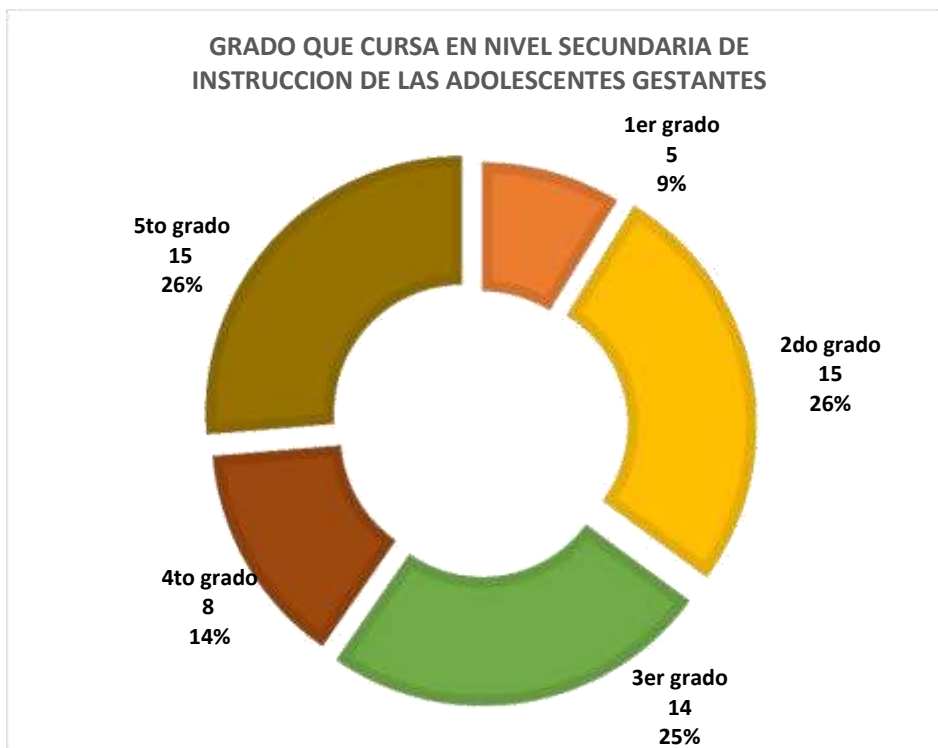


Figura N° 2 Grado que cursa en el Nivel secundaria las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

**Tabla N° 3 Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidos
Consultorio Prenatal; Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Intervalo de confianza al 95% Superior
Soltera	33	57.9	57.9	.26	6.6	45.6	70.2
Conviviente	20	35.1	93.0	-.26	6.6	22.8	47.4
Casada	4	7.0	100.0	.03	3.3	1.8	14.0
Total	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

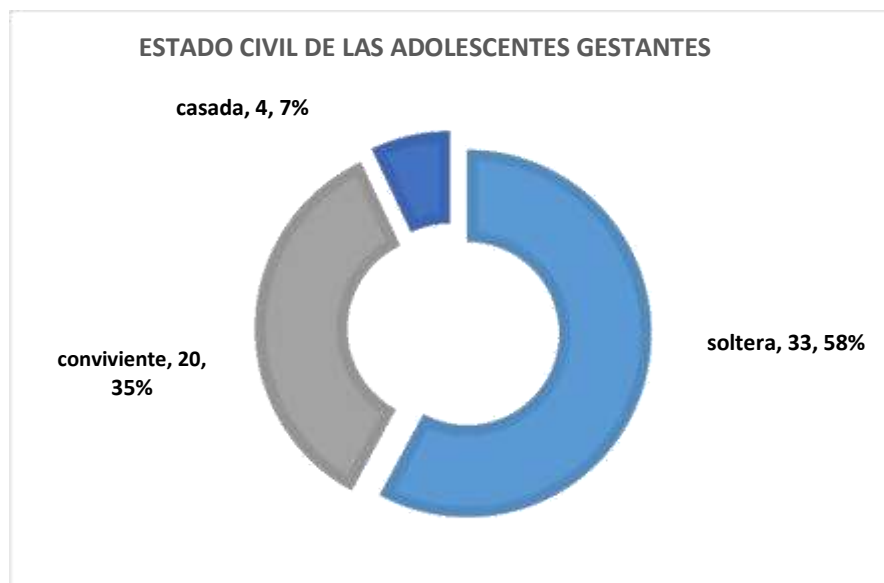


Figura N° 3 Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 4 Ubicación de número de hermanos en las adolescentes embarazadas atendidas en el Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Ubicación en el número de hermanos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Intervalo de confianza al 95% Superior
Soy hija única en mi familia	3	5.3	5.3	.1	.0	0.0	12.2
Soy la mayor de mis hermanos	24	42.1	47.4	.1	.8	29.8	54.4
Estoy entre el mayor y el menor de mis hermanos	18	31.6	78.9	.1	6.2	21.1	43.9
Soy la menor de mis hermanos	12	21.1	100.0	0	.4	12.3	31.6
Total	57	100.0		.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

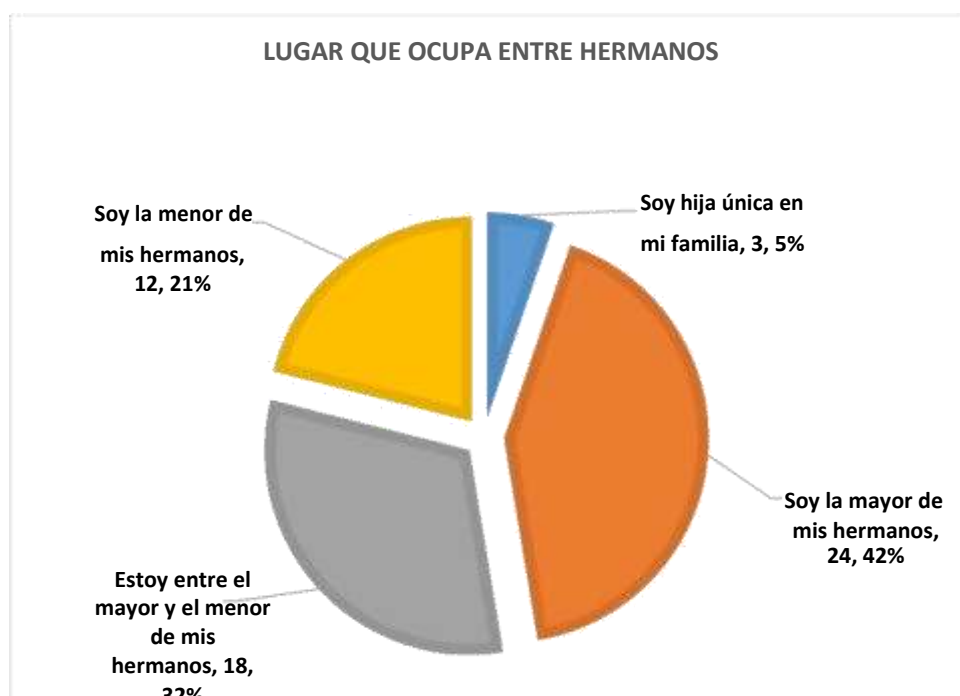


Figura N° 4 Ubicación de número de hermanos en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 5 Tiempo de gestación transcurrida para saber que las adolescentes estaban embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

¿Qué tiempo de gestación tenías cuando te diste cuenta que estabas embarazada?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típico	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Intervalo de confianza al 95% Superior
1er mes	40	70.2	70.2	-4	5.9	57.9	80.7
2do mes	16	28.1	98.2	.3	5.8	17.5	40.4
3er mes	1	1.8	100.0	.1	1.8	0.0	5.3
Total	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

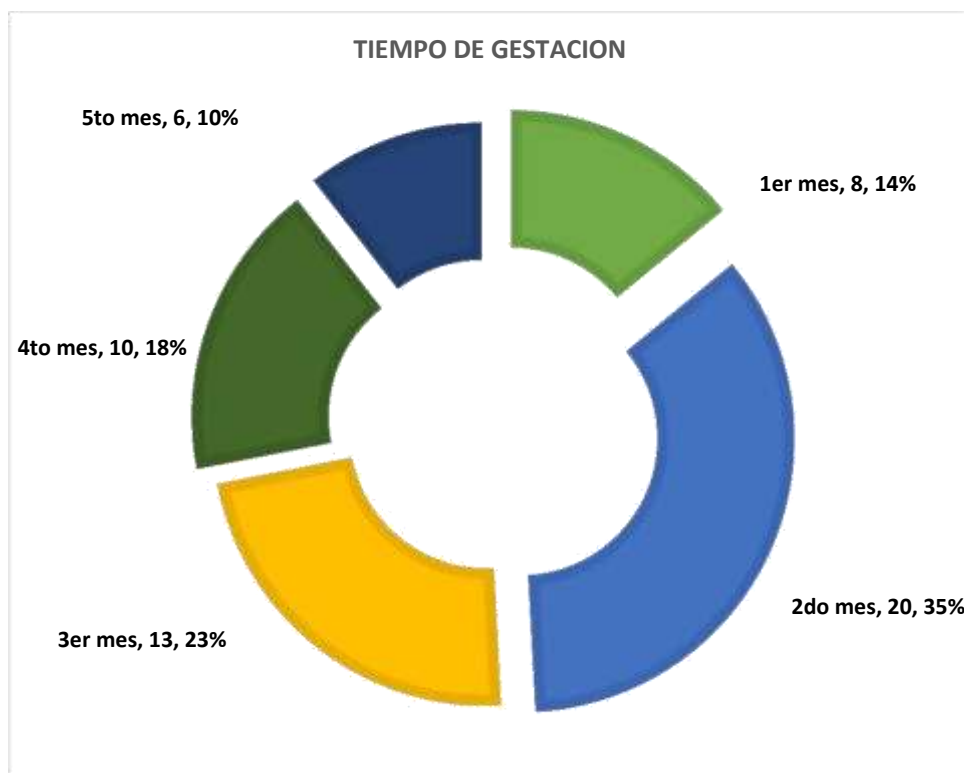


Figura N° 5 Tiempo de gestación transcurrida para saber que las adolescentes estaban embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 6 Tiempo de gestación para que los padres sepan que las adolescentes están embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

¿Qué tiempo de gestación tenías cuando tus padres se enteraron que estabas embarazada?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típico	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Intervalo de confianza al 95% Superior
1er mes	42	73.7	73.7	-.2	5.7	63.2	84.2
2do mes	11	19.3	93.0	.0	5.3	10.5	29.8
3er mes	4	7.0	100.0	.2	3.3	1.8	14.0
Total	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Figura N° 6 Tiempo de gestación para que los padres sepan que las adolescentes están embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 7 Conocimiento de los padres de la gestación de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Cómo se enteraron tus padres de tu embarazo?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Superior
ellos se enteraron por mi	25	43.9	43.9	.2	6.5	31.6	57.9
ellos mismos se dieron cuenta	14	24.6	68.4	.0	5.8	14.0	36.8
ellos se enteraron por otras personas	11	19.3	87.7	-.1	5.3	8.8	29.8
ellos se enteraron de casualidad	7	12.3	100.0	-.1	4.3	3.6	21.1
Total	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Figura N° 7 Conocimiento de los padres de la gestación de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 8 Antecedente familiar sobre gestación en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo (a) antes de los 20 años?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico	Error Inferior	Error Superior
Si	16	28.1	28.1	-.1	5.9	17.5	40.4
No	41	71.9	100.0	.1	5.9	59.6	82.5
Total	57	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

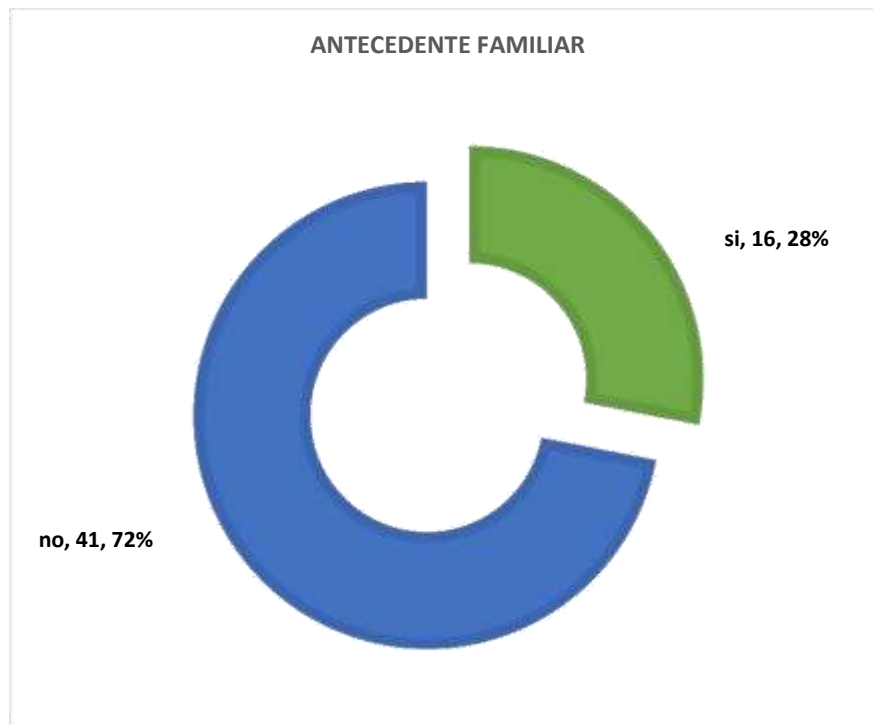


Figura N° 8 Antecedente familiar sobre gestación en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 9 Nivel de Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Funcionali dad familiar	Frecuen cia	Porcent aje	Porcent aje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Ses go	Tí p. Error	Intervalo de confianza al 95%	Inferi or Superi or
Funcional (>de 64 puntos)	9	15,8	15,8	-,2	4, 9	7,0	26,3
Disfuncion al (< de 64 puntos)	48	84,2	100,0	,2	4, 9	73,7	93,0
Total	57	100,0		0,0	0, 0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

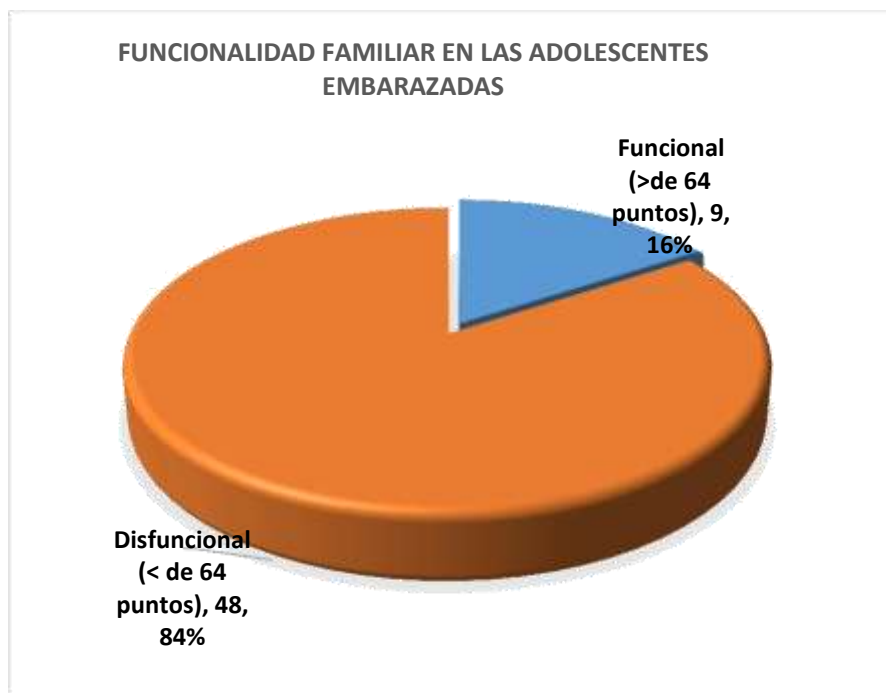


Figura N° 9 Nivel de Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas atendidos

Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 10 Funcionalidad Familiar según estructura (Ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Ítems del Área Estructura	Funcional		Disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Toma de decisiones en la familia	20	35,1	37	64,9	57	100,0
Tenían en cuenta la opinión de las adolescentes en la toma de decisiones	3	5,3	54	94,7	57	100,0
Apoyo frente a algún problema de salud	2	3,6	55	96,4	57	100,0
Apoyo frente a algún problema escolar	5	8,8	52	91,2	57	100,0
Apoyo frente a algún problema sentimental	13	22,8	44	77,2	57	100,0
Establecimiento de reglas en la familia	2	3,5	55	96,5	57	100,0
Temas que se establecían sobre las reglas existentes en la familia	32	56,1	25	43,9	57	100,0
Preocupación de los padres sobre el cumplimiento de las reglas existentes	35	61,4	22	38,6	57	100,0
Preocupación de las adolescentes sobre el cumplimiento de las reglas existentes	35	6,4	22	38,6	57	100,0
Funciones que cumplían los padres	19	33,3	38	66,7	57	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

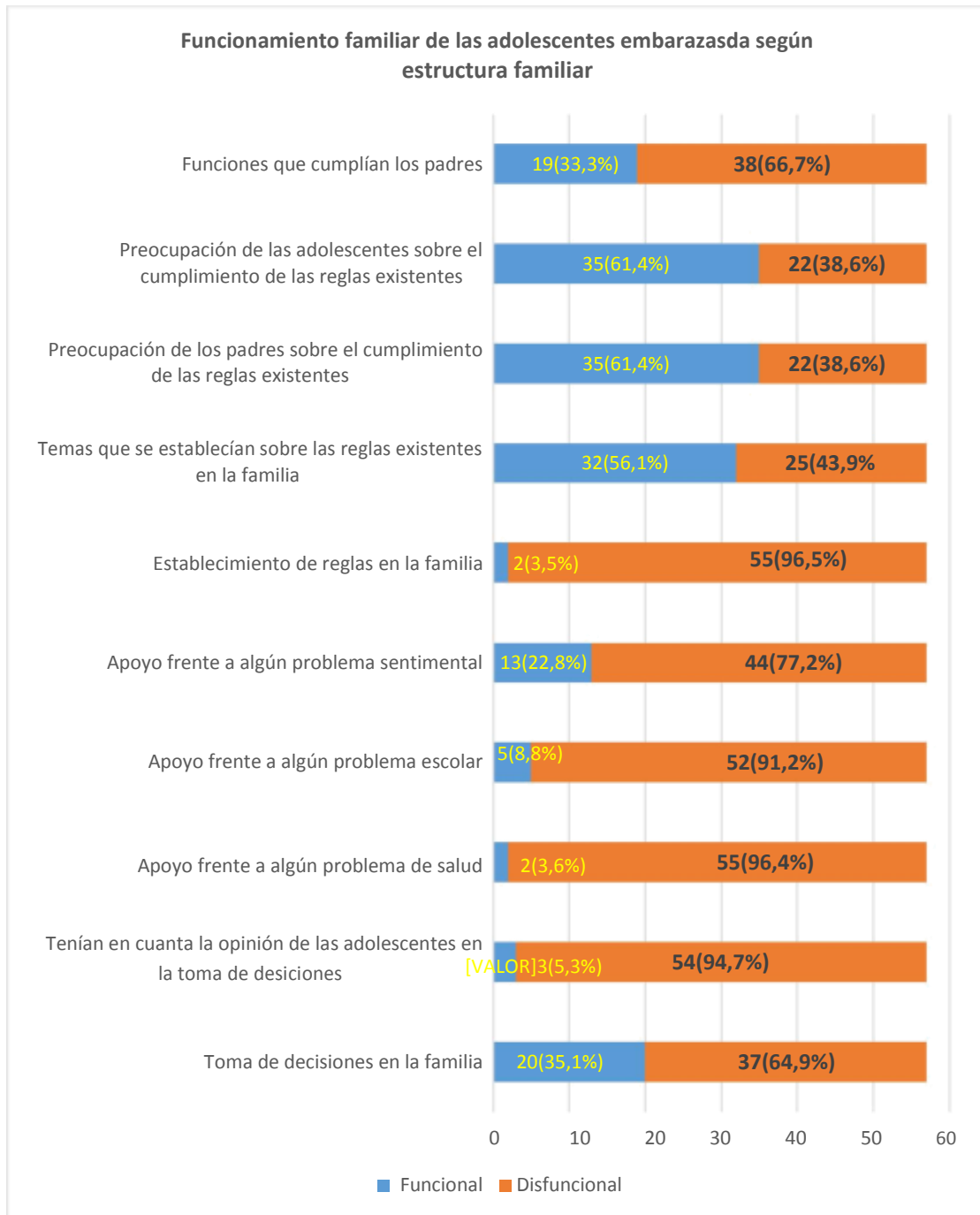
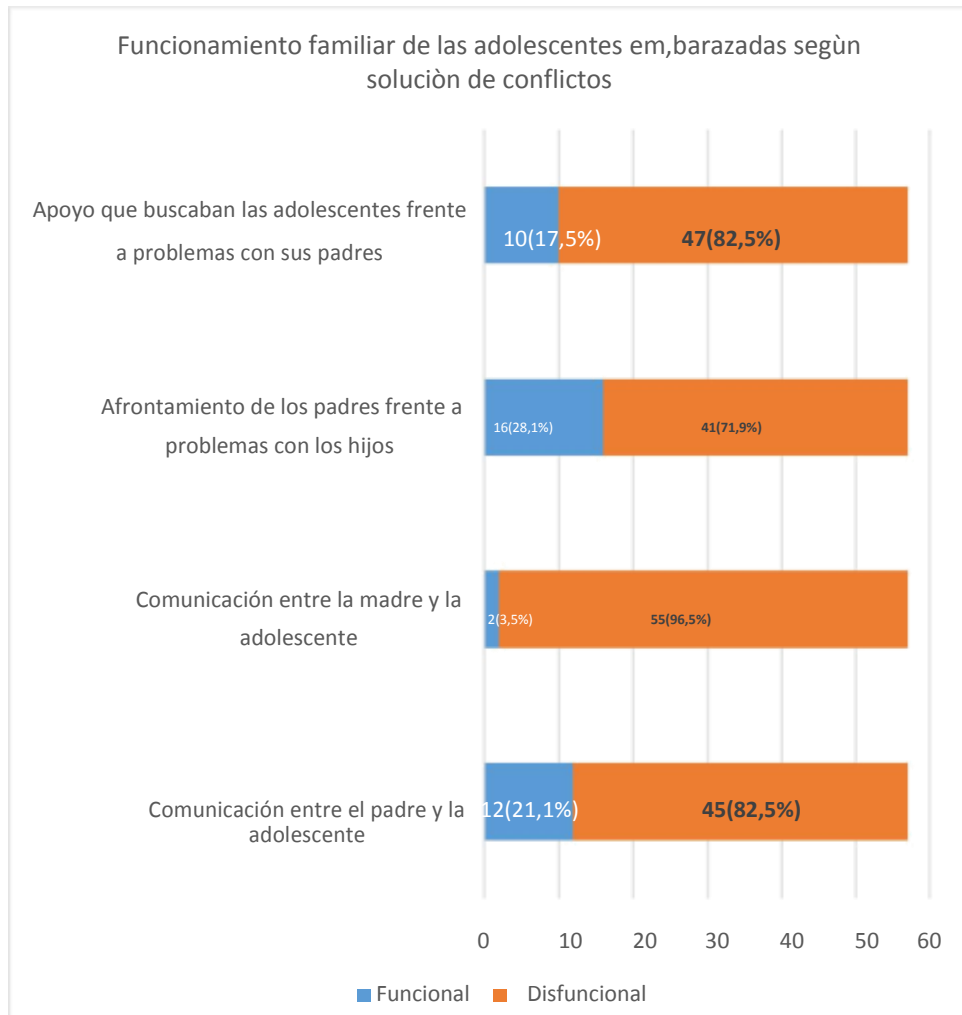


Figura N° 10 Funcionalidad Familiar según estructura (Ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 11 Funcionalidad Familiar según solución de conflictos (ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Ítems del Área Solución de Conflictos	Funcional		Disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Comunicación entre el padre y la adolescente	12	21,1	45	78,9	57	100,0
Comunicación entre la madre y la adolescente	2	3,5	55	96,5	57	100,0
Afrontamiento de los padres frente a problemas con los hijos	16	28,1	41	71,9	57	100,0
Apoyo que buscaban las adolescentes frente a problemas con sus padres	10	17,5	47	82,5	57	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Figura
dad**

**N° 11
Funcionali
Familiar
según
solución
de
conflictos
(ítems)
en las**

**adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2
Sullana, diciembre 2016 – abril 2017**

Tabla N° 12 Funcionalidad Familiar según ambiente emocional (ítems) en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Ítems del Área Ambiente	Funcional		Disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Emocional						
Afecto entre los padres	10	17,5	47	82,5	57	100,0
Afecto de la madre hacia la adolescente	3	5,3	54	94,7	57	100,0
Afecto del padre hacia la adolescente	13	22,8	44	77,2	57	100,0
Afecto de los hermanos hacia la adolescente	1	1,8	56	98,2	57	100,0
Grado de confianza hacia la madre	8	14,1	49	85,9	57	100,0
Grado de confianza hacia el padre	22	38,6	35	61,4	57	100,0
Actividades familiares	36	63,2	21	36,8	57	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

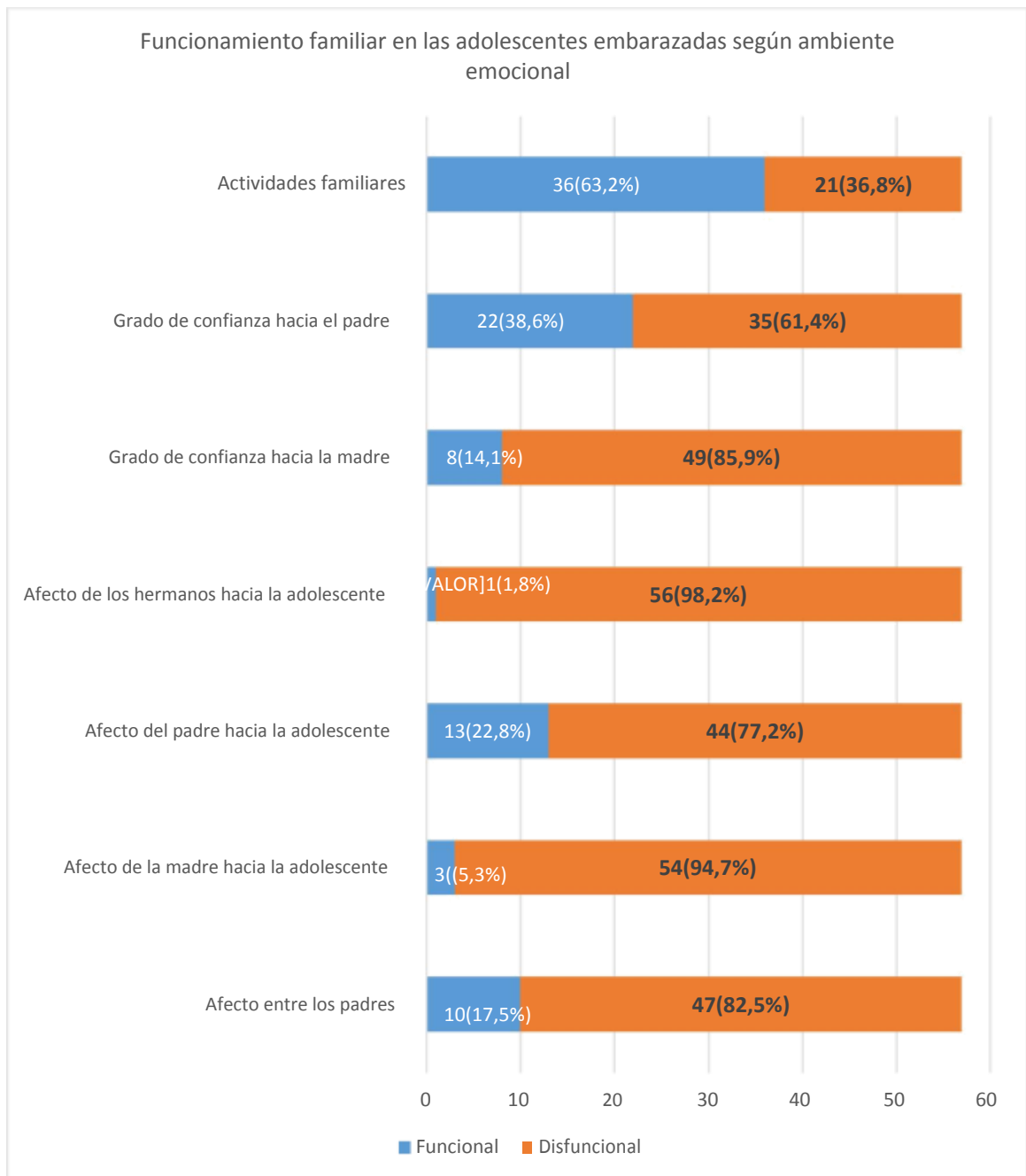


Figura
dad

N° 12
Funcionali
Familiar
según
ambiente
emocional
(ítems)
en las

adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2

Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 13 Funcionalidad Familiar según Estructura en las adolescentes atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Estructura	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Intervalo de confianza al 95% Superior
Funcional (> de 33 puntos)	6	10,5	10,5	,0	4,1	3,5	19,3
Disfuncional (< de 33 puntos)	51	89,5	100,0	,0	4,1	80,7	96,5
Total	57	100,0		-,1	3,2	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Figura N° 13 Funcionalidad Familiar según Estructura en las adolescentes atendidos
Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017**

Tabla N° 14 Funcionalidad Familiar según Solución de conflictos en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Solución de conflictos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Intervalo de confianza al 95% Superior
Funcional (> de 10 puntos)	15	26,3	26,3	,3	5,9	15,8	38,6
Disfuncional (< de 10 puntos)	42	73,7	100,0	-,3	5,9	61,4	84,2
Total	57	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Figura N° 14 Funcionalidad Familiar según Solución de conflictos en las adolescentes embarazadas atendidas en el Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 15 Funcionalidad Familiar según Ambiente emocional en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

ambiente emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Superior
Funcional (> de 21 puntos)	23	40,4	40,4	,1	6,7	28,1	54,4
Disfuncional (< de 21 puntos)	34	59,6	100,0	,2	6,3	47,4	71,9
Total	57	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

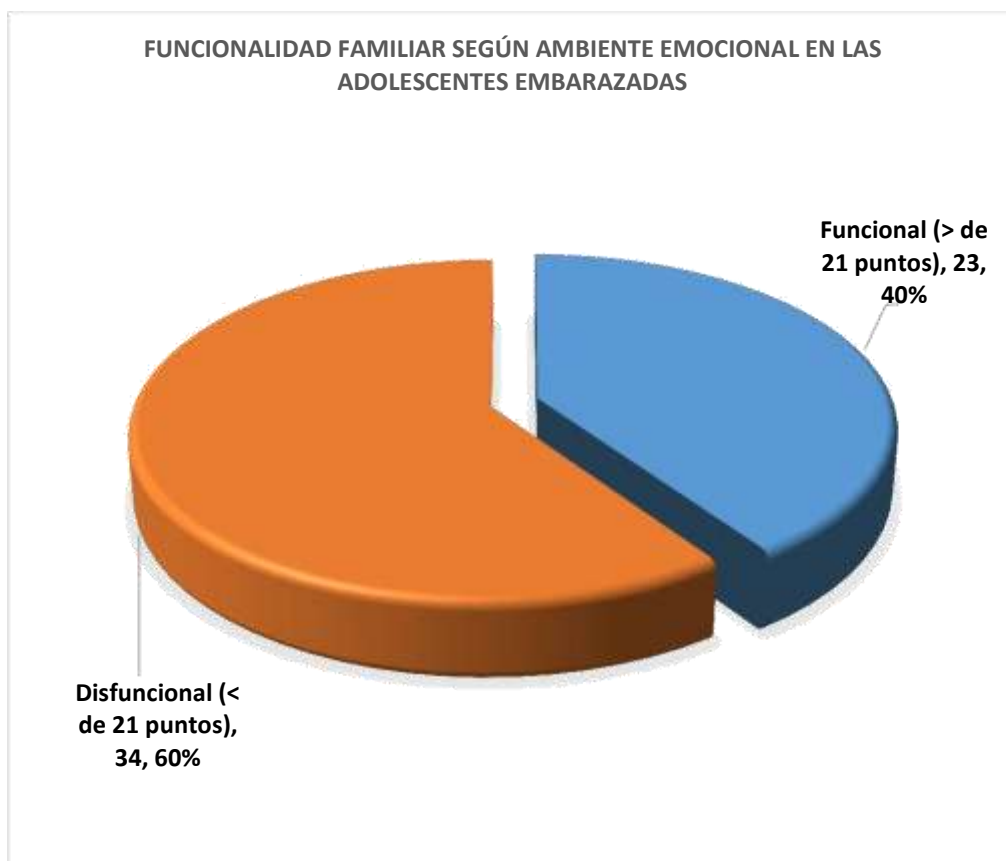


Figura N° 15 Funcionalidad Familiar según Ambiente emocional en las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 16 Funcionalidad Familiar según edad de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?	funcionalidad familiar en las adolescentes gestantes		
	Funcional (>de 64 puntos)	Disfuncional (< de 64 puntos)	Total
	14 años	7 12,3%	5 8,8%
15 años	1 1,8%	7 12,3%	8 14,0%
16 años	0 0,0%	13 22,8%	13 22,8%
17 años	0 0,0%	6 10,5%	6 10,5%
18 años	1 1,8%	7 12,3%	8 14,0%
19 años	0 0,0%	10 17,5%	10 17,5%
Total	9 15,8%	48 84,2%	57 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valo r	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de	21,90		
Pearson	3 ^a	5	,001
Razón de	21,36		
verosimilitudes	5	5	,001
Asociación lineal por	10,90		
lineal	0	1	,001
N de casos válidos	57		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,95.

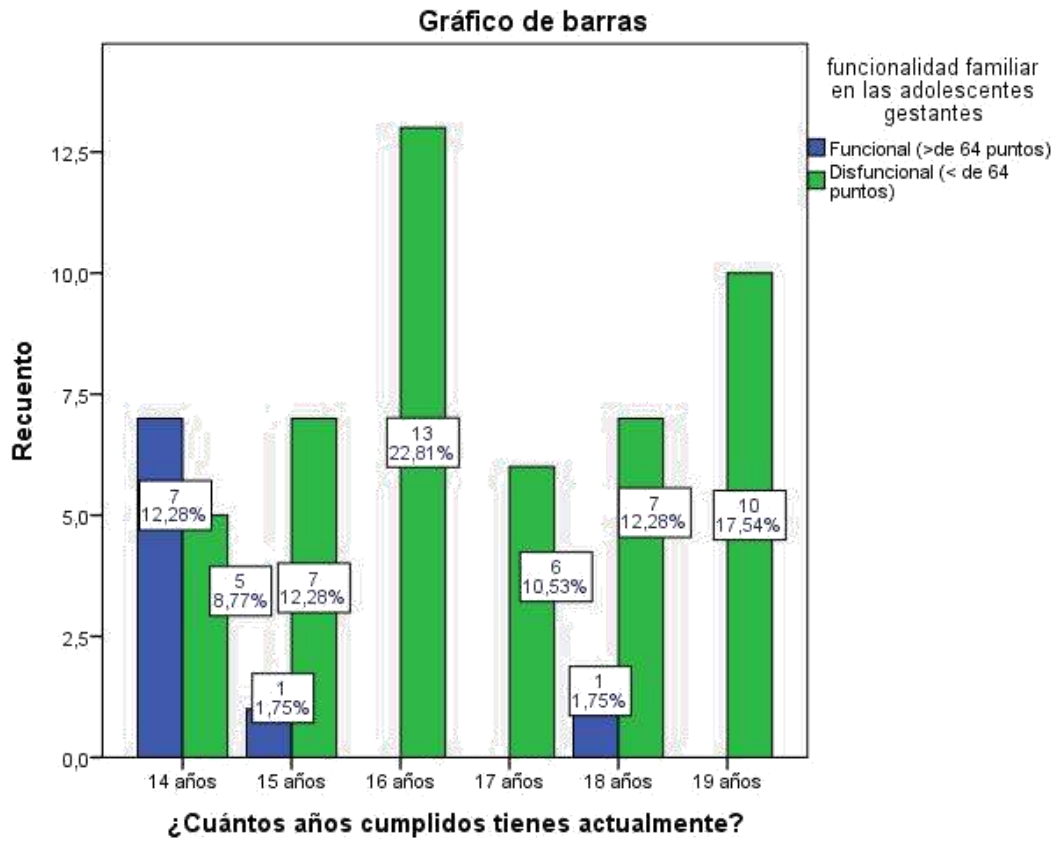


Figura N° 16 Funcionalidad Familiar según edad de las adolescentes embarazadas atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 – abril 2017

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la población adolescente en estudio tenemos la tabla N° 1, presenta la edad el 22,8% de 16 años, 21,1% 14 años, el 17,5% 19 años, el 14% de 15 años, igual porcentaje para 18 años y el 10,5% de 17 años. La tabla N° 2, muestra el grado de instrucción, el 26,3% están en el segundo grado, el 26,3% en quinto grado, el 24,6% segundo grado, el 14% cuarto grado y el 8,8% cursa el primer grado. En la tabla N° 3 podemos observar el estado civil, el 57,9% de adolescentes son solteros, el 35,1% convivientes y el 7% casados. Según el número de hermanos la tabla N° 4, presenta que el 47,4% son los mayores, 31,6% están entre los mayores y menores de sus hermanos, la 21,1% es la menor de sus hermanos y el 5,3% son hijas únicas.

La tabla N° 5, expresa el tiempo de gestación de la adolescente tenía cuando se dio cuenta que estaba embarazada, el 70,2% en el primer mes, el 28,1% en el segundo mes y el 1,8% durante el tercer mes.

La tabla N° 6, muestra el tiempo de gestación que tenía cuando sus padres se enteraron que estaba embarazada, el 71,3% primer mes, el 19,3% segundo mes y el 7% tercer mes.

La tabla N° 7 presenta el modo como los padres se enteraron que su hija adolescente estaba embarazada, el 43,9% refieren ellos se enteraron por mí, el 24,6% refieren que ellos mismos se dieron cuenta, el 19,3% se enteraron por otras personas y el 12,3% se enteraron de casualidad.

La tabla N° 8, muestra si en la familia hay antecedentes de gestación en adolescentes, a la pregunta si en su familia alguien su primer hijo antes de los 20 años, responde el 71,9% que no y el 28,1% sí.

La tabla N° 9, nos presenta el nivel de funcionalidad familiar de las adolescentes, siendo el disfuncional para el 84,2% y funcional el 15,8%.

Las tabla de N° 10 a la tabla N° 12, muestran la Funcionalidad familiar, según el área estructura, es Funcional el 61,4% para ambos los ítems Preocupación de los padres sobre el cumplimiento de las reglas existentes y Preocupación de las adolescentes sobre el cumplimiento de las reglas existentes, el 56,1% para Temas que se establecían sobre las reglas existentes en la familia, el 35,1% para Toma de decisiones en la familia, entre otros y Disfuncional con el 96,4% para los ítems Apoyo frente a algún problema de salud y Establecimiento de reglas en la familia, 94,7% para Tenían en cuenta la opinión de las adolescentes en la toma de decisiones, el 91,2% Apoyo frente a algún problema escolar, entre otros. Para Funcionalidad familiar según el área Solución de Conflictos, es Funcional el 28,1% para el ítems Afrontamiento de los padres frente a problemas con los hijos, el 21,1% para Comunicación entre el padre y la adolescente y Disfuncional el 96,5% para Comunicación entre la madre y la adolescente, el 82,5% para Apoyo que buscaban las adolescentes frente a problemas con sus padres, entre otros. Para funcionalidad Familiar en el área Ambiente Emocional, es Funcional el 63,2% para el ítems Actividades familiares, el 38,6% Grado de confianza hacia el padre, el 22,8% Afecto del padre hacia la adolescente y Disfuncional el 98,2% Afecto de los hermanos hacia la adolescente, el 94,7% para el ítems Afecto de la madre hacia la adolescente, el 85,9% para Grado de confianza hacia la madre.

Las tablas del N° 13 a la N° 15 muestran el resultado de cada uno de las áreas de funcionalidad familiar: según el área Estructura es Disfuncional el 89,5% y el 10,5% es Funcional. Solución de conflictos, es Disfuncional el 73,7% y Funcional el 26,3%. Ambiente emocional, es Disfuncional el 59,6% y Funcional el 40,4%.

La tabla N° 16 permite observar que al relacionar la edad de las adolescentes con la funcionalidad familiar tenemos: Para el grupo de 14 años el 12,3% es funcional y el 8,8% disfuncional. De 15 años, el 12,3% disfuncional y el 1,8% funcional. De 16 años el 22,8% es disfuncional. De 17 años el 10,5% es disfuncional. De 18 años el 1,8% funcional y el 12,3% disfuncional. Y para el grupo de 18 años el 10,5% es disfuncional

Los resultados de este estudio al ser contrastados, observamos que difieren con los resultados de Urreta Palacios Marissa Elsa (2008), quien concluye que el 51.3% poseen un funcionamiento familiar funcional. Respecto al área estructura de 52.6% tiene una estructura familiar funcional, en el área solución de conflictos de 52.6% tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y en el área ambiente emocional 60.3% tiene un ambiente emocional familiar disfuncional. Y con Laura Obregón, Rut Mery (2003), quien concluye que en área de solución de conflictos hay participación de todos los miembros en la toma de decisiones y establecimiento de normas, funcional, destacándose por una buena cohesión familiar, comunicación, formas de resolución de problemas y capacidad de adaptabilidad. Los resultados de este estudio muestran que hay relación entre las variable según la prueba estadístico por tener una frecuencia menor a 5, cumpliéndose la hipótesis planteada.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las características sociodemográfica de la población, la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 a 16 años, entre segundo y quinto grado de secundaria, solteras y convivientes.

El modo como los padres se enteraron que su hija adolescente estaba embarazada, refieren ellos se enteraron por ellas, no hay antecedentes de gestaciones en adolescentes.

La funcionalidad familiar en área Estructura es Disfuncional el 89,5% y el 10,5% es Funcional. Solución de conflictos, es Disfuncional el 73,7% y Funcional el 26,3%. Ambiente emocional, es Disfuncional el 59,6% y Funcional el 40,4%.

El nivel de funcionalidad familiar de las adolescentes, es disfuncional el 84,2% y funcional el 15,8%.

Hay relación entre las variables según la prueba estadística por tener una frecuencia menor a 5, cumpliéndose la hipótesis planteada.

5.2 RECOMENDACIONES

Considerando que la disfunción familiar es una característica modificable, es conveniente diseñar e implementar programas educativos dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante la adolescencia.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por ser mi guía, amigo, la sombra de mi refugio; porque es fortaleza en cada uno de los momentos de mi vida, decisiones y proyectos.

Con amor y cariño a mis padres y hermanas, por estar presentes en cada momento y circunstancias de mi vida brindándome impulso, fuerza y optimismo. Sus enseñanzas y buenas costumbres han creado en mí el amor al estudio y sabiduría haciendo que hoy tenga el conocimiento de lo que soy. Son parte de mi formación.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a todos quienes conforman la Universidad San Pedro, de manera especial a la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela de Enfermería, a los docentes por transmitir sus conocimientos y dedicación durante los periodos académicos.

A la Coordinadora de la Escuela de Enfermería y Asesora de tesis, Dra. Juana Arrestegui Alcántara por brindar su atención a la presente investigación; por sus contribuciones y apoyo en la construcción de la investigación.

A cada una de las mujeres entrevistadas, por dedicarnos su tiempo, espacio y proporcionar la información requerida en esta investigación.

Agradezco a Dios por darme perseverancia para cumplir mis objetivos en el transitar de mi vida. A mi familia por su amor, entrega y comprensión.

Finalmente este trabajo no se habría concluido sin el apoyo desmedido y constante de nuestras familias, a todos ellos.

REFERENCIAS

- Ávila, E. (2012). *Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia: Revista Cubana de Pediatría. Cuba.*
- Benites, L. (2008). *Observatorio sobre la Violencia y convivencia escolar Lima-Perú.*
- Bustamante, S. (2001). *Enfermería Familiar. México: Manual Moderno.*
- Chirinos, C. (2007). *Embarazo en la Adolescencia, Cuba.*
- Hidalgo, C. (2009). *Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.*
- Hidalgo, C. y Carrasco, E. (2012). *Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile.*
- Laura, R. (2003). *Tipos y Características de la Familia de las adolescentes embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Perú.*
- Lugo, N. (2002). *El mundo afectivo de la adolescente embarazada. Investigación y Educación en Enfermería. Colombia.*
- Luna, A. y Gómez, V. (2003). *Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas: VII Foro Delegacional de Investigación en Salud del IMSS en Nuevo León. México: Unidad de Medicina Familiar.*
- Mendoza, A. (2013). *Salud Mental de la Gestante Adolescente. Revista de la Academia Peruana de Salud. Perú.*
- Minuchin, S. (1977). *Estructura Dinámica Familiar Española.*

- Miranda, R. (2005). *Factores Biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Navarro, A. y Gómez, V., (2003) *Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas*. México.
- Rocamora, A. (2015). *Crecer en una familia disfuncional determina tu vida*. Perú.
- Rodríguez, Y. (2002). *Violencia en la escuela. Análisis desde la perspectiva de la Educación Prosocial*.
- Obregón, L. (2003). *Tipos y Características de la Familia de las Adolescentes Embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal Lima-Perú*.
- Schweitzer, E. (2010). *Psicología de la Adolescencia*. México: Ediciones Paidós.
- Urreta, M. (2008). *Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho Lima*. Perú.
- Zárate, I. (2003). *Factores Psicosociales Familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Lima-Perú

ANEXOS

Anexo A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESUCELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre Melissa Alexandra Lupu Cortez, soy estudiante de Enfermería de la Universidad San Pedro SAD Sullana, estoy ejecutando un estudio, con el objetivo de obtener información para el trabajo de investigación titulado: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS CONSULTORIO PRENATAL, HOSPITAL II-2 SULLANA, DICIEMBRE 2016- ABRIL 2017. Por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener datos veraces. Cabe recalcar que el cuestionario es anónimo y CONFIDENCIAL. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación te presentamos una serie de preguntas, las cuales deberás:

Leer detenidamente y responder todas las preguntas

Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible leerlas, y

Marcar una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario)

DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| a) 10 años () | e) 14 años () | i) 18 años () |
| b) 11 años () | f) 15 años () | j) 19 años () |
| c) 12 años () | g) 16 años () | |
| d) 13 años () | h) 17 años () | |

2. ¿Qué año de estudios secundarios has terminado?

- | | |
|----------------|----------------|
| a) 1er año () | b) 2do año () |
| c) 3er año () | d) 4to año () |

e) 5to año ()

3. ¿Cuál es tu estado civil?

a) Soltera () b) conviviente () c) casada () d) otros ()

4. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- a) Soy hija única en mi familia ()
- b) Soy la mayor de mis hermanos ()
- c) Estoy entre el mayor y el menor de mis hermanos ()
- d) Soy la menor de mis hermanos ()

DATOS RELACIONADOS AL EMBARAZO

5. ¿Cuánto tiempo de gestación tienes actualmente?

- a) 1er mes () b) 2do mes () c) 3er mes ()
- d) 4to mes () e) 5to mes () (f) 6to mes ()
- g) 7mo mes () h) 8vo mes () 8i) 9no mes ()

6. ¿Qué tiempo de gestación tenías cuando te diste cuenta que estabas embarazada?

a) 1er mes () b) 2do mes () c) 3er mes () d) 4to mes () e) 5to mes ()

7. ¿Qué tiempo de gestación tenías cuando tus padres se enteraron que estabas embarazada?

- a) 1er mes () b) 2do mes () c) 3er mes ()
- d) 4to mes () e) 5to mes () f) 6to mes ()
- g) 7mo mes () h) 8vo mes () i) 9no mes ()

8. ¿Cómo se enteraron tus padres de tu embarazo?

- a) ellos se enteraron por mí ()
- b) ellos mismos se dieron cuenta ()
- c) ellos se enteraron por otras personas ()
- d) ellos se enteraron de casualidad ()

9. En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?

a) Si () b) No ()

En caso afirmativo, ¿Quién tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?

- a) Madre () b) hermana () c) abuela ()

10. ¿Con quién vivías antes de embarazarte?

- a) solo con mi madre y hermanos ()
b) solo con mi padre y hermanos ()
c) con ambos padres y hermanos ()
d) solo con mis hermanos ()
e) otros

11. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?

- a) decisión propia ()
b) presión de pareja ()
c) presión de amigos ()
d) abuso sexual ()

Para que contestes a las preguntas que a continuación se te presentan es necesario que recuerdes hechos vividos en tu familia

ANTES DE TU EMBARAZO.

12. ¿Quién tomaba las decisiones en tu familia?

- a) Solo mi madre () b) solo mi padre () c) ambos padres ()
d) padres e hijos () e) otra persona

13. ¿Las decisiones que se tomaban en tu familia tenían en cuenta tu opinión?

- a) Siempre () b) a veces () c) nunca ()

14. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema de salud has recibido apoyo de:

- a) Solo mi madre () b) solo mi padre () c) ambos padres ()
d) solo mis hermanos () e) padres y hermanos () f) todos indiferentes ()
g) desconocían mis problemas () h) de ninguna persona () i) otros ()

15. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema escolar has recibido apoyo de:

- a) Solo mi madre () b) solo mi padre () c) ambos padres ()
d) solo mis hermanos () e) padres y hermanos () f) todos indiferentes ()
g) desconocían mis problemas () h) de ninguna persona () i) otros ()

16. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema sentimental (enamorado) has recibido apoyo de:

- a) Solo mi madre () b) solo mi padre () c) ambos padres ()
- d) solo mis hermanos () e) padres y hermanos () f) todos indiferentes ()
- g) desconocían mis problemas () h) de ninguna persona () i) otros ()

17. ¿Quién(es) establecían las reglas en tu familia?

- a) mi padre () b) mi madre () c) ambos padres () d) hermanos ()
- e) otra persona ()

18. Las reglas existentes en tu familia ¿Sobre qué temas se establecían? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) La hora de llegada a la casa () b) tipo de amigos ()
- c) salida a fiestas o reuniones () d) notas escolares aprobatorias ()
- e) vestimenta () f) quehaceres del hogar ()
- g) otros ()

19. ¿Qué reglas establecidas en tu familia eran aquellas que tus padres se preocupaban de que se cumplieran? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) La hora de llegada a la casa () b) tipo de amigos ()
- c) salida a fiestas o reuniones () d) notas escolares aprobatorias ()
- e) vestimenta () f) quehaceres del hogar ()
- g) otros ()

20. ¿Qué reglas establecidas en tu familia te preocupabas tu de cumplir? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) la hora de llegada a la casa ()
- b) tipo de amigos () c) salida a fiestas o reuniones ()
- d) notas escolares aprobatorias () e) vestimenta ()
- f) quehaceres del hogar () g) otros ()

21. ¿Qué funciones cumplían tus padres contigo? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) Alimentación y vestido ()
- b) protección y seguridad ()
- c) afectivas ()
- d) educativas ()
- e) recreativas ()
- f) ninguna ()

22. La comunicación entre tu padre y tu

- era:
- a) casi siempre ()
 - b) de vez en cuando ()
 - c) casi inexistente ()

23. La comunicación entre tu madre y tu era:

- a) casi siempre ()
- b) de vez en cuando ()
- c) casi inexistente ()

24. ¿Cómo afrontaban tus padres los problemas con los hijos? a) conversaban entre ellos ()

- b) buscaban ayuda ()
- c) no hacían nada ()

25. ¿Cuándo tenías problemas con tus padres, a quién acudías para encontrar apoyo?

- a) a mis hermanos ()
- b) a mis parientes (abuela, tía) ()
- c) a mis amigos () d) a mi enamorado ()
- e) a nadie ()

26. ¿Consideras que tus padres eran afectuosos entre ellos?

- a) Afectuosos ()
- b) poco afectuosos ()
- c) indiferentes ()

27. ¿Cómo era el cariño de tu madre hacia ti?

- a) Afectuosa ()
- b) poco afectuosa ()
- d) indiferente ()

28. ¿Cómo era el cariño de tu padre hacia ti?

- a) Afectuoso ()
- b) poco afectuoso ()
- d) indiferente ()

29. ¿Cómo era el cariño de tus hermanos hacia ti?

- a) Afectuosos ()
- b) poco afectuosos ()
- d) indiferentes ()

30. ¿Cómo calificarías el grado de confianza con tu madre? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) Me era fácil expresarle todos mis sentimientos ()
- b) Ella podía saber cómo me sentía aún sin preguntármelo ()
- c) Cuando tenía dificultades, podía comentárselo ()
- d) No confiaba en ella ()
- e) Siento que ella no le tomaba importancia a lo que hablábamos ()
- f) Ella nunca se daba cuenta de lo que me pasaba ()

31. ¿Cómo calificarías el grado de confianza con tu padre? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) Me era fácil expresarle todos mis sentimientos ()
- b) Él podía saber cómo me sentía aún sin preguntármelo ()
- c) Cuando tenía dificultades, podía comentárselo ()
- d) No confiaba en él ()
- e) Siento que él no le tomaba importancia a lo que hablábamos ()
- f) Él nunca se daba cuenta de lo que me pasaba ()

32. ¿Cuáles de las siguientes actividades se realizaban en tu familia? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) La familia tomaba un tiempo para conversar ()
- b) Hacíamos algo como familia por lo menos una vez por semana ()
- c) Nos gustaba pasar juntos el tiempo libre ()
- d) No dedicábamos un tiempo para conversar toda la familia () e)
- f) Difícilmente compartíamos alguna actividad todos juntos ()
- g) Preferíamos pasar el tiempo libre cada uno por su cuenta ()

Gracias por su colaboración

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Funcionamiento familiar y el embarazo en adolescentes atendidos Consultorio Prenatal, Hospital II-2 Sullana, diciembre 2016 - abril 2017. Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada adolescente:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Lupu Cortez, Melissa Alexandra

Autora del estudio