

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Relación entre el funcionamiento familiar y el
embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San
Juan de Lurigancho**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Marissa Elsa Urreta Palacios

ASESOR

Juana E. Durand Barreto

Lima – Perú

2008

**RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y
EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES USUARIAS
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO**

A Dios, Todopoderoso:
Por la vida y la salud.

A mi familia:
Por el apoyo incondicional en el
cumplimiento de mis metas.

A la Lic. Juana E. Durand Barreto:
Por la asesoría técnica y metodológica
para el desarrollo del presente estudio.

A mis amigos:

Por acompañarme y compartir gratos momentos en la universidad.

A las todas las adolescentes:

Por la participación en el estudio.

Al Hospital San Juan de Lurigancho:

Por las facilidades brindadas para la realización del presente estudio.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	i
RESUMEN	ii
PRESENTACION	1
CAPÍTULO I: Introducción	3
CAPÍTULO II: Material y Método	56
CAPÍTULO III: Resultados y Discusión	60
CAPÍTULO IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas Usuaris del Hospital San Juan de Lurigancho	63
2	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Estructura en el HSJL	66
3	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Solución de Conflictos en el HSJL	69
4	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Ambiente Emocional en el HSJL	71

RESUMEN

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.

Palabras Claves: Funcionamiento Familiar, Embarazo Adolescente, Salud del Adolescente, Estructura Familiar, Solución de Conflictos y Ambiente Emocional.

SUMMARY

The present qualified study: "Relation between the Family Functioning and the Pregnancy of the Adolescent users Hospital San Juan de Lurigancho", have like objectives determine the relation between the functioning family and the pregnant of the teenagers; and identify key areas. The study is level application, quantitative, cross sectional method. The population was composed of all pregnant teenagers HSJL users. The sample was selected by simple random probability sampling consisted of 78. The technique that was used was the survey instrument and a questionnaire. The results were that of 78 (100%), 40 (51.3%) have a functioning family functional and 38 (48.7%) dysfunctional. Regarding the area structure 78 (100%), 41 (52.6%) had a family structure functional and 37 (47.4%) dysfunctional. About the area of conflict resolution 78 (100%), 41 (52.6%) has a capacity for conflict resolution functional and 37 (47.4%) dysfunctional. In the area of environment emotional 78 (100%), 47 (60.3%) had a family atmosphere emotional dysfunctional and 31 (39.7%) functional. By the that oneself conclude that the family functioning of the majority of pregnant teenagers is functional represented by the area of family structure and conflict resolution in the same proportion; in smaller percentage, although not distant, a dysfunctional related to the area of environment emotional continued for the other two areas in the same proportion.

Key Words: Operation Family Adolescent Pregnancy, Teen Health, Family Structure, Conflict Resolution and Emotional Atmosphere.

PRESENTACIÓN

La familia es un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, que 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. (1)

Por otra parte, la etapa de la adolescencia implica una transición biológicamente programada que se da en el contexto de una cultura determinada y que marca el ingreso del individuo al mundo de los adultos. El constituye un periodo de crisis, en la que el adolescente encara como tarea principal la consolidación de su identidad, por lo que la resolución adecuada de ello requiere no solo que se halla resuelto exitosamente, sino también que la familia tenga la capacidad de adaptarse al cambio, favoreciendo la autonomía del adolescente a la par que la cohesión del sistema familiar. En este proceso, las redes de soporte social y el modo de elaboración de los conflictos asociados a la crisis, juegan un papel de gran importancia. (2)

El embarazo en la adolescencia ha sido descrito como un problema de salud pública en Latinoamérica dada su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva. A nivel biológico, el riesgo de morbi-mortalidad es más elevado cuanto más joven sea la madre y más pobre su país de residencia, debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel social, la joven verá limitada sus posibilidades para el futuro por la posible interrupción de su educación formal, la pérdida de su empleo, la baja remuneración que le ofrecerán por su condición de embarazada o las formas irregulares e inestables de contratación a que deberá acogerse. Las repercusiones económicas que esto trae para la joven,

constituyen lo que se ha denominado “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. (3)

Diversas investigaciones, tradicionalmente epidemiológicas, han arrojado información sobre las causas, repercusiones, incidencia, prevalencia, factores de riesgo o factores protectores en el embarazo de adolescentes. Igualmente, son múltiples los programas preventivos y de atención que se han desarrollado, con el ánimo de mitigar los efectos de un embarazo durante la adolescencia. Sin embargo, las tasas de fecundidad entre adolescentes tiende a aumentar en América Latina. De esta manera, a pesar de los esfuerzos investigativos y de intervención, no se ha logrado incidir significativamente en la problemática. (4)

En tal sentido, el estudio titulado “Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”; tuvo como objetivo general: determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes, con el fin de contribuir al mejor conocimiento de esta problemática.

El presente estudio consta de: Capítulo I: Introducción en la cual se presenta el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica conceptual y definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Método, en el que se expone el nivel, tipo y método, descripción de la sede, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión, Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones, finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. (5)

La adolescencia es un período difícil para la mayoría de las personas jóvenes, porque tienen que afrontar decisiones respecto al matrimonio, educación y trabajo, que determinarán el curso de sus vidas. En este período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. (6)

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre dentro los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (7) Por lo que es una situación muy especial, pues se trata de mujeres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres. Una alta tasa de embarazos durante la adolescencia trae como consecuencia el aumento poblacional y la posibilidad de una alta tasa global de fecundidad, lo cual repercutirá en el desarrollo de sus hijos y en muchos casos frustra sus aspiraciones profesionales. De modo que trae consigo riesgos tanto para la madre como

para el producto, por lo que ha sido considerado en la región Las Américas como un problema prevalente. (8)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2003 el 13% de las adolescentes de 10 a 19 años ya eran madres o estaban embarazadas. Ese año, se produjeron 60 mil partos de adolescentes menores de 20 años y el 15.7% de las muertes maternas se dieron entre adolescentes. La mortalidad entre los hijos de madres adolescentes es 26% mayor que el promedio general. En el Perú, una de cada tres personas es adolescente o joven. El embarazo adolescente es una causa importante de abandono escolar, exclusión social y un factor de reproducción de pobreza. (9)

Existen factores de predisposición para el embarazo adolescente de índole biológica, sociocultural, psicológica y familiar. Es importante, sin embargo, tener presente que estas categorías no son excluyentes sino que más bien están estrechamente interrelacionadas entre sí. Dentro de los factores de índole sociocultural, diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. No sólo en América Latina, sino en cualquier país del mundo, las mujeres en pobreza y exclusión dentro de un mismo país son quienes tienen más hijos. En nuestro país, la fecundidad adolescente es mayor en las adolescentes con menos educación que, coincidentemente, es mucho mayor en zonas rurales. (10)

El embarazo adolescente suele asociarse con una mala situación económica, con las consecuencias que esto conlleva, como por ejemplo, una composición de familia extendida donde conviven también abuelos, tíos, e incluso varias familias viviendo en una misma casa como allegados, con el consiguiente hacinamiento físico y psicológico. (11)

Así también se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales. Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos. (12)

Como factor de índole psicológica, hay que considerar que muchas adolescentes se involucrarían en relaciones sexuales, entre otras razones, como un modo de independizarse de los padres y de sus valores, comportamiento asociado a sentimientos de rechazo y rebeldía hacia las figuras de autoridad o bien como medio de satisfacer necesidades afectivas. A ello se suma que los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual, ya que en la adolescencia media el egocentrismo las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar", la necesidad de probar su fecundidad, hace que se sientan afligidas por fantasías de infertilidad, constituyendo un factor de riesgo para la adolescente. (13)

Diversos estudios han revelado ciertos patrones característicos de la embarazada adolescente, señalando que la práctica del acto sexual se inserta dentro de un marco de graves problemas familiares, fracaso escolar y otras formas de expresión de conflictos o conductas rebeldes. Estas jóvenes presentarían también fuertes sentimientos de soledad y la posibilidad de tener una fuente de satisfacción a través de cuidar a un hijo, un deseo de estar más cerca de la propia madre o de escapar de una situación familiar intolerable, aburrimiento y fracaso escolar. (14)

Es así como se han encontrado algunos factores de personalidad que podrían predisponer a un embarazo adolescente. Estas jóvenes pueden presentar una dificultad para establecer metas apropiadas y gratificarse a sí mismas por sus propios logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional, inestabilidad, falla en el control de impulsos, afectividad

empobrecida y escaso nivel de madurez emocional. Se señala además la presencia de una autoestima disminuida, habiéndose encontrado en varios estudios que las adolescentes embarazadas mostraban un bajo concepto de sí mismas. (15)

También se ha observado en ellas carencias de metas distintas a la maternidad, dificultad en la toma de decisiones, indecisión acerca de lo que quieren, una fuerte necesidad de afecto unida a sentimientos de soledad y desprotección. Se argumenta que las adolescentes buscan afecto para compensar su propia inseguridad. Otra de las razones que explica la maternidad adolescente es el bajo uso de métodos anticonceptivos. Las adolescentes en general, conocen la existencia de métodos, incluso métodos modernos, pero existen brechas entre adolescentes urbanas y rurales. Las adolescentes rurales en el Perú y otros países de América Latina, evidencian un menor conocimiento de dónde pueden proveerse de métodos. Sin embargo, no se trata de un problema de conocimiento de si existen métodos y dónde pueden acceder a ellos. Las adolescentes en nuestro país pueden tener esta información y, aún así, tener actividad sexual desprotegida o cuidarse de manera poco efectiva, poco consistente o con métodos como el ritmo, cuando un 77% de ellas desconoce su ciclo menstrual. El ritmo es, precisamente el segundo método empleado por las adolescentes peruanas, como lo señala ENDES 2000. También debe señalarse que existe una alta discontinuidad de uso de métodos modernos y naturales, más que por falla de método por mal uso del mismo, y a los efectos secundarios percibidos. Es también preocupante, que el embarazo adolescente sea la segunda causa, después de motivos económicos, de la discontinuación de estudios escolares y superiores. (16)

Dentro de un enfoque sistémico, el embarazo adolescente puede conceptualizarse como un síntoma de una disfunción de el /los sistemas a los que la adolescente pertenece. Se hace necesario comprender su conflictiva en el contexto de sus relaciones, formando parte de diversos sistemas y subsistemas, entre los que se destaca especialmente la familia. (17)

La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. (18)

La familia como tal, es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria. (19)

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos). Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo. (20)

Arias R. y Aramburu C. (1999), en una investigación cualitativa realizada entre jóvenes, informan sobre las causas del embarazo adolescente desde la óptica de las propias entrevistadas. Entre una de las causas señalan: los problemas con los padres (principalmente falta de comunicación). (21)

La atmósfera psicológica y social en la que crece el adolescente tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social. En forma directa, influye en sus pautas de conducta; si el ambiente familiar es óptimo, el joven reaccionará frente a personas y cosas de una manera positiva; si es conflictivo, llevará los patrones negativos aprendidos en el hogar a situaciones extrañas y reaccionará ante ellas conforme al temperamento que le es habitual frente a circunstancias análogas experimentadas en el medio familiar. En forma indirecta, el ambiente familiar influye en el adolescente por

el efecto que produce en sus actitudes. Si la autoridad de sus padres le disgusta porque la percibe tiránica e injusta, tal vez desarrolle actitudes de resentimiento contra todos los individuos que ejercen algún tipo de autoridad. Esto puede llevarlo a una conducta extremista e inconformista. Por el contrario, haber vivido en un hogar dichoso lo estimula a actuar favorablemente frente a quienes poseen la autoridad. (22)

Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. Tal como lo demuestra la investigación realizada por Wu Lawrence L. (1997), en el cual concluye que los adolescentes que pertenecen a familias desestructuradas, ya sea por separación y/o divorcio de los padres buscan compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo, para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar. (23)

La asociación entre la estructura familiar y los embarazos adolescentes no está aún claramente determinada. Sin embargo, es evidente que la presencia de un modelo familiar adecuado es de suma importancia para la adolescente en el logro de su madurez, de modelos de identificación de ambos sexos, lo cual es necesario tanto para reafirmar su propio rol de género, como para definir su forma de interacción con el sexo opuesto.

Si esto no es así, esta situación deriva en una falta de modelos parentales estables, que guían las futuras relaciones que ellas establezcan con el sexo opuesto. Se puede plantear que esta situación de carencia y/o ausencia de algunos de los padres, tiene grandes posibilidades de alterar en la adolescente los patrones de afecto o identidad, así como agudizar los sentimientos de soledad y desprotección.

Al interactuar con adolescentes embarazadas refieren “varias veces me he sentido sola, ahora pienso que ya no voy a estar sola, porque mi bebe va estar conmigo siempre... mis padres se preocupan más de mi ahora que antes... mi mama no estaba conmigo, ella trabajaba para que mis hermanos

podieran seguir estudiando, yo vivía con mi papa solamente, el me crió... deje los estudios a los trece años porque tenia que cuidar de mis hermanos”.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De lo expuesto anteriormente, se creyó conveniente realizar el presente estudio sobre:

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho?

C. JUSTIFICACIÓN

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 existe modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que pudieran originar un embarazo durante la adolescencia. Cada año numerosas adolescentes inician una gestación, contribuyendo así al incremento del índice de morbilidad y mortalidad materno-infantil 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 en el grupo de riesgo y disminuir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

D.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho

D.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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

E. PROPÓSITO

Los resultados del estudio tienen como propósito proporcionar información relevante sobre el entorno familiar en que se desarrollaron las gestantes adolescentes, de modo que permita diseñar y/o implementar programas a nivel de los Centros de Salud dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante la adolescencia, así como las ITS.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A continuación se presentan estudios realizados a nivel nacional e internacional que se encuentran relacionados con el presente estudio. Así tenemos que:

A. Poo, en Chile, en el año 2005, realizó una investigación sobre “Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal”. El método fue cualitativo. La población estuvo conformada por las adolescentes de sexo femenino entre 13 y 19 años de edad, que cursan con su primera gestación en control prenatal en los consultorios municipales de la comuna de Temuco. La técnica que se utilizó fue la entrevista grupal formal en su modalidad de grupo de discusión y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario semiestructurado. Los resultados están dados entre otros en torno a tres núcleos de contenidos.

El de mayor relevancia se relacionan con factores individuales, involucrando elementos a nivel emocional, de pensamiento y de acción. Otros ámbitos que influyen son la familia, especialmente a nivel de dinámica y estructura, y lo social que alude a las relaciones interpersonales que establecen las jóvenes y a la percepción que tienen del contexto inmediato en el que se desenvuelven. (24)

Rocío Miranda Palacios, en Lima, Perú, en el año 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. (25)

Rut Mery Laura Obregón, en Lima, en el año 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. (26)

Antonio Luna Navarro y Víctor Gómez Soto, en Nuevo León, México, en el año 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. (27)

Irma Antonieta Zárate Lezama, en Lima-Perú, en el año 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. (28)

Ávila Gálvez E., en Cuba, realizó en el año 2002 un estudio sobre “Aspectos Psicosociales del Embarazo en la Adolescencia”, el cual tuvo como objetivo determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. La población estuvo conformada por adolescentes entre 10 a 19 años, conformados por 53 embarazadas y 106 no embarazadas. Los resultados fueron entre otros:

Que más de la mitad de la población estudiada clasificó en el rango de adolescencia tardía (17 a 19 años), en el grupo de estudio los padres eran divorciados (79.3%) superando al control (71.8%), en cuanto a la crianza los adolescentes eran criados

solo por la madre (41.5%), en el control las adolescentes eran criadas por ambos padres (35.9%). En ambos grupos fue mayor la presencia de familias moderadamente disfuncionales y fueron superados por el grupo de estudio (77.3% a 70.7%) con respecto al grupo control. (29)

Marquardt Elizabeth, en Nueva York, en el año 2001, realizó un estudio sobre “Efectos del Divorcio en los Hijos”. Las conclusiones entre otros fueron:

Que la estructura familiar afecta a todos los niveles de la educación, desde el preescolar hasta el universitario. Esto se debe a que lo que ocurre en la familia tiene una gran influencia sobre toda una serie de comportamientos infantiles, como el mal comportamiento escolar, el consumo de drogas y alcohol, la actividad sexual y el embarazo adolescente, y los problemas psicológicos. Además refiere que los adolescentes de familias divididas son más proclives a ser activos sexualmente. No parece que haya diferencias significativas en el comportamiento sexual entre adolescentes de familias adoptivas y los de familias de un solo progenitor. La similitud en el comportamiento sexual de estos dos grupos de adolescentes sugiere que el volverse a casar presenta algunos riesgos con respecto a controlar de forma efectiva el comportamiento adolescentes y el transmitir valores que disuadan de las relaciones sexuales tempranas. (30)

Osorio, en el año 2000, realizó un estudio sobre “El intento de suicidio en adolescentes”. El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario FACES II de Olson, encontrándose en los factores de Cohesión y Adaptabilidad diferencias estadísticamente significativas ($X_2=49.33$, $p.<.01$) entre adolescentes con intento de suicidio y un grupo control extraído de centros educativos. Las conclusiones entre otros fueron:

Que la estructura y la dinámica familiar están íntimamente ligadas a la estabilidad emocional del adolescente. (31)

Max Aliaga Chávez en Lima- Perú, en el año 1999, realizó un estudio sobre “Características Sociales de Adolescentes Embarazadas del Instituto Materno Perinatal”. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 260 adolescentes. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue formulario tipo cuestionario semiestructurado. Las conclusiones entre otros fueron:

La familia de las adolescentes presenta múltiples situaciones negativas en su desarrollo, tales como: orfandad del padre, padres separados, padres que pelean constantemente, familia numerosa, antecedente de embarazo en la adolescencia de la madre, familiar o amiga cercana, lo cual aumenta la posibilidad de tener una hija adolescente embarazada. (32)

Luis Molina y colaboradores, en Caracas y Mérida, Venezuela, realizaron en el año 1999, un estudio sobre “Apgar Familiar y Adolescencia”, donde se evaluó la funcionalidad de la familia de 253 adolescentes (112 de Caracas y 141 de Mérida) mediante la aplicación de un formulario, el método empleado fue el descriptivo de corte transversal y llegaron a las siguientes conclusiones entre otros:

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes. (33)

El Consejo Nacional de la Mujer en Argentina, en 1998, publicó la caracterización de la adolescente embarazada desde la perspectiva de los interventores del ámbito de salud del modo siguiente: evidentes dificultades para anticipar las consecuencias del acto sexual, no vinculan relación sexual sin cuidado en posibilidad de tener un hijo, resaltaron la falta de autonomía psíquica, pobre control sobre postergación de sus necesidades, baja capacidad de decisión independiente y dependientes de su madre o de otras personas. El embarazo se convierte en la oportunidad o vía de salida de la familia, el hijo viene a cubrir una carencia, el hijo se usa como posibilidad de realización, el embarazo aparece como un modo de sentirse protegida, al

embarazo las adolescentes le dan el significado de “pertenencia”, siendo lo único que la adolescente “tiene como propio”. (34)

Arnoldo Pérez Rodríguez y colaboradores, en Cuba, en el año 1997, realizaron un estudio sobre “Factores Sociales asociados al Embarazo Adolescente”. La población estuvo conformada por 61 embarazadas y 122 no embarazadas. Las conclusiones entre otros demuestran que:

La maternidad a destiempo está condicionada por múltiples factores, entre los cuales revisten particular importancia los psicosociales, considerados como la causa principal de este problema de salud. Se aprecia que alrededor de las ¾ partes de los casos (73.8%) de embarazo precoz poseen factores sociales asociados como inestabilidad familiar y no convivir con los padres, mientras que más de la mitad (67.2%) poseía una educación sexual deficiente. (35)

Chirinos de Cora en su artículo “Embarazo en la Adolescencia”, en la Revista Cubana de Enfermería en el año de 1993, 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. (37)

Estas investigaciones evidencian la relación significativa que existe entre el entorno familiar y el embarazo en adolescentes en comparación con otros factores. Traduce las diferencias que existen entre las embarazadas adolescentes y el grupo control, en el primero se evidencia la falta de ambos padres en la crianza de las adolescentes, el que influirá de manera significativa en la generación del embarazo, mientras que en el segundo grupo, las adolescentes eran criadas por ambos padres, favoreciendo así el desarrollo de la adolescente de manera óptima.

Los resultados obtenidos en la investigación antes mencionada sugerirían que hasta en las familias aparentemente “sanas” se presentaría casos de embarazos adolescentes, lo que hace necesario la búsqueda minuciosa de factores en el ambiente familiar que estarían asociándose al embarazo en adolescentes. Por lo que la disfunción familiar predispone el desarrollo de conductas de riesgo en las adolescentes entre ellas el embarazo. Así también señala que existe diferencias significativas entre los adolescentes iniciados y no iniciados sexualmente en cuanto a las dimensiones del sistema familiar, los que son más disfuncionales entre los adolescentes iniciados sexualmente. De modo que el embarazo en la adolescencia obedece a múltiples factores entre los que se encuentran los familiares, que aunque no sean los de mayor relevancia, es uno de los factores que favorecería el embarazo en la adolescencia.

Estas investigaciones traducen la gran influencia que ejerce el ambiente familiar en el comportamiento del adolescente, coincidiendo que

cuando la familia de la adolescente presenta características negativas que incrementará el riesgo de embarazo precoz. Así también destaca la importancia de la presencia de ambos padres de familia en la crianza de los hijos, la ausencia de uno de ellos influirá en el comportamiento sexual de los adolescentes, favoreciendo de esta manera el inicio de la actividad sexual que puede originar el embarazo en la adolescencia.

Los resultados obtenidos en los estudios revisados refleja la importancia del entorno familiar en la estabilidad emocional del adolescente, así como la importancia de la funcionalidad de la familia en el desarrollo de sus miembros, por el contrario, la disfunción familiar predispone el desarrollo de conductas de riesgo en el adolescente, que pueden afectar su salud física, psicológica y/o social.

De acuerdo con las publicaciones revisadas, el embarazo respondería a una serie de carencias en la adolescente como afectivas, de habilidades sociales, de autonomía que no pudieron ser resueltos por su familia buscando la solución en un embarazo.

Con los antecedentes revisados si bien podemos expresar algunos aspectos en fin al tema de estudio, sin embargo se considera importante analizar al respecto en la población del Hospital San Juan de Lurigancho.

F.2. BASE TEÓRICA

A continuación se presenta el marco teórico que dará sustento a los hallazgos:

1. LA FAMILIA COMO SISTEMA

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. (38)

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”. (39)

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. (40)

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:

- a) Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos.
- b) 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.

- c) 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.
- d) 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.
- e) 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. (41)

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. (42)

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. (43)

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. (44)

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 propia reglas ante el cambio externo. Estos sistemas podrían contribuir a que se origine patología en un miembro de la familia. (45)

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. (47)

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. (48)

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. (49)

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 par 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 par ejercer libremente sus decisiones y no los ideales o sueños paternos no realizados. (50)

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.

2. 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. (Constantine, 1986)

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 mas 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 mas bien de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, en el sentido de cuales 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. (51)

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. (52)

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. (53)

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. (54)

2.1. 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 darle 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.

A. Jerarquía. La 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. (55)

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 estas características.

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.

B. 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 complejos 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. (56)

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.

C. 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. (57)

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. (58)

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. (59)

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. (60)

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.

D. 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. (61)

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. (62)

E. 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. (63)

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. (64)

Jessop (1981) 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. (65)

Por su parte, Benites I. (1998) 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

así lo demuestran. Aún se considera como prototipo de familia adecuada la familia de tipo nuclear, sin embargo se constata la constitución de otros tipos de familia: extendida, agregada e incompleta. Se encontró que en las familias arunculares (familias con ausencia de padre o madre) los hijos presentaban un menor nivel de autoestima en comparación a sus pares provenientes de familias nucleares, agregadas o extendidas. (66)

La iniciación sexual precoz ha sido asociada con los hogares rotos, pero no con hogares catalogados en extremo peores, que en ocasiones no son tan perjudiciales como las relaciones de familias intactas pero desdichadas y perturbadas, lo que indica que el ambiente familiar es más importante que la estructura familiar, según Le Flore (1988). (67)

La iniciación sexual temprana se distribuye entre todos los niveles socioeconómicos. En el entorno social, entre las fuentes importantes para la iniciación sexual precoz se encuentran factores familiares como la tensión en las relaciones familiares y la falta de cohesión familiar, dificultades relacionadas con la búsqueda de autonomía y de independencia del joven respecto a los padres y viceversa (Krou Opa 1988, Max Alexander y Turner 1991, Nory 1992, Tolan 1989 y Tygart 1991). (68)

2.2. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS O RESPUESTA ANTE LOS PROBLEMAS

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. (69)

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
- B. Los niveles de contenido y de relación
- C. La puntuación de la secuencia de hechos
- D. La comunicación digital y la comunicación analógica, y
- E. La interacción simétrica y la complementaria. (70)

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”. (71)

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 “sírvenme 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. (72)

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 las 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”. (73)

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. (74)

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 un 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. (75)

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”. (76)

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 descalificadora 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. (77)

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. (78)

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. (79)

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. (80)

2.3. 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. (81)

Existen cinco clases de interés afectivo: indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático. (82)

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. (83)

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. (84)

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. (85)

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. (86)

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. (87)

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, 1992). (88)

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 fuerte emociones y sentimientos intensos, caracterizada por una irresistible atracción sexual y un deseo de contacto físico (Revista SOGIA, 2005). (89)

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. (90)

3. 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. (91)

De acuerdo con los lineamientos derivados de las escuelas estructural y estratégica, una familia funcional posee las siguientes características:

1. 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.
2. Los límites o fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
4. Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
5. 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.
6. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
7. 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.
8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), como las externas o ambientales. (92)

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, aún 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. (93)

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. (95)

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. 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. (96)

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). (97)

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. Aún 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

(1996) 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. (98).

4. CONSECUENCIAS DE UN 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.

4.1. Consecuencias para la adolescente

Si bien las madres adolescentes tienen la capacidad biológica de la reproducción, aun no están psicológicamente preparadas para asumir y enfrentar la maternidad. Es importante recordar que la adolescencia en sí es un periodo 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 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.

4.2. 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.

4.3. 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.

5. 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 (Family Planning, 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 1999). (99)

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. (100)

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.

6. 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 cuando 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 medico- 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 el, puede influir no solo sobre el curso de la condición del paciente sino también sobre la salud y felicidad de la familia”. (101)

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 esta también influido por variables biológicas, sociales, económicas y culturales”. Es por esta razón que el equipo de salud deberá irse mirando a si mismo como otro

componente de la red de apoyo social del individuo y su familia para superar las crisis de salud. (102)

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 si y, el cuidado al miembro familiar como una identidad que la familia no anula por el contrario fortalece y lo ayuda a desarrollarse. (103)

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 practicas de salud. 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 mas 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. (104)

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. (105)

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. (106)

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. (107)

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. (108)

Una vez que la familia esta 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 dialogo 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. (109)

G. HIPÓTESIS

La hipótesis que se ha formulado para el presente estudio esta dado por:

La disfuncionalidad familiar de la adolescente embarazada esta relacionada principalmente al funcionamiento familiar en el área ambiente emocional.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se definen algunos términos a fin de facilitar la comprensión en el estudio.

Adolescente embarazada: Es la persona que tiene entre los 10 a 19 años de edad que se encuentra en cualquier periodo en su primera gestación.

Funcionamiento familiar: Es la respuesta expresada sobre la forma como se relacionan los miembros de la familia principalmente en tres áreas: organización o estructura, solución de conflictos y ambiente emocional.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal, ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital General San Juan de Lurigancho, que pertenece a la DISA IV - Lima Este, RED Canto Grande, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, el cual ofrece los siguientes servicios básicos: medicina general, pediatría general, cirugía general y gineco-obstetricia, además de los servicios de odontología, psicología, servicio social, nutrición, laboratorio, emergencia y servicios de medicina especializada como medicina interna, medicina física y rehabilitación, neumología, traumatología, oftalmología y dermatología, y estrategias sanitarias como tuberculosis, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo. El horario de atención es de ocho de la mañana hasta ocho de la noche y emergencia las 24 horas del día.

El servicio de gineco-obstetricia cuenta con tres consultorios en la mañana y uno en la tarde. Además se oferta los servicios de planificación familiar, PROCETSS y psicoprofilaxis, este último creado en el 2006.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. La muestra fue

seleccionada mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 78 (Anexo F)

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

D, TÉCNICA E INSTRUMENTO

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 (Anexo B).

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el Juicio de Expertos (8), conformado por profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación y/o campo de salud familiar, de los cuales 2 psicólogos, 2 psiquiatras, 1 gineco-obstetra, 1 obstetra y 2 enfermeras. Los resultados emitidos por los expertos fueron procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde si $p < 0.05$ la concordancia es significativa (Anexo C). Luego de realizar las recomendaciones en el instrumento, se realizó la prueba piloto, el cual fue sometido a validez estadística mediante la prueba de ítem-test coeficiente r

de Pearson (Anexo D) y la confiabilidad a través del alfa de Cronbach. (Anexo E)

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la implementación del estudio se realizaron 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 Obstetricia responsables del Servicio de Psicoprofilaxis y técnicas en Enfermería 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 octubre y noviembre del 2006.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (Anexo G), a fin de que los resultados fueran presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable de estudio se determino la media considerando en: (Anexo J)

Familia Funcional > 64 puntos

Familia Disfuncional < 64 puntos

En la Estructura

Funcional > 33 puntos

Disfuncional < 33 puntos

En la Solución de Conflictos

Funcional > 10 puntos

Disfuncional < 10 puntos

En el Ambiente Emocional

Funcional > 21 puntos

Disfuncional < 21 puntos

G, CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio se considero necesario contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de las gestantes adolescentes. (Anexo H)

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que del 100% (78) adolescentes embarazadas, 50 (64.1%) se encuentran entre los 17 a 19 años de edad (Anexo K), 42 (53.8%) tienen estudios secundarios incompletos (Anexo L), 41 (52.6%) son solteras (Anexo M), 23 (29.5%) se encuentran en el 8vo mes de gestación (Anexo N), 37 (47.4%) presentan un antecedente de embarazo adolescente en la madre (Anexo O), 46 (59%) viven con ambos padres y hermanos (Anexo P), y 55 (70.5%) inició las relaciones sexuales por decisión propia (Anexo Q).

La etapa de adolescencia tardía comprende entre los 17 a 19 años de edad, en el cual el foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero. Además, se destaca el egocentrismo que surge como característica cognitiva propia de la adolescencia en la cual las jóvenes son incapaces de ver las cosas desde el punto de vista de otro, es un entendimiento centrado en sí mismo, realizan evaluaciones erradas respecto al riesgo de embarazo que existe en la mantención de relaciones sexuales, justificado por el sentimiento de invulnerabilidad que les otorga una autopercepción de omnipotencia sobre las consecuencias de sus actos. (101)

Cuando existe un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una

prevención efectiva del embarazo. Además, es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras aspiraciones de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

Es importante 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. (102)

El incremento de la proporción de adolescentes con inicio sexual precoz hace que cada vez sea mayor el número de adolescentes que están expuestas a riesgos de embarazos no deseados y a las consecuencias sociales que esto conlleva. Además, el grupo de pares también ejercen una gran presión, ya que presenta una importante influencia para los adolescentes. Ellos afirman que su principal fuente de información son los amigos, los cuales los guían en pautas de comportamiento sexual.

Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, con estudios secundarios incompletos, que inició las relaciones sexuales por decisión propia, presentando un antecedente de embarazo adolescente en la madre y que vivían con ambos padres y hermanos antes de embarazarse, en que el embarazo, a pesar de ser un proceso que irrumpe el desarrollo natural de la etapa, sería un mediatizador afectivo, en el cual el amor romántico surge como eje central al momento de comprender que las jóvenes justifican su embarazo por el amor a su pareja, en este contexto la relación se idealiza, la

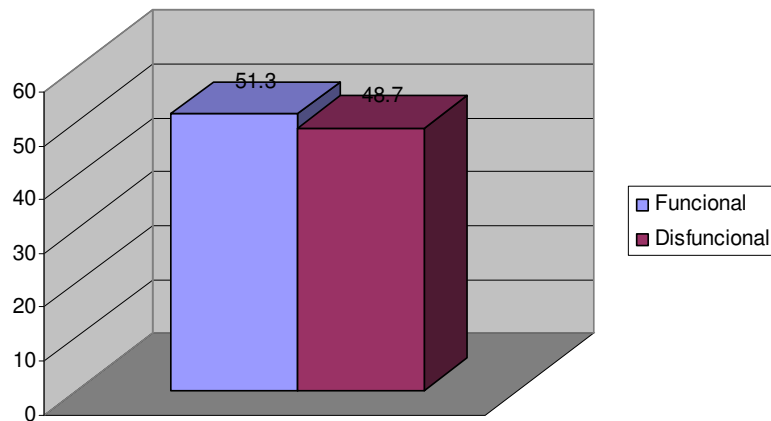
adolescente se entrega por completo y la eventualidad de un posible embarazo se proyecta en forma positiva. De esta forma, se valida entre otras cosas, el aceptar la presión que ejerce el hombre para la actividad sexual, aceptación que les permite asegurar la proyección de su relación afectiva.

En cuanto al funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional. (Gráfico N° 1) El aspecto funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y lo disfuncional relacionado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción. (Anexo R)

Las familias funcionales son aquellas que no sólo son capaces de cambiar, sino que al hacerlo mantienen un adecuado grado de cohesión. Ellas poseen límites y jerarquías bien definidos, aún 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. (110)

GRÁFICO N° 1

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO OCTUBRE – NOVIEMBRE LIMA - PERÚ 2006



Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del HSJL 2006

Por el contrario, las familias disfuncionales son aquellas en el cual los 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. (111)

Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. Tal como lo demuestra la investigación realizada por Wu Lawrence L. (1997), en el cual concluye que los adolescentes que pertenecen a familias desestructuradas, ya sea por separación y/o divorcio de los padres buscan compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo, para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar.

Por lo expuesto, podemos concluir que el funcionamiento familiar 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. Por su parte, Benites I. (1998) señala 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; en la que el embarazo puede conceptualizarse como un síntoma de una disfunción del sistema familiar a la que pertenece la adolescente; el cual 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; sumado a lo anterior, la joven debe renunciar a muchos intereses juveniles, viendo generalmente frustradas sus expectativas idealizadas; 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. Además, la presencia de un modelo familiar adecuado es de suma importancia para la adolescente en el logro de la madurez, de modelos de identificación de ambos sexos, lo cual es necesario tanto para reafirmar su

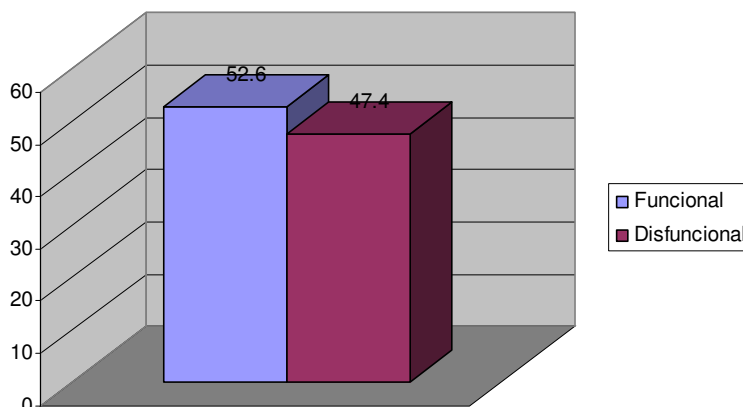
propio rol de género, como para definir su forma de interacción con el sexo opuesto.

Respecto al funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. (Gráfico N° 2) La estructura familiar funcional relacionada a que las decisiones son tomadas por ambos padres, reciben apoyo de los padres en los problemas de salud y escolares, se preocupan por cumplir las reglas en el hogar. En cuanto a la estructura familiar disfuncional referido a que la opinión de las adolescentes a veces es tomada en cuenta para la toma de decisiones, las reglas son establecidas por el padre y sus problemas sentimentales solo reciben el apoyo de las madres prioritariamente, aunque otro grupo refiere que desconocían sus problemas, cumpliendo los padres las funciones de alimentación y vestido, seguidas por las educativas, protección y seguridad, y en último lugar lo afectivo. (Anexo S)

La estructura, es una de las áreas del funcionamiento familiar, el cual 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. Está formada por los siguientes elementos: jerarquía, alianzas, límites o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento.

GRÁFICO N° 2

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL AREA ESTRUCTURA HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO OCTUBRE – NOVIEMBRE LIMA - PERÚ 2006



Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del HSJL 2006

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. 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 adolescentes embarazadas provienen de 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 estas características. (112)

En una familia con límites funcionales existe entre ellos lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales, estimula el desarrollo personal y respeta la autonomía. 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. Lo deseable es que los papeles o funciones 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. (113)

Por otro lado, se señala 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. (114)

Por lo expuesto, podemos concluir que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene una estructura familiar funcional, la cual está relacionada a que las decisiones son tomadas por ambos padres, reciben apoyo de los padres en los problemas de salud y escolares, existentes reglas en el hogar que las adolescentes se preocupan por cumplir y/o tratan de hacer cumplir. Mientras que acorta un porcentaje significativo de familias con una estructura familiar disfuncional relacionada a que la opinión de las adolescentes a veces es tomada en cuenta para la toma de decisiones, las reglas son establecidas por el padre y los problemas sentimentales solo reciben el apoyo de las madres prioritariamente, aunque otro grupo refiere que desconocían sus problemas, siendo las funciones que cumplen los padres mayormente referidas a la alimentación y vestido, seguidas por las educativas, protección y seguridad, y en último lugar la afectividad. Por lo que están expuestos a

presentar trastornos psicoafectivos que alterarían o afectarían negativamente en el proceso del embarazo.

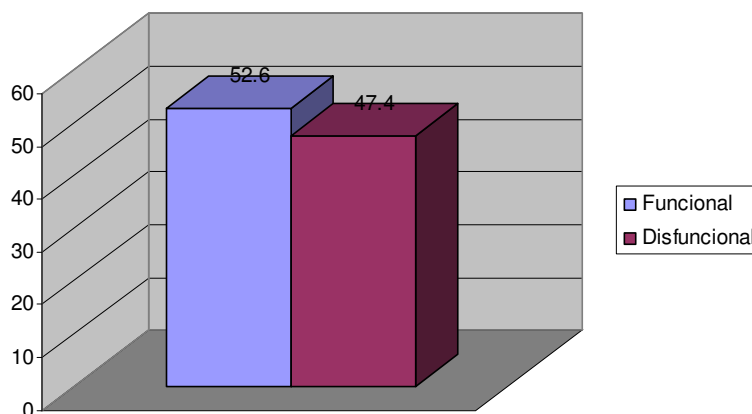
Acerca del funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área solución de conflictos de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional. (Gráfico N° 3) La capacidad de solución de conflictos funcional esta dada por la comunicación frecuente entre la madre y la adolescente, los padres enfrentan los problemas con los hijos conversando entre ellos. La capacidad de solución de conflictos disfuncional se debe a que cuando las adolescentes tenían problemas con sus padres buscaban el apoyo de amigos y/o enamorado y la comunicación con el padre es de vez en cuando. (Anexo T)

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 o con flexibilidad.

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. 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.

GRÁFICO N° 3

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS AREA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006**



Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del HSJL 2006

Arias R. y Aramburu C. (1999), en una investigación cualitativa realizada entre jóvenes, informan sobre las causas del embarazo adolescente desde la óptica de las propias entrevistadas. Entre una de las causas señalan: los problemas con los padres (principalmente falta de comunicación).

Por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene una capacidad de solución de conflictos familiar funcional referida por la comunicación frecuente entre la madre y la adolescente, los padres enfrentan los problemas con los hijos conversando entre ellos. La capacidad de solución de conflictos disfuncional se debe a que cuando las adolescentes tenían problemas con sus padres buscaban el apoyo de amigos y/o enamorado y la comunicación con el padre es de vez en cuando. Por ello,

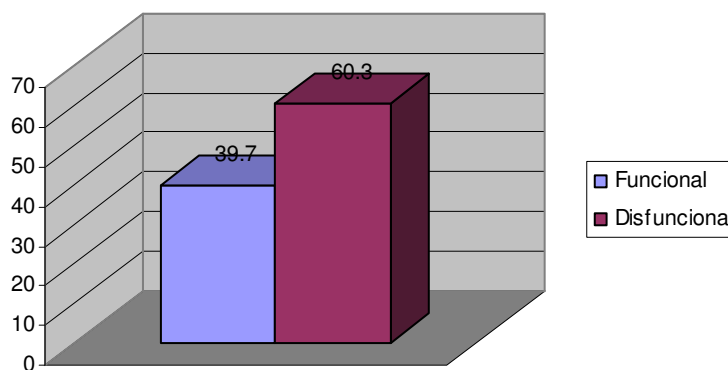
el embarazo adolescente podría ser un síntoma de una carencia de recursos de la familia para adaptarse a los cambios que implica el paso de las hijas de niñas a adolescentes, lo que se manifestaría en una escasa atención y comunicación entre padres e hijas. De esta manera, las adolescentes, al ser desatendidas 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.

Sobre el funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área ambiente emocional de 78 (100%), 47 (60.3%) tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y 31 (39.7%) funcional. (Gráfico N° 4) El ambiente emocional disfuncional relacionado a que los padres son poco afectuosos entre ellos, el afecto del padre y de los hermanos hacia la adolescente a pesar de ser mayormente afectuosos están en porcentaje muy similar a poco afectuosos, el grado de confianza con el padre en la que las adolescentes refieren que no confiaban en él. El ambiente emocional funcional relacionado a que la madre es afectuosa con la adolescente, el grado de confianza con la madre según la adolescente, ella podía saber como se sentía aún sin preguntárselo y en cuanto a las actividades familiares las jóvenes reportan que la familia tomaba un tiempo para conversar. (Anexo U)

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. (115)

GRÁFICO N° 4

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS AREA AMBIENTE EMOCIONAL
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006**



Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas del HSJL 2006

Con respecto al estado anímico y ajuste personal, Lobertield señala 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. En la cual el embarazo constituiría un medio para acercarse al ideal de si mismas, ser respetadas y queridas, permitiéndoles sentirse vinculadas emocionalmente con su pareja, obtener preocupación y compañía de su familia y mantener una relación de apego significativo con su hijo.

Por lo expuesto, podemos concluir que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene un ambiente emocional familiar disfuncional relacionado a que los padres son poco afectuosos entre ellos, el afecto del padre y de los hermanos hacia la adolescente a pesar de ser mayormente afectuosos están

en porcentaje muy similar a poco afectuosos, el grado de confianza con el padre en la que las adolescentes refieren que no confiaban en él. El ambiente emocional funcional relacionado a que la madre es afectuosa con la adolescente, el grado de confianza con la madre según la adolescente, ella podía saber como se sentía aún sin preguntárselo y en cuanto a las actividades familiares las jóvenes reportan que la familia tomaba un tiempo para conversar.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó, luego de realizado el presente estudio son:

- El funcionamiento familiar disfuncional relacionado principalmente al área ambiente emocional, por lo que se acepta la hipótesis del estudio.
- 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.
- La mayoría de las adolescentes embarazadas tiene una estructura familiar funcional relacionada a que las decisiones son tomadas por ambos padres, reciben apoyo de los padres en los problemas de salud y escolares, existentes reglas en el hogar que las adolescentes se preocupan por cumplir y/o tratan de hacer cumplir. La estructura familiar disfuncional relacionada a que la opinión de las adolescentes a veces es tomada en cuenta para la toma de decisiones, las reglas son establecidas por el padre y los problemas sentimentales solo reciben el apoyo de las madres prioritariamente, aunque otro grupo refiere que desconocían sus problemas, siendo las funciones que cumplen los

padres mayormente referidas a la alimentación y vestido, seguidas por las educativas, protección y seguridad, y en último lugar la afectividad.

- La mayoría de las adolescentes embarazadas tiene una capacidad de solución de conflictos familiar funcional referida por la comunicación frecuente entre la madre y la adolescente, los padres enfrentan los problemas con los hijos conversando entre ellos. La capacidad de solución de conflictos disfuncional debido a que cuando las adolescentes tenían problemas con sus padres buscaban el apoyo de amigos y/o enamorado y la comunicación con el padre es de vez en cuando.
- La mayoría de las adolescentes embarazadas tiene un ambiente emocional familiar disfuncional relacionado a que los padres son poco afectuosos entre ellos, el afecto del padre y de los hermanos hacia la adolescente a pesar de ser mayormente afectuosos están en porcentaje muy similar a poco afectuosos, el grado de confianza con el padre en la que las adolescentes refieren que no confiaban en él. El ambiente emocional funcional relacionado a que la madre es afectuosa con la adolescente, el grado de confianza con la madre según la adolescente, ella podía saber como se sentía aún sin preguntárselo y en cuanto a las actividades familiares las jóvenes reportan que la familia tomaba un tiempo para conversar.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Diseñar y/o implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante la adolescencia.
- Realizar estudios de tipo cualitativo en los diferentes distritos de Lima, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.

C. LIMITACIONES

La limitación del presente estudio está dado a que las conclusiones solo pueden ser generalizadas en la población de estudio, en las adolescentes embarazadas usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Kellogg W. Familia y Adolescencia. Chile: OPS; 1996. p. 3
- (2) Op. Cit. (1); pág. 4
- (3) Lugo N. El mundo afectivo de la adolescente embarazada. Investigación y Educación en Enfermería. Colombia. 2002; 20(1): 10
- (4) Idem.
- (5) Isler J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina. Chile. 2001; (107): 11
- (6) Universidad Peruana Cayetano Heredia. La Adolescencia en el Perú. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1994. p. 179
- (7) Romero M. Embarazo en la Adolescencia. Chile. 2001: 1
- (8) Op. Cit. (6); pág. 199
- (9) Encuesta Demográfica y de Salud Familia. Perú: ENDES: 2003.
- (10) Hidalgo C. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999. p. 212
- (11) Op. Cit. (10); pág. 216
- (12) Idem.
- (13) Op. Cit. (10); pág. 212

- (14) Op. Cit. (10); pág. 213
- (15) Idem.
- (16) Raguz M. Problemas de la Adolescencia en el Mundo. Revista de la Academia Peruana de Salud. Perú. 2003: 64
- (17) Op. Cit. (10); pág. 213
- (18) Op. Cit. (1); pág. 5
- (19) Idem
- (20) Cruz X. Embarazo en Adolescentes. Chile. 2002
- (21) Mendoza A. Salud Mental de la Gestante Adolescente. Revista de la Academia Peruana de Salud. Perú. 2003: 70
- (22) Hurlock E. Psicología de la Adolescencia. México: Ediciones Paidós; 1994. p. 496
- (23) INEI. Fecundidad Adolescente en el Perú: determinantes e implicancias socioeconómicas. Perú: ENAHO; 2000. p. 33
- (24) Poo A. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal: Rev. Sogia. Chile. 2005; 12(1): 17 - 24
- (25) Miranda R. Factores Biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II". Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005

- (26) Laura R. Tipos y Características de la Familia de las adolescentes embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003
- (27) Luna A, Gómez V. Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas: VII Foro Delegacional de Investigación en Salud del IMSS en Nuevo León. México: Unidad de Medicina Familiar. 2003; 32(2): 15 - 22
- (28) Zarate I. Factores Psicosociales en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- (29) Ávila E. Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia: Revista Cubana de Pediatría. Cuba: 2002; 74(4): 12 - 18
- (30) Marquardt E. Efectos del Divorcio en los Hijos. Nueva York: 2001
- (31) Osorio. El intento de suicidio en adolescentes. 2000
- (32) Aliaga M. Características Sociales de Adolescentes Embarazadas del Instituto Materno Perinatal. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999
- (33) Molina L. Apgar Familiar y Adolescencia. Venezuela: 1999.
- (34) Caracterización de las adolescentes embarazadas desde la perspectiva de los interventores del ámbito de salud: El Consejo Nacional de la mujer. Argentina. 1998.
- (35) Pérez A. Factores Sociales asociados al Embarazo en el área de salud 28 de Setiembre. Cuba: 1997.

- (36) Chirinos. Embarazo en la Adolescencia.: Revista Cubana de Enfermería. Cuba: 1993.
- (37) Lartigue. Factores que determinan que la vida sexual de la adolescente culmine en embarazo. 1992.
- (38) Op. Cit. (10); pág. 12
- (39) Idem
- (40) Op. Cit. (10); pág. 13 - 14
- (41) Idem.
- (42) Op. Cit. (10); pág. 15
- (43) Idem.
- (44) Idem.
- (45) Op. Cit. (10); pág. 131 - 32
- (46) Op. Cit. (18); pág. 127
- (47) Idem
- (48) Op. Cit. (18); pág. 128
- (49) Op. Cit. (18); pág. 128 - 29
- (50) Op. Cit. (18); pág. 129
- (51) Op. Cit. (22); pág. 495

- (52) Duque H. La vida en familia. Perú: Editorial Paulines; 1997. p. 14
- (53) Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. p. 3
- (54) Idem.
- (55) Op. Cit. (53); pág. 4
- (56) Idem.
- (57) Idem.
- (58) Mendoza A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Perú: DEVIDA; 2004. p. 63
- (59) Op. Cit. (10); pág. 215
- (60) Op. Cit. (53); pág. 5
- (61) Idem.
- (62) Op. Cit. (53); pág. 6
- (63) Idem.
- (64) Op. Cit. (10); pág. 215
- (65) Op. Cit. (28); pág. 57
- (66) Op. Cit. (28); pág. 58

- (67) Op. Cit. (28); pág. 59
- (68) Idem.
- (69) Op. Cit. (53); pág. 7 - 8
- (70) Op. Cit. (58); pág. 58 - 59
- (71) Op. Cit. (58); pág. 59
- (72) Op. Cit. (58); 59 - 60
- (73) Op. Cit. (58); pág. 60
- (74) Op. Cit. (58); pág. 61
- (75) Op. Cit. (58); pág. 61 - 62
- (76) Op. Cit. (58); pág. 62 - 63
- (77) Op. Cit. (10); pág. 214
- (78) Idem.
- (79) Op. Cit. (10); pág. 215
- (80) Idem.
- (81) Op. Cit. (53); pág. 8 - 9
- (82) Op. Cit. (53); pág. 9
- (83) Idem.

(84) Idem.

(85) Idem.

(86) Idem.

(87) Idem.

(88) González J. Sicopatología de la Adolescencia. México: Manual Moderno; 2001. p. 82 - 83

(89) Op. Cit. (24); pág. 17

(90) Op. Cit. (10); pág. 214

(91) Op. Cit. (53); pág. 11

(92) Op. Cit. (53); pág. 11 - 12

(93) Op. Cit. (58); pág. 26 - 27

(94) Op. Cit. (58); pág. 27

(95) Op. Cit. (58); pág. 27 - 28

(96) Op. Cit. (28); pág. 60

(97) Op. Cit. (58); pág. 61

(98) Op. Cit. (28); pág. 62

- (99) Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAI) 2002 – 2010. p, 34
- (100) Op. Cit. (23); pág. 54
- (101) Op. Cit. (1); pág. 67
- (102) Op. Cit. (1); pág. 69
- (103) Bustamante S. Enfermería Familiar. México: Manual Moderno; 2001. p. 101
- (104) Myers J. El Tratado de Enfermería Mosby. España: Editorial Mosby/Doyma; 1999. p. 298
- (105) Op. Cit. (104); pág. 299
- (106) Op. Cit. (10); pág. 219
- (107) Op. Cit. (10); pág. 220
- (108) Op. Cit. (10); pág. 220-21
- (109) Op. Cit. (10); pág. 221
- (110) Op. Cit. (58); pág. 26-27
- (111) Op. Cit. (58); pág. 27
- (112) Op. Cit. (58); pág. 28
- (113) Op. Cit. (58); pág. 27-28

(114) Op. Cit. (53); pág. 7

(115) Op. Cit. (22); pág. 495

BIBLIOGRAFÍA

- Belart A. Una Visión Sistémica de la Familia. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A; 1998
- Bustamante S. Enfermería Familiar. México: Manual Moderno; 2001.
- Coleman J. Psicología de la Adolescencia. España: Editorial Morata; 2003
- De Bartolomeis F. La Psicología del Adolescente y la Educación. México: Editorial Roca; 1992.
- Duque H. La vida en familia. Perú: Editorial Paulines; 1997
- González J. Psicopatología de la Adolescencia. México: Editorial Manual Moderno; 2001.
- Hidalgo C. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999
- Hurlock E. Psicología de la Adolescencia. México: Ediciones PAIDOS; 1994
- INEI. Fecundidad Adolescente en el Perú: Determinantes e Implicancias Socioeconómicas. Lima: ENAHO; 2000
- Kellogg W. Salud Familiar. Chile: OPS; 1996
- Kellogg W. Familia y Adolescencia. Chile: OPS; 1996.

- Koinblit A. Somética Familiar. España: Editorial GEDISA; 1996.
- Mendoza A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Lima: DEVIDA; 2004.
- Myers J. El Tratado de Enfermería Mosby. España: Editorial Mosby/Doyma; 1999.
- Perinat A. Los Adolescentes en el siglo XXI. Barcelona: Editorial UOC; 2002.
- Rodrigo M. Familia y Desarrollo Humano. España: Editorial Alianza; 1998
- Sánchez D. Terapia Familiar: Modelos y Técnicas. México: Editorial El Manual Moderno; 2000.
- Saucedo J, Maldonado J. La Familia, su Dinámica y Tratamiento. Washington: OPS; 2003
- Silva F. Evaluación Psicológica en Niños y Adolescentes. Perú: Editorial Síntesis S.A; 1995.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia. La Adolescencia en el Perú. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1994.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

Anexo		Pág.
A	Operacionalización de la Variable	I
B	Instrumento	IV
C	Tabla de Concordancia	XV
D	Validez del Instrumento	XVI
E	Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa – Cronbach	XVIII
F	Determinación del Tamaño de la Muestra	XIX
G	Tabla de Códigos	XX
H	Consentimiento Informado	XXVI
I	Matriz General	XXVII
J	Medición de la Variable	XXXI
K	Grupo Etéreo de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima- Perú 2006	XXXIV
L	Grado de Instrucción de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre- Noviembre Lima-Perú 2006	XXXV

Anexo		Pág.
M	Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima-Perú 2006	XXXVI
N	Tiempo de Gestación de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima-Perú 2006	XXXVII
O	Antecedente de Embarazo Adolescente de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima-Perú 2006	XXXVIII
P	Composición Familiar de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima-Perú 2006	XXXIX
Q	Motivo de inicio de Relaciones Sexuales de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima-Perú 2006	XL
R	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas usuarias del HSJL Octubre-Noviembre Lima-Perú 2006	XLI
S	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Estructura	XLIV
T	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Solución de Conflictos	XLVII

Anexo		Pág.
U	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Ambiente Emocional	L
V	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Estructura por Ítems	LIII
W	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Solución de Conflictos por Ítems	LIV
X	Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas en el Área Ambiente Emocional por Ítems	LV

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición Conceptual de la Variable	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional de la Variable
Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de la adolescentes	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.	<ul style="list-style-type: none"> - Organización o estructura - Solución de conflictos - Ambiente emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Jerarquía - Alianzas - Fronteras o límites - Funciones o papeles - Comunicación - Afrontamiento de problemas - Afecto - Confianza 	Es la respuesta expresada de las adolescentes sobre las características del entorno familiar (organización, solución de conflictos y ambiente emocional) antes de su embarazo

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Valor Final que adoptara la variable	Criterios para asignar el valor	Procedimiento para la recolección de datos	Aproximación de Técnicas e Instrumentos de recolección	Escala de Medición
<p>El valor final que adopta la variable relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de la adolescentes hacia la investigación es:</p> <p>Familia Funcional</p> <p>Familia Disfuncional</p>	<p>El criterio para asignar el valor: Familia Funcional y Disfuncional será de acuerdo al puntaje obtenido en las encuestas. Luego de analizarlas serán ubicadas en la distribución para determinar la media ubicando así los intervalos de clase que serán catalogados según su puntaje:</p> <p>Familia Funcional: >64</p> <p>Familia Disfuncional: <64</p>	<p>Para iniciar la recolección de datos se solicitó la autorización del área de estudio, mediante una carta de presentación, dirigida al médico jefe del Hospital San Juan de Lurigancho, a fin de obtener facilidades pertinentes para la realización del presente estudio de lunes a viernes de 8:00 – 13:00 hrs. con un tiempo de duración de 20 minutos por cada instrumento, además de</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Formulario Tipo Cuestionario</p>	<p>Ordinal</p>

		pedir el consentimiento informado de la persona sujeta a estudio.		
--	--	---	--	--

ANEXO B INSTRUMENTO

Estimada joven:

La maternidad es una experiencia hermosa para la mayoría de las mujeres. Sin embargo cuando ésta se da en la adolescencia puede no ser tan fácil afrontarla. En nuestro país cada año se incrementa el número de embarazos en las adolescentes, lo que hace necesario seguir efectuando estudios al respecto. En esta oportunidad existe interés en saber cual es el funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas, razón por la que se solicita tu colaboración para responder este cuestionario. Te hago saber que es anónimo y confidencial. Se espera que tus respuestas sean veraces y de antemano agradezco tu colaboración.

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)

A. 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) 1 ^{er} año () | c) 3 ^{er} año () | e) 5 ^{to} año () |
| b) 2 ^{do} año () | d) 4 ^{to} año () | |

3. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) soltera ()
- b) conviviente ()
- c) casada ()
- d) otros (**Especificar**)

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 ()

B. DATOS RELACIONADOS AL EMBARAZO

5. ¿Cuánto tiempo de gestación tienes actualmente?

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

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

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

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

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

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

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

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 (**Especificar**)

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 (**Especificar**)

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 (**Especificar**)

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 (**Especificar**)

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

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

**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 (Especificar)

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 (Especificar)

**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 (Especificar)

**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 ()
- d) 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) Difícilmente compartíamos alguna actividad todos juntos ()
- f) Preferíamos pasar el tiempo libre cada uno por su cuenta ()

Gracias por su colaboración

ANEXO C
TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Nº de preguntas	Nº de Jueces Expertos								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

ANEXO D

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez, se solicitó la opinión de jueces expertos, además de la Tabla de Correlación del Coeficiente r de Pearson.

Coeficiente de correlación r de Pearson: Correlación ítem - test

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{(\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2})(\sqrt{N\sum y^2 - (\sum y)^2})}$$

Donde:

N : Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$: Sumatoria de puntajes simples de la variable y

$\sum y^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

$\sum x^2$: sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

rx : coeficiente de regresión el conjunto x é y

Este coeficiente permitió conocer la validez de cada ítem, como se muestra en el siguiente cuadro:

Variable Funcionamiento Familiar

N° de Ítem	R. de Pearson	N° de Ítem	R. de Pearson
12	0.21	23	0.23
13	0.36	24	0.24
14	0.31	25	0.37
15	0.24	26	0.34
16	0.27	27	0.26

17	0.21	28	0.32
18	0.21	29	0.50
19	0.20	30	0.21
20	0.22	31	0.46
21	0.21	32	1
22	0.26		

Para que exista validez, $r > 0,20$. Por lo tanto este instrumento para la medición del funcionamiento familiar es válido en cada uno de sus ítems.

ANEXO E
CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
ALFA-CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Sobre la base de la varianza de los items, aplicando la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{N}{(N-1)} \frac{(1 - \sum s^2)}{s^2 x}$$

Donde:

N es el número de items de la escala

$\sum s^2$ es la sumatoria de las varianzas de los items

$s^2 x$ es la varianza de toda la escala

$$\alpha = \frac{21}{20} \frac{1 - 32.3777}{155.785} = 1.05 (0.7922) = 0.83181$$

$\alpha = 0.83$

ANEXO F
DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se apela a la siguiente fórmula:

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

Donde:

n es el tamaño muestral

N es el tamaño de la población de 400 gestantes adolescentes por año

Z es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96

p proporción esperada de la característica a evaluar de 0.5

q es 1-p (q = 0.5)

i es el error de muestreo de 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 (400) (0.5) (0.5)}{(0.1)^2 (400-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{384.16}{4.9504} = 77.601809$$

n = 78

ANEXO G
TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

1. 10-13 = 3
14-16 = 2
17-19 = 1
2. 1er año = 1
2do año = 2
3er año = 3
4to año = 4
5to año = 5
3. Soltera = 1
Conviviente = 2
Casada = 3
4. Hija única = 1
Mayor de mis hermanos = 2
Entre el mayor y el menor = 3
Menor de mis hermanos = 4
5. 1er mes = 1
2do mes = 2
3er mes = 3
4to mes = 4
5to mes = 5
6to mes = 6
7mo mes = 7
8vo mes = 8
9no mes = 9
6. 1er mes = 1
2do mes = 2

- 3er mes = 3
- 4to mes = 4
- 5to mes = 5
- 7. 1er mes = 1
- 2do mes = 2
- 3er mes = 3
- 4to mes = 4
- 5to mes = 5
- 8. Enteraron por mi = 4
- Dieron cuenta = 3
- Enteraron por otras personas = 2
- Enteraron de casualidad = 1
- 9. Madre = 3
- Hermana = 2
- Abuela = 1
- Ninguna = 0
- 10. Solo hermanos = 1
- Madre y hermanos = 2
- Padre y hermanos = 3
- Ambos padres y hermanos = 4
- 11. Decisión propia = 4
- Presión de pareja = 3
- Presión de amigos = 2
- Abuso sexual = 1

DATOS ESPECIFICOS

- 12. 1 = a
- 2 = b
- 3 = c
- 4 = d

- 0 = e
13. 1 = a
2 = b
3 = c
14. 5 = a
6 = b
7 = c
4 = d
8 = e
3 = f
2 = g
1 = h
0 = i
15. 5 = a
6 = b
7 = c
4 = d
8 = e
3 = f
2 = g
1 = h
0 = i
16. 5 = a
6 = b
7 = c
4 = d
8 = e
3 = f
2 = g
1 = h

- 0 = i
17. 2 = a
3 = b
4 = c
1 = d
0 = e
18. 6 = a
5 = b
4 = c
3 = d
2 = e
1 = f
0 = g
19. 6 = a
5 = b
4 = c
3 = d
2 = e
1 = f
0 = g
20. 6 = a
5 = b
4 = c
3 = d
2 = e
1 = f
0 = g
21. 2 = a
5 = b
6 = c

- 3 = d
4 = e
1 = f
22. 3 = a
2 = b
1 = c
23. 3 = a
2 = b
1 = c
24. 3 = a
2 = b
1 = c
25. 4 = a
5 = b
3 = c
2 = d
1 = e
26. 3 = a
2 = b
1 = c
27. 3 = a
2 = b
1 = c
28. 3 = a
2 = b
1 = c
29. 3 = a
2 = b
1 = c

30. $5 = a$

$6 = b$

$4 = c$

$1 = d$

$2 = e$

$3 = f$

31. $5 = a$

$6 = b$

$4 = c$

$1 = d$

$2 = e$

$3 = f$

32. $5 = a$

$6 = b$

$4 = c$

$1 = d$

$2 = e$

$3 = f$

ANEXO H
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Funcionamiento Familiar de las Adolescentes Embarazadas usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”, habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma.....

DNI

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada joven usuaria:

La investigación o el estudio para la cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de mejorar la situación existente y no le perjudicaran en lo absoluto.

Atte.

.....
Marissa Urreta Palacios
AUTORA DEL ESTUDIO

ANEXO I
MATRIZ GENERAL

N° de adolescentes embarazadas	ITEMS																				Σ	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		32
1	1	2	5	5	5	3	2	1	1	3	1	3	3	4	1	3	1	2	5	3	6	60
2	4	3	7	7	7	2	1	1	1	1	3	3	3	4	3	3	3	3	5	5	6	75
3	4	3	7	7	7	4	6	1	6	5	3	3	3	5	3	3	3	3	6	6	6	99
4	4	3	7	7	2	4	2	6	1	3	3	3	3	4	3	3	3	3	5	4	4	72
5	4	3	7	4	4	3	1	2	1	5	3	3	2	2	3	3	3	2	4	1	2	62
6	2	2	5	5	5	2	3	3	3	1	2	3	3	4	2	3	2	3	6	1	4	64
7	3	3	8	8	8	4	3	3	6	5	3	3	3	2	3	3	3	3	6	6	6	97
8	1	2	5	5	2	3	6	6	3	3	2	3	3	4	1	2	3	2	6	3	1	64
9	4	2	7	5	4	4	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	6	5	6	72
10	1	3	6	5	5	2	3	3	2	3	1	3	3	4	2	3	3	3	1	1	5	59
11	4	2	7	7	5	3	1	1	1	1	3	3	3	4	3	3	3	3	5	5	3	70
12	1	3	4	4	4	3	3	3	1	5	1	3	3	1	1	2	1	3	5	1	5	61
13	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	3	2	3	1	1	3	3	2	37
14	3	2	7	7	5	4	4	4	3	3	2	3	3	5	2	2	2	3	6	5	6	80
15	4	2	7	0	0	4	5	5	2	3	1	1	3	3	2	3	3	2	3	2	2	58
16	4	2	7	5	2	4	2	2	3	5	2	3	3	3	2	2	2	2	6	1	4	70
17	1	1	5	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	3	1	3	38
18	4	3	7	7	5	4	4	4	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	6	3	6	75
19	4	2	7	5	5	3	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	5	3	3	63

N° de adolescentes embarazadas	ITEMS																				Σ	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		32
20	2	1	2	2	3	2	1	1	2	2	1	2	3	1	2	2	2	1	6	3	3	42
21	4	2	7	7	5	4	2	2	1	3	3	3	3	1	3	3	2	2	6	3	1	67
22	1	2	5	5	1	3	1	1	1	2	2	3	3	4	2	3	2	3	5	1	3	51
23	4	2	7	5	5	2	1	1	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	1	6	70
24	1	1	5	5	5	3	2	2	2	4	1	2	2	2	2	3	1	2	4	1	3	54
25	2	3	7	7	7	2	3	3	2	4	3	3	1	5	3	3	3	3	5	4	6	79
26	4	2	8	8	2	2	1	1	1	3	2	3	3	2	3	3	2	2	1	2	3	63
27	2	2	2	5	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2	1	2	3	1	2	41
28	1	2	8	5	2	3	3	3	2	3	2	3	3	1	2	3	2	2	3	3	4	60
29	1	1	7	5	2	4	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	1	2	2	3	4	49
30	2	1	5	5	1	2	2	2	1	1	1	1	3	3	2	1	1	3	6	1	2	42
31	4	3	8	7	7	2	3	3	3	2	2	2	3	5	3	3	3	3	4	6	6	84
32	4	2	7	7	5	4	1	1	1	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	5	1	65
33	1	2	4	4	4	1	1	1	1	1	2	1	1	5	2	2	3	2	1	5	2	48
34	3	3	1	2	2	0	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	5	1	2	30
35	2	1	5	5	5	2	3	3	3	4	1	3	3	2	2	3	2	2	4	3	3	61
36	4	3	7	5	5	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	6	1	5	66
37	0	2	8	8	2	1	3	1	1	4	3	3	3	2	3	3	3	3	5	6	5	70
38	4	3	7	7	5	4	2	3	1	1	3	3	3	4	2	3	3	3	6	5	5	77
39	4	3	7	7	5	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	5	6	6	73
40	0	2	5	5	0	0	1	5	5	1	3	3	3	3	2	3	3	3	6	5	5	63

N° de adolescentes embarazadas	ITEMS																				Σ	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		32
41	4	2	8	2	5	4	4	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	6	3	6	72
42	1	2	5	5	2	3	3	6	3	4	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	6	69
43	4	2	5	5	2	1	2	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	2	5	3	1	47
44	1	2	7	7	5	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	2	3	6	2	3	61
45	4	2	7	7	5	4	2	1	1	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	4	6	77
46	2	2	7	7	6	2	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	6	6	71
47	2	2	5	5	5	4	1	1	1	3	1	3	3	5	1	3	3	2	6	6	5	66
48	2	3	7	5	7	3	2	2	1	3	2	3	1	3	2	3	2	2	4	2	3	63
49	2	2	6	6	1	2	3	2	2	4	3	1	2	5	1	1	3	3	5	5	2	61
50	4	2	7	7	3	2	2	1	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	52
51	4	3	7	7	5	2	4	3	2	4	3	3	3	3	2	3	3	3	5	1	3	73
52	2	2	7	7	1	4	4	2	1	4	2	3	2	4	2	2	3	2	4	1	1	60
53	2	2	7	7	5	3	4	3	2	4	3	3	3	5	3	3	3	2	2	4	6	76
54	4	2	7	7	5	2	3	3	2	4	2	3	3	2	3	3	2	3	5	1	3	69
55	2	1	5	5	5	2	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	4	2	1	57
56	4	1	7	7	5	4	3	3	2	4	1	2	3	2	2	2	2	2	6	3	3	68
57	1	2	5	5	5	3	4	4	3	3	1	2	2	2	1	2	1	2	4	1	3	56
58	4	1	7	7	5	4	4	4	3	4	2	3	3	2	3	3	2	2	6	1	2	72
59	4	3	7	7	4	4	3	2	1	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	4	3	68
60	2	3	7	7	2	4	2	2	1	4	2	3	3	5	3	3	3	3	5	4	6	74
61	4	3	7	5	5	4	2	2	1	3	1	2	3	5	2	3	2	3	6	1	5	69
62	4	2	7	7	3	4	2	2	1	4	2	2	3	2	3	3	3	2	4	4	3	67

N° de adolescentes embarazadas	ITEMS																				Σ	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		32
63	4	1	7	7	0	4	3	3	1	2	3	2	3	3	2	2	2	1	6	1	2	59
64	2	1	7	7	0	2	2	1	4	1	2	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	50
65	1	3	5	5	5	3	4	4	2	5	1	3	3	5	1	3	1	2	6	1	1	64
66	2	2	7	7	2	2	3	2	1	2	2	2	2	5	2	3	3	2	4	4	4	63
67	1	3	8	7	2	4	3	2	2	4	2	2	3	2	3	3	3	2	4	1	2	63
68	1	2	5	4	4	3	1	1	1	1	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	44
69	1	3	5	5	5	3	4	2	2	3	2	2	3	5	2	3	1	3	6	1	4	64
70	4	2	7	7	2	3	3	2	2	2	2	2	3	5	3	2	2	3	1	5	6	68
71	1	2	5	5	5	3	4	4	4	5	2	3	3	2	1	3	2	3	6	2	1	66
72	4	3	7	5	1	2	4	3	3	3	2	2	3	4	2	2	2	2	6	6	5	71
73	2	2	6	8	4	2	2	2	2	3	2	1	3	5	3	2	3	3	4	6	6	71
74	4	2	8	6	5	4	3	3	3	3	2	2	3	4	3	2	2	2	4	4	4	73
75	2	2	6	6	0	2	5	5	5	5	3	1	3	5	2	2	3	3	3	4	5	72
76	1	2	8	5	5	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	6	1	3	68
77	1	3	5	5	5	3	3	3	3	3	2	1	3	5	2	3	2	3	6	1	6	68
78	1	2	5	5	8	2	3	3	3	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	5	2	56

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Para la medición del funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas se calculo la media, dividiéndolo en 2 valores: funcional y disfuncional.

Procedimiento:

1. Se determina el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

$$\bar{X} = 64.09$$

2. Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X_{\min} \text{ a } \bar{X} \qquad b = \bar{X} + 1 \text{ a } X_{\max}$$

$$a = 21 \text{ a } 64 \qquad b = 65 \text{ a } 103$$

Funcionamiento Familiar en Adolescentes Embarazadas

Disfuncional = menos o igual de 64
 Funcional = más de 64

ESTRUCTURA FAMILIAR

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

$$\bar{X} = 33.05$$

2. Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X_{\min} \text{ a } \bar{X} \qquad b = \bar{X} + 1 \text{ a } X_{\max}$$
$$a = 10 \text{ a } 33 \qquad b = 34 \text{ a } 59$$

Funcionamiento Familiar en Adolescentes Embarazadas

Disfuncional = menos o igual de 33

Funcional = más de 33

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

$$\bar{X} = 10.45$$

2. Se establecieron los valores de a y b:

$$\begin{array}{ll} a = X_{\min} \text{ a } \bar{X} & b = \bar{X} + 1 \text{ a } X_{\max} \\ a = 4 \text{ a } 10 & b = 11 \text{ a } 14 \end{array}$$

Funcionamiento Familiar en Adolescentes Embarazadas

Disfuncional = menos o igual de 10

Funcional = más de 10

AMBIENTE EMOCIONAL FAMILIAR

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

$$\bar{X} = 20.59$$

2. Se establecieron los valores de a y b:

$$\begin{array}{ll} a = X_{\min} \text{ a } \bar{X} & b = \bar{X} + 1 \text{ a } X_{\max} \\ a = 7 \text{ a } 21 & b = 22 \text{ a } 30 \end{array}$$

Funcionamiento Familiar en Adolescentes Embarazadas

Disfuncional = menos o igual de 21

Funcional = más de 21

ANEXO K
GRUPO ETÁREO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Grupo etáreo	Nº	%
Total	78	100
10– 13	2	2.6
14 – 16	26	33.3
17 – 19	50	64.1

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO L
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Grado de Instrucción	Nº	%
Total	78	100
Secundaria Completa	36	46.2
Secundaria Incompleta	42	53.8

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO M
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
USUARIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Estado Civil	Nº	%
Total	78	100
Soltera	41	52.6
Conviviente	35	44.9
Casada	2	2.5

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO N
TIEMPO DE GESTACIÓN DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO SEGÚN
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Tiempo de Gestación	Nº	%
Total	78	100
1^{er} mes	1	1.3
2^{do} mes	5	6.4
3^{er} mes	5	6.4
4^{to} mes	14	17.9
5^{to} mes	9	11.6
6^{to} mes	7	8.9
7^{mo} mes	8	10.3
8^{vo} mes	23	29.5
9^{no} mes	6	7.7

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO O
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Embarazo Adolescente	Nº	%
Total	78	100
Madre	37	47.4
Hermana	18	23.1
Abuela	4	5.1
Ninguno	19	24.4

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO P
COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Composición Familiar	Nº	%
Total	78	100
Solo hermanos	3	3.9
Madre y hermanos	25	32
Padre y hermanos	4	5.1
Ambos padres y hermanos	46	59

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO Q
MOTIVO DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Motivo de inicio de Relaciones Sexuales	Nº	%
Total	78	100
Decisión propia	55	70.5
Presión de pareja	22	28.2
Presión de amigos	1	1.3

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

ANEXO R
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Nº de Adolescentes Embarazadas	ÁREAS			TOTAL
	Estructura	Solución de Conflictos	Ambiente Emocional	
1	28	11	21	60
2	34	13	28	75
3	55	14	30	99
4	34	13	25	72
5	34	10	18	62
6	31	12	21	64
7	54	13	30	97
8	36	10	18	64
9	30	13	29	72
10	31	10	18	59
11	32	13	25	70
12	31	11	19	61
13	18	5	14	37
14	42	11	27	80
15	32	10	16	58
16	39	11	20	70
17	18	7	13	38
18	38	10	27	75
19	31	14	21	66
20	18	9	15	42
21	37	10	20	67
22	22	9	20	51
23	33	13	24	70
24	31	7	16	54
25	41	12	26	79
26	33	10	20	63

Nº de Adolescentes Embarazadas	ÁREAS			TOTAL
	Estructura	Solución de Conflictos	Ambiente Emocional	
27	21	9	11	41
28	32	9	19	60
29	24	8	17	49
30	22	8	12	42
31	42	12	30	84
32	33	10	22	65
33	20	9	19	48
34	15	6	9	30
35	32	9	20	61
36	34	11	21	66
37	30	11	29	70
38	37	13	27	71
39	36	10	27	73
40	24	12	27	63
41	37	10	25	72
42	34	10	25	69
43	26	8	13	47
44	30	11	20	61
45	36	13	28	77
46	35	11	25	71
47	28	12	26	66
48	36	9	18	63
49	30	11	20	61
50	31	9	12	52
51	41	12	20	73
52	34	11	15	60
53	39	14	23	76
54	39	10	20	69
55	31	10	16	57
56	40	8	20	68
57	35	7	14	56
58	43	10	19	72
59	38	11	19	68
60	34	13	27	74
61	36	11	22	69
62	36	9	22	67
63	32	11	16	59

N° de Adolescentes Embarazadas	ÁREAS			TOTAL
	Estructura	Solución de Conflictos	Ambiente Emocional	
64	28	9	13	50
65	37	12	15	64
66	30	11	22	63
67	36	9	18	63
68	23	11	10	44
69	33	12	19	64
70	34	12	22	68
71	38	10	18	66
72	35	11	25	71
73	33	11	27	71
74	41	11	21	73
75	38	12	22	72
76	37	10	21	68
77	34	11	23	68
78	35	7	14	56

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

VALOR FINAL

Funcional = > 64

Disfuncional = < 64

Valor final	N° de adolescentes embarazadas	%
Funcional	40	51.3 %
Disfuncional	38	48.7 %

ANEXO S
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN EL ÁREA ESTRUCTURA

N° Adolescentes Embarazadas	Área Estructura
1	28
2	34
3	55
4	34
5	34
6	31
7	54
8	36
9	30
10	31
11	32
12	31
13	18
14	42
15	32
16	39
17	18
18	38
19	31
20	18
21	37
22	22
23	33
24	31
25	41
26	33
27	21
28	32
29	24

N° Adolescentes Embarazadas	Área Estructura
30	22
31	42
32	33
33	20
34	15
35	32
36	34
37	30
38	37
39	36
40	24
41	37
42	34
43	26
44	30
45	36
46	35
47	28
48	36
49	30
50	31
51	41
52	34
53	39
54	39
55	31
56	40
57	35
58	43
59	38
60	34
61	36
62	36
63	32
64	28
65	37

N° Adolescentes Embarazadas	Área Estructura
66	30
67	36
68	23
69	33
70	34
71	38
72	35
73	33
74	41
75	38
76	37
77	34
78	35

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

VALOR FINAL

Funcional = > 33

Disfuncional = < 33

Valor final	N° de adolescentes embarazadas	%
Funcional	41	52.6 %
Disfuncional	37	47.4 %

ANEXO T
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN EL ÁREA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

N° Adolescentes Embarazadas	Área Solución de Conflictos
1	11
2	13
3	14
4	13
5	10
6	12
7	13
8	10
9	13
10	10
11	13
12	11
13	5
14	11
15	10
16	11
17	7
18	10
19	14
20	9
21	10
22	9
23	13
24	7
25	12
26	10
27	9
28	9
29	8

N° Adolescentes Embarazadas	Área Solución de Conflictos
30	8
31	12
32	10
33	9
34	6
35	9
36	11
37	11
38	13
39	10
40	12
41	10
42	10
43	8
44	11
45	13
46	11
47	12
48	9
49	11
50	9
51	12
52	11
53	14
54	10
55	10
56	8
57	7
58	10
59	11
60	13
61	11
62	9
63	11
64	9
65	12

N° Adolescentes Embarazadas	Área Solución de Conflictos
66	11
67	9
68	11
69	12
70	12
71	10
72	11
73	11
74	11
75	12
76	10
77	11
78	7

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

VALOR FINAL

Funcional = > 10

Disfuncional = < 10

Valor final	N° de adolescentes embarazadas	%
Funcional	41	52.6 %
Disfuncional	37	47.4 %

ANEXO U
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN EL ÁREA AMBIENTE EMOCIONAL

N° Adolescentes Embarazadas	Área Ambiente Emocional
1	21
2	28
3	30
4	25
5	18
6	21
7	30
8	18
9	29
10	18
11	25
12	19
13	14
14	27
15	16
16	20
17	13
18	27
19	21
20	15
21	20
22	20
23	24
24	16
25	26
26	20
27	11
28	19
29	17

N° Adolescentes Embarazadas	Área Ambiente Emocional
30	12
31	30
32	22
33	19
34	9
35	20
36	21
37	29
38	27
39	27
40	27
41	25
42	25
43	13
44	20
45	28
46	25
47	26
48	18
49	20
50	12
51	20
52	15
53	23
54	20
55	16
56	20
57	14
58	19
59	19
60	27
61	22
62	22
63	16
64	13
65	15

N° Adolescentes Embarazadas	Área Ambiente Emocional
66	22
67	18
68	10
69	19
70	22
71	18
72	25
73	27
74	21
75	22
76	21
77	23
78	14

Fuente: Instrumento aplicado a las Adolescentes Embarazadas de HSJL 2006

VALOR FINAL

Funcional = > 21

Disfuncional = < 21

Valor final	N° de adolescentes embarazadas	%
Funcional	31	39.7 %
Disfuncional	47	60.3 %

ANEXO V
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL ÁREA ESTRUCTURA POR ITEMS
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Ítems del Área Estructura	Funcional		Disfuncional		Total	
	N	%	N	%	N	%
Toma de decisiones en la familia	36	46.1	42	53.9	78	100
Tenían en cuenta la opinión de las adolescentes en la toma de decisiones	25	32.1	53	67.9	78	100
Apoyo frente a algún problema de salud	72	92.2	6	7.8	78	100
Apoyo frente a algún problema escolar	68	87.2	10	12.8	78	100
Apoyo frente a algún problema sentimental	41	52.6	37	47.4	78	100
Establecimiento de reglas en la familia	46	59	32	41	78	100
Temas que se establecían sobre las reglas existentes en la familia	35	45	43	55	78	100
Preocupación de los padres sobre el cumplimiento de las reglas existentes	36	46	15	54	78	100
Preocupación de las adolescentes sobre el cumplimiento de las reglas existentes	29	37.2	49	62.8	78	100
Funciones que cumplían los padres	30	38.4	48	61.6	78	100

ANEXO W
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL ÁREA SOLUCION DE CONFLICTOS POR ITEMS
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Ítems del Área Solución de Conflictos	Funcional		Disfuncional		Total	
	N	%	N	%	N	%
Comunicación entre el padre y la adolescente	24	30.8	54	69.2	78	100
Comunicación entre la madre y la adolescente	45	57.7	33	42.3	78	100
Afrontamiento de los padres frente a problemas con los hijos	65	83.3	13	16.7	78	100
Apoyo que buscaban las adolescentes frente a problemas con sus padres	31	39.7	47	60.3	78	100

ANEXO X
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL ÁREA AMBIENTE EMOCIONAL POR ITEMS
OCTUBRE – NOVIEMBRE
LIMA - PERÚ
2006

Ítems del Área Ambiente Emocional	Funcional		Disfuncional		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afecto entre los padres	31	39.8	47	60.2	78	100
Afecto de la madre hacia la adolescente	50	64.1	28	35.9	78	100
Afecto del padre hacia la adolescente	34	43.6	44	56.4	78	100
Afecto de los hermanos hacia la adolescente	38	48.7	40	51.3	78	100
Grado de confianza hacia la madre	43	55.1	35	44.9	78	100
Grado de confianza hacia el padre	19	24.4	59	75.6	78	100
Actividades familiares	30	38.4	48	61.6	78	100

