

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO  
EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL JERUSALEN DEL  
DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**AUTORAS:**

**Bach. ANALUCIA RAQUEL MEZA SANDOVAL**

**Bach. GABRIELA ALEJANDRA ZAPATA VARGAS**

**ASESORA:**

**Dra. JOSEFA MAGDALENA CABRERA DÍAZ**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO  
EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL JERUSALEN DEL  
DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**AUTORAS:**

**Bach. ANALUCIA RAQUEL MEZA SANDOVAL**

**Bach. GABRIELA ALEJANDRA ZAPATA VARGAS**

**ASESORA:**

**Dra. JOSEFA MAGDALENA CABRERA DÍAZ**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

## DEDICATORIAS

**A Dios**, por darme fortaleza para continuar cuando he tropezado. Gracias por brindarme la oportunidad de escalar un peldaño más en mi vida profesional y por demostrarme que siempre estás a mi lado.

**A mis tíos Segundo, Liliana y mis primos: Carola, Liliana y Sergio** quienes me ayudaron a levantarme cuando he tropezado, brindándome ánimos para seguir adelante. Gracias por la paciencia que me han tenido todo este tiempo.

**A mis padres José, Rossana y hermanos Juan José y José Alonso** por ser mi fuente de inspiración y motivación a seguir adelante día a día, sin mirar atrás. Gracias por su apoyo incondicional, paciencia y fortaleza que me brindan a diario.

***Analucía***

**A Dios** por permitirme haber llegado a esta etapa de mi vida. Porque en compañía de mi padre **Henry Zapata** guían mis pasos desde el cielo y me permiten ser mejor cada día.

**A mi madre Esther Vargas** por haber sido mi guía y apoyo durante todos estos años, por haber luchado a mi lado y haberme enseñado que con esfuerzo y sacrificio todo se consigue. Gracias por ser mi ejemplo a seguir y motivación.

**A mis hermanos Sthefany y Alexander y demás familiares** que apoyaron esta trayectoria y en los momentos difíciles siempre estuvieron presentes.

***Gabriela***

## **AGRADECIMIENTO**

**A nuestra asesora Dra. Josefa Cabrera Díaz**, por su apoyo, su tiempo y la sabiduría y conocimientos constantes que nos transmitió durante nuestra formación, porque a pesar de los obstáculos nos ayudó a construir esta investigación.

*Analucia y Gabriela*

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO .....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
LISTA DE TABLAS .....	v
LISTA DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS .....	49
III. RESULTADOS .....	58
IV. DISCUSIÓN .....	65
V. CONCLUSIONES .....	71
VI. RECOMENDACIONES.....	74
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
ANEXOS .....	81

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA 1</b>	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016. ....	<b>59</b>
<b>TABLA 2</b>	
ACTITUD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES FRENTE AL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016. ....	<b>61</b>
<b>TABLA 3</b>	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016.....	<b>63</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO 1</b>	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016. ....	<b>60</b>
<b>GRÁFICO 2</b>	
ACTITUD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES FRENTE AL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016. ....	<b>62</b>
<b>GRÁFICO 3</b>	
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016.....	<b>64</b>



## RESUMEN

La presente investigación de tipo correlacional y de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre funcionamiento familiar y la actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Jerusalén. La población de estudio estuvo conformada por 80 gestantes adolescentes. Se aplicaron 2 cuestionarios: uno para identificar el funcionamiento familiar y el segundo para identificar la actitud frente al embarazo. Se encontró que el 63,8% de las gestantes adolescentes presentaron funcionamiento familiar bajo, el 22,5% presentaron funcionamiento familiar medio y el 13,8% presentaron funcionamiento familiar alto, asimismo el 70% de las gestantes adolescentes presentaron una actitud frente al embarazo desfavorable y el 30% una actitud frente al embarazo favorable. Según el estadístico Gamma se obtuvo un valor positivo de 0,976 y valor-p de 0,000, por lo tanto existe relación significativa entre funcionamiento familiar y actitud frente al embarazo.

**Palabras claves:** Funcionamiento familiar - Actitud frente al embarazo - Gestantes Adolescentes.

## ABSTRACT

This research correlational and cross-sectional was conducted in order to determine the family functioning relationship and attitude toward pregnancy in pregnant adolescents seen at the Jerusalem Hospital. The study population consisted of 80 pregnant teenagers. Data collection two questionnaires were applied: one to identify family functioning and the second to identify the attitude towards pregnancy, prepared by the authors based on "attitude Scale Gestante Teenager" Bach Vanessa Laurente and Amalia Alvitres instrument. It was found that 63.8% of pregnant adolescents had low family functioning, 22.5% had average family functioning and 13.8% had high family functioning, also 70% of pregnant adolescents had an attitude against unfavorable pregnancy and 30% an attitude to a favorable pregnancy. According to the statistical Gamma throws us a positive value of 0.976 and p-value of 0,000, therefore there is significant relationship between family functioning and attitude toward pregnancy.

**Keywords:** Family Functioning - Attitude towards pregnancy - Pregnant Teens.

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 11 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad. (6)

En esta etapa el inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta comienza sin orientación y conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra gestar, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura. (25)

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. 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. (49)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. En todo el mundo, muchas mujeres de 15 a 19 años están actualmente embarazadas o ya han dado a luz. Esta situación ocurre especialmente en áreas rurales donde las niñas se casan jóvenes y se las presiona para que empiecen a tener hijos de inmediato. En Zimbabwe, Senegal y Colombia, más de una de cada cinco adolescentes de áreas rurales comenzaron a tener hijos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres. (6) (45)

En Latinoamérica la situación es considerable, ya que un estudio de la Organización Iberoamericana de Juventud, en España, revela que 73 de cada mil embarazos en América Latina, son de adolescentes. En Brasil, por ejemplo, se dan 89 embarazos precoces por cada mil mujeres, lo que deja ver que las cifras no han cambiado desde hace más de nueve años en el país. También se sabe que la tasa de nacimientos, entre 15 y 19 años, es mayor en las favelas más pobres. (45)

Venezuela se ha ganado el primer lugar de Sudamérica con el mayor número de embarazos adolescentes. La Organización de las Naciones Unidas, informó que de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años. Esto se debe a que la edad promedio, en la que los jóvenes venezolanos inician su actividad sexual, oscila entre los 12 y 14 años. (53)

En Colombia y Perú, las adolescentes de hogares más pobres tienen más probabilidades de quedar embarazadas o dar a luz que las de hogares más ricos. Más de un cuarto de las adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al 20 por ciento de los hogares más pobres comenzaron a tener hijos. En el Perú, las adolescentes embarazadas por primera vez, entre el 2000 y el 2009, tendieron al incremento en el área urbana y aún más en el área rural (de 2,5% a 3,8%). Del 2009 al 2013, se incrementaron en el área urbana (de 2,3% en el 2009 a 3,4% en el 2013) en tanto que en el área rural se mantuvo en el mismo porcentaje (3,8%). (45) (46)

Las adolescentes embarazadas por primera vez, entre el 2000 y el 2009 se incrementaron en las residentes en la Costa sin considerar Lima Metropolitana, en la Sierra y Selva. En cambio disminuyeron en Lima Metropolitana. Entre el 2009 y el 2013, aumentaron en Lima Metropolitana y el resto de la costa, mientras que en la sierra y en la selva tendieron a mantenerse. (46)

Según muestran las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES, en el 2014, en el Perú el 26.7% de los adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres y el 4.6% están gestando por primera vez. La mayor prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el área rural (22.0%) y las regiones de la selva (24.7%); y los menores porcentajes en el área urbana (12.2%) y en Lima Metropolitano (11.6%). Esto debido a que muchos de ellos inician su vida sexual a más temprana edad. La edad de inicio sexual en mujeres es de 18 años en zonas urbanas y 17 años en zonas rurales. (11)

Las adolescentes embarazadas por primera vez, destacan en los departamentos de Amazonas (6,4%), Loreto (4,7%), Madre de Dios (4,6%) y San Martín (4,2%) entre los de la Selva, y se aúnan los departamentos de Ayacucho (7,6%), Tumbes (6,8%), La Libertad (5,3%), Piura (5,1%), Ica (4,7%), Tacna (4,5%) y Cusco (4,1%). (46)

La adolescencia es un periodo de máxima relación con sus pares y de conflicto con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y omnipotentes. La curiosidad y el deseo de experimentar en los adolescentes les conlleva a adoptar conductas de riesgos definidas como aquellas actuaciones repetidas fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la adolescencia con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. (1)

Las etapas del desarrollo individual en la adolescencia presentan o generan crisis transitorias en el ciclo vital familiar, relacionadas con la dinámica y funcionalidad familiar del adolescente, en el que el apoyo de la familia es fundamental, sobre todo si se trata de adolescentes gestantes. La familia considerada núcleo de la sociedad, ha sufrido grandes transformaciones estructurales a lo largo de la historia debido a su adaptación en el contexto sociocultural, presentando cambios por enfrentarse a situaciones externas e internas originadas por las tendencias epidemiológicas, sociales, económicas y demográficas, las cuales pueden llegar a causar diferentes efectos en la salud mental y física tanto individual como colectiva entre los miembros más vulnerables del sistema familiar como son los adolescentes. (9) (54)

Por lo tanto, tomar la decisión de confesarles a los padres que se está embarazada, es un paso que gran parte de las adolescentes no se atreve a dar sino hasta después de algunos meses. Esto lleva a que muchas

adolescentes se priven de los controles médicos y cuidados requeridos durante la primera etapa de gestación, con el consiguiente riesgo que esto significa. Lo que ocurre aquí es que el embarazo es una situación no deseada, y forma parte de una realidad que no se quiere asumir. (18)

Al asumir esto, las adolescentes toman ciertas actitudes frente a su embarazo de acuerdo al período en que se produce la gestación; en la adolescencia temprana, se presenta mayor influencia de trastornos emocionales y foco de preocupación en su cuerpo, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que culminará transformándola en madre. (3)

En la adolescencia media, se origina el establecimiento de la identidad y de la feminidad, y cambio en el estado de ánimo, mayor depresión, ansiedad, aislamiento, sensación de rechazo, que a su vez ha experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de independencia de los padres. En la adolescencia tardía, que se presenta como una etapa de la consolidación de la personalidad y se logra con la integración de la función de madre joven, muy ligados a factores culturales en algunas adolescentes, en las cuales se ve la adaptación al impacto de la realidad. (3)

Por eso es importante conocer las características de la adolescencia, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para



interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. La actitud de la gestante adolescente ante este acontecimiento, resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos sino también importantes factores psicosociales. (3) (37)

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. La familia también es definida como un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. (22) (54) (55)

La naturaleza de las funciones familiares son variables en el tiempo y en las diferentes culturas. No obstante, un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones. Satisfacción de necesidades

biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos. Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Función 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. (20)

Función económica, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes. Cumple también una función de mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social. (20)

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 se la entiende a la familia 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. (25)

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. (9)

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, están integrados en tres áreas principales del funcionamiento global de la familia; la organización o estructura, la solución de problemas y el clima emocional. (14)

Minuchin, 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. (35)

La estructura del sistema familiar es relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, para poder proteger a la familia de las fuerzas externas y darles sentido de pertenencia a sus miembros. Al mismo tiempo, debe ser variable y flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, facilitando de este modo el desarrollo familiar y los procesos de individuación. (9)

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los principales los conforman 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. (35)

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. 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. (51)

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. (25)

La segunda dimensión llamada 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. La alianza que tiene por objeto perjudicar a un tercero se llama coalición o triángulo perverso. En términos generales, las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo. (20)

Una tercera dimensión son los límites o fronteras 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. 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. (9)

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 parentofilial. (32)

Por otro lado, muchos estudios parecen coincidir en que la familia de la adolescente embarazada se caracteriza por una relación sobre dependiente 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. (20)

Otra de las dimensiones que marcan la estructura familiar es la de 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. (51)

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. (35)

Como última dimensión, 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. (51)

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. (21)

Las familias de las adolescentes embarazadas de los sectores más pobres tienden con frecuencia a ser familias incompletas o irregulares, es decir, familias con ausencia de uno o ambos padres con sucesivas convivencias y rupturas de vínculos afectivos. En ellas el embarazo puede ser deseado por la adolescente, consciente o inconscientemente, como forma de llenar carencias afectivas. (11)

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 sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones 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 positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. El conjunto de fuerzas recibe el nombre de dinámica familiar y se le atribuye un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia. (48)

El conjunto de estas relaciones interpersonales e intrafamiliares también llamado funcionamiento familiar, el cual comprende una gran diversidad de factores que va a estar en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros, va a constituir el clima propicio para el equilibrio psíquico y un referente de conductas éticas, morales y relacionales para sus integrantes. El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico que condiciona el ajuste de la familia al medio social y al bienestar subjetivo de sus integrantes. (35)

También es concebido como la forma en que el sistema familiar, es capaz de enfrentar la crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la

interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Sosteniendo que el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta de flexibilidad. (1)

Según Olson, citado por Orteaga; la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). La Cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. (38)

La adaptabilidad familiar según se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo, es decir que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio, la desintegración de una familia nuclear (no logra la adaptabilidad el padre o la madre), hay cambios en las reglas y roles que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esta habilidad tratan de adaptarse. (43)

Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Así mismo, Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. (28)

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración. (28)

De ésta forma, la funcionalidad de una familia será vista desde la perspectiva emocional de lo saludable o tendente a lo saludable. Las características de funcionalidad tendrá entonces, que ver con: estructura de la familia (familia completa o incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo manera de resolver problemas, enseñanzas de reglas (disciplinas, valores, límites). Por lo contrario la disfuncionalidad, como su

nombre lo indica, hace alusión a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de afectos de bienestar, deterioro y posible desintegración. (27)

Por otro lado Friedemann define la funcionalidad familiar como los procesos familiares saludables que permiten a cada miembro de la familia obtener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de los propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individualización y así lograr la unidad en la familia, con la cual enfrenta las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus metas de tal forma que permita la satisfacción de sus miembros y garantizar la permanencia del grupo familiar. (14)

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), citado por Saucedo, 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. (51)

Las familias adaptativas o funcionales son aquellas no sólo capaces de cambiar, sino que al hacerlo mantienen un adecuado grado de cohesión. Ellas poseen límites y jerarquías bien definidos, aun cuando permeables y flexibles, se muestran abiertas a los intercambios con otros subsistemas de su entorno. Los padres disponen del poder y se ocupan de la crianza de los hijos, a quienes van transfiriendo poder y autonomía a medida que se desarrollan, a la par que los nutren afectivamente y satisfacen sus necesidades interpersonales. De este modo constituyen redes familiares y sociales de soporte que, tal como su nombre lo indica, prestan un valioso apoyo al sistema familiar, especialmente cuando éste pasa por momentos de crisis. (32)

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. (32)

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. (48)

Por su parte Smilkstein, citado por Martínez, conceptúa a la familia funcional como a la capacidad de utilizar la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de la familia logrando recursos intra y extra familiares, en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la maduración emocional y física en la autorrealización de sus miembros a través del soporte y guía mutua, mostrando amor y comprensión entre los integrantes del grupo familiar con un compromiso de dedicación, espacio y tiempo a los mismos. Considera como componentes de una funcionalidad familiar. (27)

La Adaptabilidad; la cual mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situación de crisis). La Participación, esta mide la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo. El Gradiente de Crecimiento, mide la maduración física, emocional y social de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). El Afecto, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan ente los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos. La Resolución, mide la tarea de compartir un tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. (38)

Así mismo la familia funcional presenta características tales como: comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, cohesión, y solidaridad entre los miembros, la habilidad para resolver problemas, etc. También podemos decir que son dialécticas; es decir que evolucionan en un constante devenir. Son dinámicas, la acción o conducta elicitada por cada uno de sus integrantes. Son relativas porque toda familia surge en un determinado momentos histórico, brindando protección, seguridad, afecto, expectativas para su desarrollo. (39)

En cambio la familia disfuncional, es considerada como factor de riesgo, ya que en ella existe una comunicación poco clara y confusa, déficit en la habilidad para resolver problemas, confusión de roles poco amor y confianza entre los integrantes, son familias que viven en constante estrés, y de tal forma propician la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. (39)

Al respecto, Alfaro plantea que el funcionamiento familiar puede ser valorado como funcionamiento familiar alto, cuando en las familias existe poca discrepancia entre los padres, están de acuerdo en lo que quieren para sus hijos, ya sea percibiéndolos como son o como no son. De esta forma la comunicación es efectiva, la autoridad compartida, existe ayuda mutua, se establecen límites, existe disciplina y se mantiene un nivel óptimo de autoestima. (1)

En cambio, la familia con funcionamiento familiar medio presenta vínculos afectivos débiles, dudan del apoyo y comprensión de su familia; prefieren confiar en personas ajenas a ella, evitando a los más cercanos, por tanto hacen pocas cosas juntos y sienten que cada uno toma iniciativa por cuenta propia, muchas veces los mensajes comunicados, suelen ser indirectos, tienden a asumir con pasividad los problemas en lugar de redefinirlos y de acudir a ayudas eficaces. También los hijos pueden actuar de forma autónoma y democrática, pero en algunas ocasiones toman decisiones apresuradas e impulsivas, y muchas veces impuestas



por los padres; así mismo presentan poco sentimiento de lealtad, pertenencia y sentido de ayuda cuando realmente lo necesitan. (35)

Por el contrario, una familia con funcionamiento familiar bajo está relacionada a la interacción negativa entre sus miembros, inconsistente provisión de límites, distanciamiento y abandono afectivo, atención dirigida a los hijos solo ante comportamientos inadecuados, crisis marital y patrones disfuncionales de comunicación. En este tipo de familias los adolescentes tienden a no resolver sus propios problemas originando tensiones que imposibilitan que se desempeñe eficazmente; los roles tampoco son desempeñados adecuadamente por lo que el adolescente quien es más susceptible a los cambios pierde el control, abandona la autonomía, y su sentido de independencia, lo cual se manifiesta a través de problemas de diverso tipo y sobre todo en su autoestima. (9)

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 la maternidad precoz. 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. (25) (58)

Se define a la adolescencia como el periodo de maduración psicobiológica durante el cual termina el brote secundario de crecimiento físico y se adquiere madurez y capacidad sexual para reproducirse. El comienzo de la adolescencia no está bien demarcado ni en los varones ni en las mujeres. En las niñas está precedida por la primera menstruación y en los niños por las emisiones nocturnas; termina con el logro de la madurez sexual y con una ampliación y profundización de los intereses intelectuales y emocionales. (8)(30)

Según MINSA las adolescentes son todas las personas que tiene entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. (34)

Entendida la adolescencia como la etapa del desarrollo humano, tienen un comienzo y una duración variable, la cual marca el final de la niñez y crea cimientos para la edad adulta. La adolescencia comprende 3 etapas. Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales

para el adolescente. Es un periodo con grandes cambios corporales que en algunos casos genera incertidumbre por su apariencia física, y cambios funcionales. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto, aparecen frecuentes fantasías sexuales, se inicia la masturbación. (1)

Adolescencia media. Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más electiva, pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta dominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal, en las ideas propias y de los demás. A nivel psicológico es periodo de máxima relación con sus pares y de conflicto con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y omnipotentes. Se preocupan mucho por su apariencia física y la moda. (1)

Adolescencia tardía: abarca desde los 17 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Paralelamente se consigue la identidad, que

implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo y vida común de pareja. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose 2 fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Es una etapa que implica muchos cambios para el individuo, durante la adolescencia hay un periodo de crecimiento rápido (el llamado estirón), que incluye aumento de peso y de estructura. Las niñas suelen alcanzar su máxima estatura antes, pero los varones por lo general llegan a ser más altos. (8) (57)

Cambian las proporciones del cuerpo; en las niñas se desarrollan las mamas y las caderas, en los niños se ensanchan los hombros, a medida que madura el sistema de reproducción y aumenta la secreción de testosterona en varones y de estrógeno en mujeres, hormonas encargadas principalmente de la aparición de las características secundarias. Los cambios que se presentan en la transición de roles biológicos, psicológicos y sociales, son un evento normal en el proceso de crecimiento y desarrollo. Numerosos y variados estímulos, muchas veces incomprensibles por el adolescente mismo y la familia, pueden agravarse ante un evento inesperado. (30)

Uno de los problemas más complejos que se confronta en este período es el embarazo en la adolescencia que es considerado como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia. Al respecto Issler define al embarazo en la adolescencia como aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. (24)

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, se encuentran las siguientes: El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; la práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos; la presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales; el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada; carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición y la falta de una buena educación sexual. (7)

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano en adolescentes, los diversos autores coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres

aspectos. Desde el punto de vista médico, la joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. (15)

Desde el punto de vista psicológico, 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 otro no-normativa (embarazo precoz). (46)

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto y la perturbación por las decisiones que se han de tomar. (15)

El embarazo adolescente crea un estrés severo por lo que produce ansiedad a raíz del conflicto entre la necesidad de independencia de la adolescente y su dependencia obligada del mundo adulto. La reacción depresiva en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio. El embarazo y los problemas que

este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como factores suicidógenos circunstanciales. 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. (15) (46)

Visto desde el contexto social destacan las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización por una interrupción de manera definitiva o un reingreso tardío con las nuevas limitaciones y escasa disponibilidad de tiempo; dificultades para ingresar en el mercado de trabajo, se ve obligada a ejecutar trabajos de baja remuneración y/o inestables; distanciamiento de su grupo de pares debido a las responsabilidades que debe cumplir; en el caso que la adolescente se una en matrimonio o convivencia con el padre de su hijo, la mayoría de las veces estas relaciones constituyen uniones de mucha exigencia, quien debe renunciar a muchos intereses juveniles. Los adolescentes tienen muy poca visión de su futuro por lo que muchos de ellos no comprenden la importancia de una actitud responsable en la toma de sus decisiones. (10) (46)

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. 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. (32) (43)

La familia es la principal influencia socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. Por medio de la educación y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales. (48)

Las actitudes del adolescente están vinculadas con los conocimientos que posee. Eiser define la actitud como la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. La obra Fish, citado por Kellogg, refiere que la actitud es un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana. (25)



También se define la actitud como una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden. Otra definición son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Es decir, la persona hace una evaluación positiva hacia un determinado objeto entonces su actitud hacia ese objeto es positiva o favorable, esperándose también que sus manifestaciones de conducta (respuestas) hacia dicho objeto sean en general favorables o positivas; mientras que la evaluación es negativa o en contra del objeto las actitudes serán negativas o desfavorables. (29) (41)

Teóricamente se asume que no solamente una actitud tiene una dirección, es decir ser favorable o desfavorable, sino que existen grados ubicados entre estos dos polos formando un continuo actitudinal. En general, las actitudes son aquellas que expresan algún grado de aprobación o desaprobación, gusto o disgusto, acercamiento o alejamiento. (29)

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Bautista define la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y

afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. La actitud, en sí misma, no es observable sino que es una variable latente que ha de ser inferida a partir de ciertas respuestas que reflejan en conjunto una evaluación positivo/favorable o negativo/desfavorable hacia el objeto de actitud. (5) (29)

La actitud posee tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual: Componente cognitivo. Implica que los conocimientos que una persona posee de un objeto, o hecho social, pueden ser suficientes para sustentar una actitud firme respecto del mismo. La forma en que lo percibe y, además, el conjunto de creencias y conocimientos en torno al mismo. Al hablar de sexualidad este componente alude a los conocimientos, en sentido amplio, que se tiene sobre la misma. A la percepción de la sexualidad como tal, y al conjunto de creencias asociadas a ella. (49) (52)

Componente afectivo. Es la referencia a los sentimientos y emociones del individuo frente a un hecho social u objeto. Suele ser considerado el aspecto fundamental, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo respecto de sus objetos. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o desagradable. Cuando se dice, no me gustan las reuniones multitudinarias, expresa un rechazo. Una actitud estará en relación con más vivencias afectivas y sentimientos de la vida. En la actitud sexual

incluye la valoración positiva o negativa de la sexualidad, el agrado o desagrado, la aceptación o el rechazo. (49) (52)

Componente conductual. El componente conductual o de acción es aquel en el que, cuando es individuo cree o piensa una determinada cosa, siente una vivencia positiva o negativa hacia la misma, actúa de una manera determinada ante ese objeto. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que le diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. (52)

En lo que respecta a la situación de la mujer embarazada, está es una etapa muy importante y frágil en las emociones de ellas ya que su sistema endocrino está produciendo un TSUNAMI de respuestas afectivas que provocan inestabilidad y depende principalmente la fortaleza de la personalidad para que las actitudes sirvan como punto de equilibrio en todas direcciones. (50)

También el embarazo es un periodo que provoca cambios psicológicos en la mujer, constituyendo una etapa de transición en el cual los futuros padres se preparan para integrar al futuro niño en su nuevo mundo, lo que implica realizar diversos ajustes a nivel personal y familiar. Se considera propia de este periodo una mayor sensibilidad de la mujer a las interacciones. Los cambios biológicos y corporales se relacionan con una mayor inestabilidad emocional convirtiéndolo así en un proceso

dinámico de mayor permeabilidad y vulnerabilidad. Estas experiencias generan actitudes positivas y negativas. (26)

Entre las actitudes positivas tenemos el pensamiento positivo, que es un componente importante de mejorar sus ocasiones de conseguir el equilibrio entre la actitud positiva y la realidad. Los estudios han encontrado que el pensamiento positivo disminuye niveles de tensión y el riesgo de la depresión, la cual llevó a las probabilidades crecientes a que el producto de ese embarazo es decir el feto tenga las mejores opciones de salud las cuales increíblemente se gestan en el sistema nervioso central siendo su base el cerebro y el pensamiento. Entre otra actitud positiva esta, la actitud de búsqueda de soluciones a la problemática cotidiana que es un factor importantísimo que ayuda a la salud mental mejorando su capacidad de respuesta emocional y sentimental mostrando en cualquier caso la mejor actitud crítica y de ajuste del comportamiento. (50)

Otro aspecto a considerar es la ambivalencia, la cual es promovida por las actitudes implicando cambios y crisis que se consideran normales y esperables tales como: asumir el rol maternal, hacer un lugar para el bebé en el mundo de la madre, cambios en la relación consigo misma, con la pareja, con la familia, la pérdida del estilo de vida y la adquisición de una nueva identidad. (26)

Ahora bien es importante considerar que la seguridad emocional de la embarazada adolescente influirá en el concepto que desarrolle de sí misma como futura madre, y en el vínculo que desde ya está estableciendo con su hijo. En relación con esto, las tareas emocionales de un embarazo normal son vincularse al embarazo, desarrollar sentimientos y emociones positivas, y verbalizar la ambivalencia, fantasías y temores. Dentro de las tensiones y problemas que se podrían asociar a un embarazo normal, están las frustraciones y demandas emocionales, sentir ansiedad, miedo o enojo; los cambios físicos difíciles de procesar; las dificultades del tercer trimestre; el mayor cansancio, sensibilidad, dependencia y la exacerbación de problemas previos: emocionales, económicos, sociales. (26)

No hace muchos años, el prepararse para la llegada de un futuro hijo consistía simplemente en cuidar la alimentación y demás hábitos y esperar durante nueve meses hasta el momento del parto, sabiendo que el dolor que iba a acompañar dicho proceso iba a ser intenso. En los últimos años esta situación ha cambiado y los futuros padres se preocupan por informarse adecuadamente, prepararse física, psicológica y emocionalmente para la llegada de un hijo, y por adoptar una actitud positiva ante la nueva situación. Por otro lado; se consideran actitudes negativas hacia el embarazo o la maternidad el deseo de terminar el embarazo, el deseo de dar al niño en adopción, la ambivalencia excesiva, los síntomas psicossomáticos excesivos, intensos o inexplicados, el temor

a la obesidad, talla, etc. (50)

En relación con lo anterior, los autores establecen como vivencias anormales del embarazo la negación del embarazo, en la cual la mujer y su pareja actúan como siempre. No se darían los cuidados y preocupaciones respecto a la gestación, acudiendo a escasos o nulos controles prenatales. No se presentaría ningún síntoma y/o antojo; habría una negación de la realidad, olvidándoseles que está embarazada. (26)

Sin duda alguna, la conducta a seguir debe ceñirse más al adecuado ajuste de la mujer consigo misma que a seguir unas estrictas pautas con mil y una reglas que en ocasiones confunden y estresan a la embarazada más que guiarla. Las mujeres embarazadas enfrentan importantes cambios físicos y emocionales durante ese estado. La actitud ante lo que sucede y lo que vendrá es crucial para el buen término del embarazo y el comienzo de una nueva vida como madre. (37)

Las adolescentes pueden adoptar diferentes actitudes frente al embarazo que dependerán en gran parte de su historial personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentran. Hay diversas razones por lo cual las actitudes de las adolescentes pueden ser importantes para enfrentar el embarazo. Primero, son relativamente permanentes; los sentimientos de la gente hacia objetos y personas son probablemente muy estables siempre.

Debido a que son relativamente permanentes, pueden ser estudiadas, medidas empleadas para predecir acciones; segundo, son aprendidas; y tercero, y lo más importante, se supone que las actitudes influyen en la conducta; es decir, las acciones de la gente son creencias que reflejan sus sentimientos hacia objetos y problemas relevantes. (6) (38)

El proceso de formación y cambio de las actitudes puede ser estudiado y es posible desarrollar programas que animen la deseabilidad social de las actitudes. Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. (5) (29)

El enfoque funcional de Katz, citado por Perlman, argumenta que las actitudes y creencias de un individuo satisfacen necesidades importantes, es decir, desempeñan ciertas funciones que son cuatro. Muchas de las actitudes se forman como resultado de las recompensas y castigo que hemos recibido por las acciones pasadas. Tales actitudes desempeñan una función instrumental; ayudan a aumentar al máximo las recompensas futuras y a minimizar los castigos futuros. También desarrollan Función de conocimiento al ayudar a entender e interpretar los eventos que de otra manera sería difícil explicar. Otra función es proyectar a los individuos a admitir a sí mismos sus verdades básicas desfavorables. Esas actitudes

defensivas del yo protegen la autoestimación y el concepto que la persona tiene de sí misma. Finalmente, las actitudes desempeñan la función que expresa valores. (41)

Para sustentar lo anteriormente mencionado utilizaremos el Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Maiman y Becker, el cual está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, podríamos traducirlas en los siguientes términos: El deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.) (36) (55)

La combinación de las dos primeras variables, denominadas amenaza de enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que aporte mayores beneficios percibidos y menos costes de cara a reducir la amenaza de enfermedad. Además de estas dos dimensiones básicas, en las primeras versiones de este modelo se incluían otros factores como, las



claves para la acción y los factores modificantes. (31)

La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas. Este modelo resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones, la conducta de un individuo está determinada por la comprensión que éste tiene de: la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición, la creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y avisos para tomar acción. Este modelo sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva. (55)

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. El MCS se basa en tres premisas. Primero, está la creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración. Intervenciones educativo/informativas enfocadas en aspectos relacionados con el embarazo adolescente pueden aclarar ideas y equívocos que pudieran favorecer conductas de riesgo. Como segunda

premisa. La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema; es decir la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. (31)

Tercera premisa. La creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable. Además de la percepción de gravedad y riesgo, el individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Dado que en ciertos grupos de nuestra sociedad actual el beneficio de no seguir un comportamiento de riesgo pudiera ser visto como anormal e incluso producir críticas que lleven a la discriminación o marginación, la percepción de un positivo coste-beneficio puede resultar dificultosa en determinadas circunstancias. Esto puede resultar especialmente cierto en jóvenes adolescentes, donde el temor a la presión del grupo puede ser un importante condicionante de ciertos comportamientos. (36)

La realidad es que el cambio voluntario de comportamiento y el apoyo de redes sociales como la familia son armas de las que hoy disponemos en la lucha contra el embarazo adolescente. Por otra parte, conseguir un cambio de conducta es siempre difícil, incluso bajo las mejores

condiciones. En este contexto la función de enfermería estaría enfocada diseñar intervenciones que incorporen el máximo de recursos disponibles con el fin de facilitar la consecución de los objetivos establecidos y en ello, el MCS supone un arma estratégica que, adaptada a las particulares características de la población. (55)

Existen diversas investigaciones sobre las variables en estudio, los mismos que se detallan a continuación:

ANGULO, ELIANA (2014) Bogotá, realizo un estudio sobre “Efectividad de la Funcionalidad Familiar en un Grupo de Familias con Adolescentes Gestantes del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Cundinamarca”. El método fue descriptivo- transversal. La muestra fue de 50 adolescentes gestantes. Teniendo como resultado que 74% de las gestantes adolescentes presentó una baja efectividad de la funcionalidad familiar y solo un 2% de las familias alcanzo un nivel alto de efectividad. (2)

ARIAS CARLOS, CARMONA ISABEL Y CASTAÑO JUAN (2013) Colombia, investigaron la Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales, en una población de 190 adolescentes embarazadas; encontraron que 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa. La buena funcionalidad familiar

tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar; concluyendo que la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes. (4)

GARCÍA, ALEXANDRA y MARTÍNEZ, CARMEN (2012) Colombia, realizaron un estudio sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes, realizado con la participación de 77 familias con adolescentes gestantes y 104 familias con adolescentes no gestantes; observando que las familias con adolescentes gestantes presentaron un grado de disfuncionalidad de 50% mientras que en las familias con adolescentes no gestantes presentaron un grado de disfuncionalidad de 42%. (16)

RAMÍREZ, DAIISY (2013) México, realizaron un estudio sobre “Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas”. La muestra fue de 200 adolescentes embarazadas de 14 a 19 años. Concluyeron que el 59.5% de las adolescentes percibían a sus familias como altamente disfuncionales, 34.5% tenía moderada disfunción familiar y sólo el 6% percibían a sus familias como funcionales. (47)

MENGOLE, TERESA E IANNACONE, JOSÉ (2009) Lima, realizaron un estudio sobre “Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello-Chosica”. La muestra fue de 73 gestantes, concluyeron que el 30,8% de las gestantes adolescentes tienen una

actitud negativa hacia el embarazo, esto se traduce en que la mayoría de las entrevistadas no consideran importante iniciar el control prenatal cuando se enteran que están embarazadas. Asimismo gran parte de ellas consideran que el embarazo será una dificultad en su vida. (33)

POCCORPACHI, DENIS y ANGOMA, LEYDI (2012). Llevo a cabo una investigación sobre funcionamiento familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012. Estudio descriptivo en el que participaron 130 gestantes adolescentes; concluyendo que el 90% tienen una familia de tipo disfuncional; según la calificación del test del APGAR familiar modificado, el grado de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar leve. (42)

PALOMINO, ELIZABETH (2015). Trujillo, realizo un estudio sobre la disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de La Esperanza. El tamaño de la muestra es de 120 adolescentes, 60 adolescentes gestantes y 60 adolescentes no gestantes. Concluyeron que la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente. Además, la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes gestantes fue 32% y adolescentes no gestantes fue 17%. (40)

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un factor de riesgo no solo desde el aspecto médico, sino también psicológico y social. Estadísticas del INEI revelan que la costa congrega a más de la mitad de mujeres peruanas entre 15 y 19 años que gestan o ya son madres. (23)

En los últimos 14 años aumentó en 1,6 puntos porcentuales el número de embarazos adolescentes, al pasar de 13,0% en el año 2000 a 14,6% en el 2014. El porcentaje de adolescentes embarazadas de 15 años de edad se incrementó de 1,0% a 1,9%, en las de 16 años aumentó de 4,7% a 5,4%, y en las de mayor edad pasó de 22,3% a 26,7%. (23)

Los factores que propician el embarazo en las adolescentes van desde la falta de información, presión de la pareja, violación, imposibilidad de negociar el uso de anticonceptivos o la falla de éste, hasta por su condición socioeconómica y la falta de oportunidades, como la educación y sobre todo la falta de sistemas de apoyo. La familia como sistema de apoyo principal, juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en las hijas, convirtiéndose los padres, intencionadamente o no en la fuerza más poderosa en la vida de estos. (1)

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. (48)

Cuando no hay conflicto familiar, los hijos pueden escuchar, tomar en consideración e integrar diversos puntos de vista. Además, las decisiones se toman a través de negociaciones y no por imposiciones unilaterales por parte de uno de los padres o de la aparente despreocupación de éstos. Por el contrario, cuando el conflicto familiar es hostil, incoherente y con una escalada de intensidad, los hijos se sienten abandonados y evitan la interacción con los padres. (1)

En muchas ocasiones, el motivo de un crecimiento conflictivo y desadaptativos se debe entre otros factores, a un clima familiar inadecuado, con una escasa comunicación, continuos conflictos familiares y una pobre educación positiva. Entre los problemas que pueden aparecer y que por desgracia cada vez están aumentando, está el embarazo adolescente. (1)

En la actualidad, el embarazo adolescente requiere de una intervención integral, que deje de lado el enfoque tradicional que mira al embarazo solo como un riesgo para la salud física de la adolescente y el bebé, y que aborde la situación involucrando aspectos psicológicos, emocionales, familiares y sociales no solo vinculados a la futura madre, sino también a su entorno inmediato y al nuevo ser humano que está gestando.

La importancia de la presente investigación radica en investigar la realidad que se vive en la sociedad en general y en el seno familiar; reflejado en el índice de embarazos en adolescentes anteriormente mencionados y disfuncionalidad familiar, que conllevan a problemas como: deserción escolar, proyecto de vida interrumpido, enfermedades maternas, baja autoestima, discriminación, enfermedades de transmisión sexual, etc. Esta problemática involucra a todos los profesionales de la salud, entre ellas enfermería, que es una de las profesiones encargada de desarrollar acciones preventivas y promocionales de la salud en los diferentes ciclos de vida, contribuyendo así a promover la adopción de conductas saludables en el grupo de riesgo.

Los resultados de la investigación permitirán a los profesionales de enfermería proponer estrategias que involucren a la familia en beneficio del sujeto de estudio; así mismo establecer programas que ayuden en la aceptación en el proceso de la gestante adolescente, que permita afrontar



con una actitud favorable su embarazo.

Frente a esta situación surge la siguiente interrogante:

**¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Jerusalén, La Esperanza. Trujillo 2016?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre funcionamiento familiar y la actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Jerusalén – 2016.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar el funcionamiento familiar en gestantes adolescentes.
- Identificar la actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes.

### **HIPOTESIS:**

El funcionamiento familiar se relaciona con la actitud frente al embarazo en adolescentes gestantes.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. MATERIAL

#### 1.1 Población.

La población para el presente estudio estuvo constituida por 80 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Jerusalén de La Esperanza.

#### **Criterios de Inclusión.**

- Gestantes adolescentes de 11 a 19 años.
- Adolescentes primigestas, durante el período de estudio.
- Gestantes adolescentes que residan con su familia de origen.

#### **Criterios de Exclusión.**

- Gestantes adolescentes que no deseen participar.
- Gestantes adolescentes que muestre alguna complicación en su embarazo.
- Gestantes adolescentes con problemas mentales o problemas de comunicación.

## **1.2 Universo Muestral.**

Por ser el universo pequeño se consideró el 100% de las gestantes adolescentes que acudieron a consulta externa del Hospital Jerusalén de la Esperanza, en el mes de agosto del 2016, conformado por 80 gestantes adolescentes, seleccionando a las adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión.

## **1.3 Unidad de Análisis.**

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las gestantes adolescentes que acudieron a su control en el Hospital Jerusalén de La Esperanza.

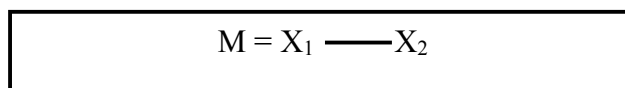
## **2. MÉTODO**

### **2.1. Tipo de Estudio.**

El presente estudio de investigación es de tipo correlacional, de corte transversal que va a describir la relación entre las variables identificadas en un momento determinado. (19)

## 2.2. Diseño de investigación.

Se esquematiza de la siguiente manera:



**DONDE:**

**M:** Muestra

**X<sub>1</sub>:** Funcionamiento familiar

**X<sub>2</sub>:** Actitud de la adolescente embarazada

## 2.3. Variables.

### **X<sub>1</sub>: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

#### **Definición Conceptual:**

Es la manera de interactuar de los miembros de una familia, donde la cohesión familiar que tienen entre sí los miembros y la adaptabilidad familiar sirve para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo y que es facilitada u obstaculizada por la manera de comunicarse. (38)

### **Definición Operacional:**

El funcionamiento familiar se clasifica según el puntaje obtenido en la Escala de Evaluación de Funcionamiento Familiar:

<b>Nivel</b>	<b>Puntaje</b>
Bajo	16 – 37
Medio	38 – 59
Alto	60 – 80

### **X<sub>2</sub>: ACTITUD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE**

#### **Definición Conceptual:**

Es una disposición mental y neurológica en la gestante adolescente, que se organiza a partir de su experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre sus reacciones frente al embarazo y que puede ser favorable o desfavorable. (29)

### **Definición Operacional:**

La actitud se clasifica según el puntaje obtenido en la Escala de Evaluación de la Actitud:

<b>ACTITUD</b>	<b>PUNTAJE</b>
Favorable	29 – 42
Desfavorable	14 – 28

#### **2.4. Instrumentos de recolección de datos.**

Inicialmente se solicitó la autorización del director del Hospital Jerusalén de La Esperanza, para realizar el presente estudio de investigación. (Anexo N° 1)

Obtenido el permiso, se procedió a captar e identificar a las gestantes adolescentes que acudieron a su control en el Hospital Jerusalén de La Esperanza, se les explicó los objetivos de la investigación y se les solicitó que firmen el consentimiento informado para participar en dicha investigación, luego de explicar que su información sería confidencial, se les aplicó los instrumentos de recolección de datos. El desarrollo de ambos instrumentos tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

El primer instrumento llamado “**Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar**”, la cual fue desarrollada a partir de la escala americana Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II) por Olson D, Russell C y dSprenkle D en el año 1985 (37), adaptada al español por Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galindez y Sanz (FACES-20esp) en el año 2006 (28) y modificado por las autoras para el presente estudio. Las modificaciones más importantes estaban referidas a mejorar la redacción de las preguntas a utilizar y unir o modificar preguntas que por la opinión de las profesionales eran similares. Dicho instrumento permite obtener información del adolescente y puede ser usado como instrumento diagnóstico del funcionamiento familiar. La escala está conformada por 16 ítems. Por lo que a cada ítem le corresponde un valor de 1 hasta 5. (Ver Anexo N° 1)

<b>Alternativas</b>	<b>Puntaje</b>
Nunca	1
Casi nunca	2
Algunas veces	3
Casi siempre	4
Siempre	5

Para obtener el puntaje de cohesión se suman los ítems 1, 4, 7, 10, 11, 13, 15 y para la adaptabilidad familiar se suman los ítems 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 16. La correlación de ambas determina tres niveles de funcionamiento familiar.



Se clasifican en:

<b>Nivel</b>	<b>Puntaje</b>
Bajo	16 – 37
Medio	38 – 59
Alto	60 – 80

El segundo instrumento llamado “**Escala de Actitud de la Gestante Adolescente**” tomado de Bach. Vanessa Laurente y Amalia Alvitres en el año 2013, modificado y adaptado por las autoras para el presente estudio, que por opinión de las profesionales se agregaron preguntas que nos permitirán obtener información sobre la actitud de la adolescente gestante frente al embarazo. La escala está conformada, por 14 ítems. Por lo que cada ítem le corresponde un valor de 1 hasta 3 puntos. (Ver Anexo N° 2)

<b>Alternativas</b>	<b>Puntaje</b>
De acuerdo	3
Indeciso	2
Desacuerdo	1

Excepto los ítems 2, 3, 4, 6, 9 y 11 que su puntaje es inverso. Para obtener el puntaje de actitud se tendrán en cuenta los ítems positivos (1, 5, 7, 9, 11, 13, 14) y los ítems negativos (2, 3, 4, 6, 10, 12). Al finalizar el test será clasificado como:

<b>Actitud</b>	<b>Puntaje</b>
Favorable	29 – 42
Desfavorable	14 – 28

### **Control de calidad del instrumento:**

#### **Validez:**

La validez de los instrumentos se obtuvo a través del juicio de expertos que permitió obtener la opinión profesional de 6 enfermeras especialistas en el tema a investigar, realizándose las modificaciones sugeridas. Cada ítem fue probado en su operatividad para lograr extraer información y en su originalidad (en el sentido de que se planteó la pregunta de manera clara) así como también se evaluó el criterio de valoración de cada ítem de manera cuantitativa dándole un valor a cada pregunta. Siendo la correlación de Pearson  $r = 0.633$  con probabilidad  $p = 0.000$ , lo que significa que los instrumentos son altamente significativos y válidos.

#### **Confiabilidad:**

La confiabilidad de los instrumentos fueron evaluados mediante el método de Alfa de Cronbach, obteniendo como resultados para la escala del funcionamiento familiar un coeficiente de 0,947 que pertenece al intervalo (0,81 – 1.0) y la escala de actitud de la gestante adolescente frente al embarazo

con un coeficiente de 0,743 que pertenece al intervalo (0,61 - 0,8) se puede decir que ambos instrumentos tienen una fiabilidad de magnitud alta, lo cual indica que los instrumentos son confiables.

## **2.5. Procedimiento y análisis estadístico de datos**

La información obtenida a través de los instrumentos fue ingresada y procesada en una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS (The Package Statistical For Social Science) por software versión 24, luego se realizó la tabulación simple y cruzada. Los resultados se ilustraron mediante tablas de frecuencia y contingencia de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación considerando sus respectivos gráficos porcentuales. La asociación de datos fue evaluada mediante el estadístico Gamma con un valor positivo de 0,976 y valor-p de 0,000 que nos indica que existe una relación directa entre el funcionamiento familiar y la actitud frente al embarazo.

# **III. RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

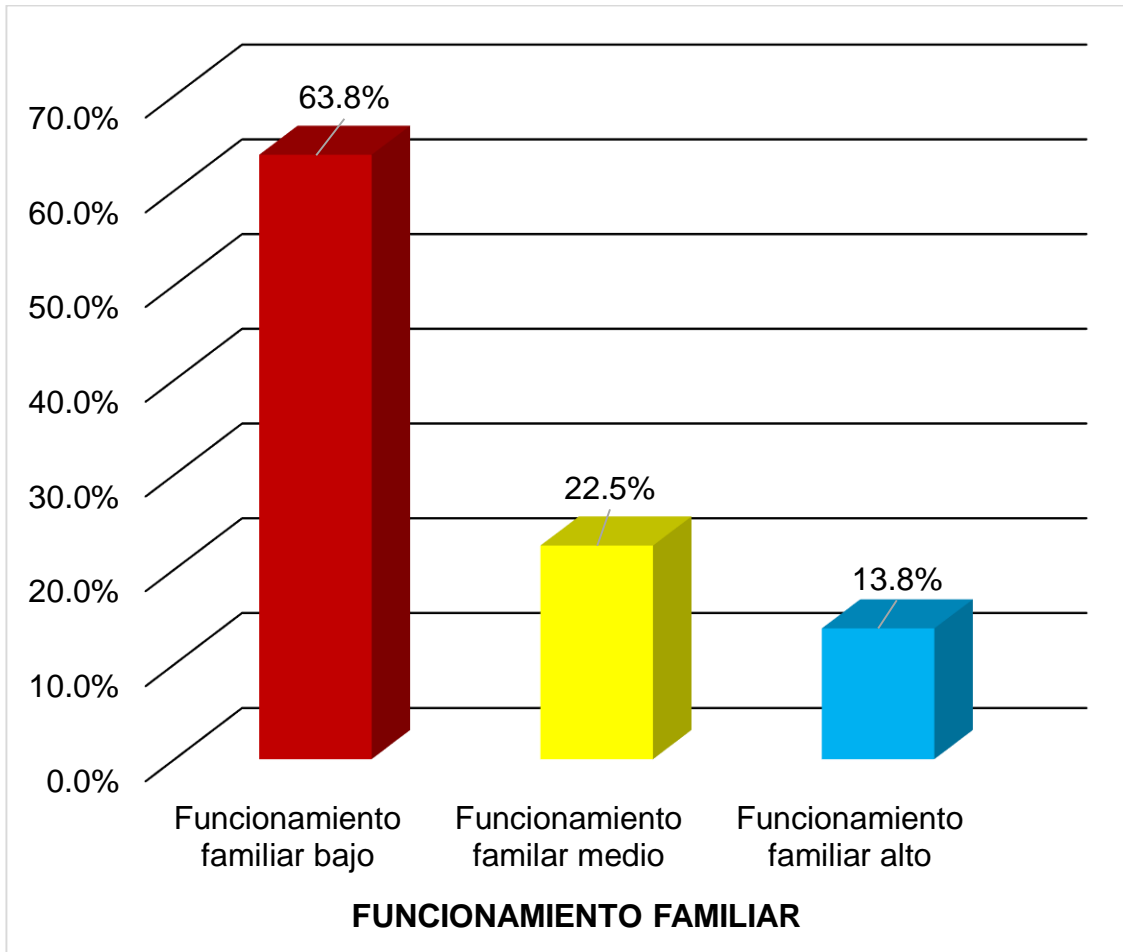
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA  
ESPERANZA. TRUJILLO, 2016.**

<b>Funcionamiento Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Funcionamiento Familiar Bajo	51	63.8
Funcionamiento Familiar Medio	18	22.5
Funcionamiento Familiar Alto	11	13.8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de Escala de cohesión y adaptabilidad  
familiar 2016

### GRÁFICO N° 1

#### FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016.



Fuente: Datos provenientes de la Tabla N° 01

**TABLA N° 2**

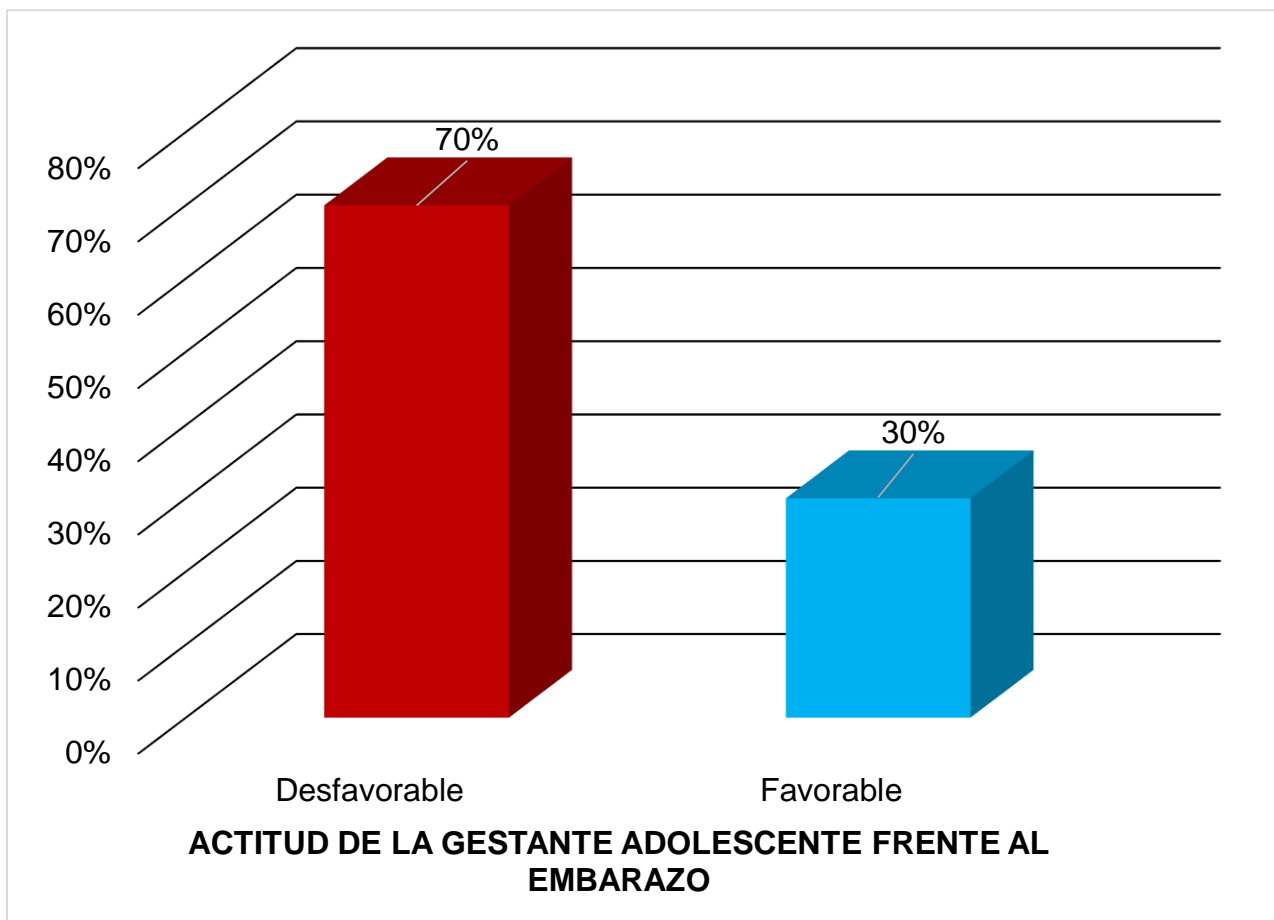
**ACTITUD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES FRENTE AL  
EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL  
DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016.**

Actitud	Frecuencia	%
Desfavorable	56	70
Favorable	24	30
Total	80	100

**Fuente:** Cuestionario de Escala de medición de la  
actitud 2016

## GRÁFICO N° 2

**ACTITUD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES FRENTE AL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016.**



**Fuente:** Datos provenientes de la Tabla N° 02



**TABLA N° 3**

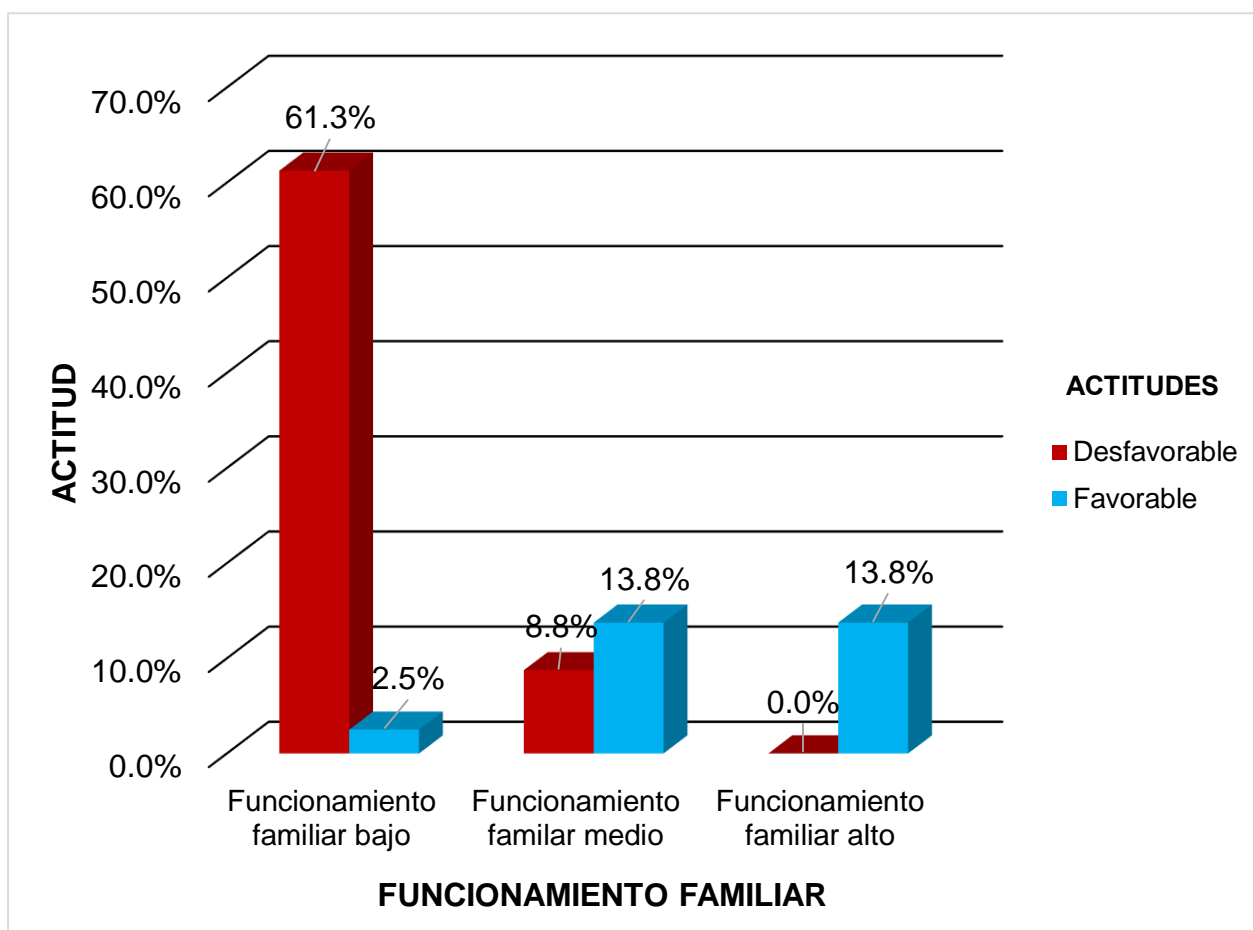
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO  
EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL JERUSALEN DEL  
DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016**

<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>								
<b>ACTITUD</b>	Funcionamiento Familiar Bajo		Funcionamiento Familiar Medio		Funcionamiento Familiar Alto		<b>Total</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Desfavorable	49	61.3	7	8.8	0	0.0	56	70.0
Favorable	2	2.5	11	13.8	11	13.8	24	30.0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>63.8</b>	<b>18</b>	<b>22.5</b>	<b>11</b>	<b>13.8</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a gestantes adolescentes del Hospital Jerusalén del Distrito La Esperanza Trujillo 2016

### GRÁFICO N°3

#### FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016



Fuente: Datos provenientes de la Tabla N° 03

#### IV. DISCUSIÓN

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el presente estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

En la tabla N° 1, se muestra que el funcionamiento familiar de las gestantes adolescentes es alto en 13.8%, medio en 22.5% y bajo en 63,8%. (Gráfico N° 1).

Los resultados obtenidos se asemejan a los encontrados por Angulo E. (2014) en su estudio sobre “Efectividad de la Funcionalidad Familiar en un Grupo de Familias con Adolescentes Gestantes del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Cundinamarca” donde el 74% de las gestantes adolescentes presentó una baja efectividad de la funcionalidad familiar y solo un 2% de las familias alcanzó un nivel alto de efectividad. (2)

Asimismo Ramírez D. (2013) en su estudio “Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas”, concluye que el 59.5% de las adolescentes percibían a sus familias como altamente disfuncionales, 34.5% tenía moderada disfunción familiar y sólo el 6% percibían a sus familias como funcionales. (47)

La unidad familiar puede verse afectada por una variedad de factores, los cuales pueden conllevar a crear una familia disfuncional; esta familia tienen síntomas comunes y pautas de comportamiento como resultado de

sus experiencias dentro de la estructura familiar; depende de la capacidad que la familia tenga para adaptarse a situaciones y patrones que le provocan estrés, la resolución de problemas y el clima emocional que se vive dentro de la familia lo que permitirá mejorar el funcionamiento familiar (48)

El embarazo en la adolescencia puede generar, sin duda, crisis de carácter mixto, ya que afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual, por lo que la familia debe buscar el equilibrio y adaptarse a la nueva condición, lo que le permitirá fortalecerse como grupo y evitar que aparezcan tensiones perjudiciales para sus integrantes. (4)

El mal funcionamiento familiar dispone al adolescente a una relación sexual prematura, debido a que no se considera las dificultades que enfrentan las adolescentes para comunicarse con sus padres y las de estos para dialogar con ellos, sobretodo en temas de sexualidad, a raíz de la resistencia de los adultos para aceptar como legítima la actividad sexual adolescente, en especial cuando esta se produce fuera del contexto del matrimonio o unión. (3)

Se considera que una familia funcional es aquella que sea capaz de promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorables; en tanto que una familia

disfuncional debe ser considerada como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de conductas inadecuadas, síntomas y enfermedades en sus miembros.

Según los resultados obtenidos las adolescentes provienen en su mayoría de familias con escasa comunicación, no cuentan con el apoyo de sus padres, los conflictos en su hogar son frecuentes, sus familias son monoparentales o reconstituidas, lo que genera una disfunción familiar.

En la tabla N° 2, se muestra que la actitud de las gestantes adolescentes frente al embarazo es favorable en un 30% y desfavorable en un 70% (Gráfico N° 2).

Los resultados obtenidos difieren con Mengole, T. e Iannacone, J. (2009), en su estudio sobre “Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello-Chosica”, concluyeron que el 30,8% de las gestantes adolescentes tienen una actitud negativa hacia el embarazo. (33)

De acuerdo a la etapa en que se encuentra la adolescente, tomará ciertas actitudes. En la adolescencia temprana el foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre, no hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de

aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes. En la adolescencia media, es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa. El padre tiene un lugar y es considerado importante como una esperanza en el futuro. (3) (5)

Por último la adolescencia tardía, 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. Se ve el impacto de la realidad y las jóvenes que desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre (sentimientos maternos, protectores y sensación de anticipación del hijo). (3)

Las adolescentes toman ciertas actitudes frente a su embarazo de acuerdo a la situación y entorno familiar en el que viven, según lo referido por las adolescentes en estudio, debido a que en muchas ocasiones no tienen el apoyo de su pareja y menos el de sus padres, se ven obligadas a tomar actitudes desfavorables como abandonar su hogar, dejar sus estudios, inasistencia o no inicio de los controles prenatales, descuido de su alimentación, el deseo de no continuar con la gestación, entre otros.

La actitud con la que la adolescente afronta el proceso de su embarazo es importante para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos sino también importantes factores psicosociales. La ansiedad, el estrés y la depresión que generan las situaciones difíciles en el embarazo sólo conducen a un oscuro pozo, que por lo general nos hacen tomar actitudes desfavorables. Una actitud positiva y saludable ayuda a un embarazo feliz. (38)

En la tabla N° 3, se encontró que del 63,8% de gestantes adolescentes que presentaron funcionamiento familiar bajo, el 61,3% presentó una actitud desfavorable frente al embarazo y 2,5% presentó una actitud favorable; del 22,5% de gestantes adolescentes que presentaron funcionamiento familiar medio, el 8,8% presentó una actitud desfavorable y el 13,8% presentó una actitud favorable; sin embargo del 13,8% de gestantes adolescentes que presentaron funcionamiento familiar alto todos ellos presentaron actitud frente al embarazo favorable. (Gráfico N° 3).

No se encontraron estudios que coincidan o difieren con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Las madres adolescentes tienen la capacidad biológica de la reproducción, pero aún no están psicológicamente preparadas para

asumir y enfrentar la maternidad. Es importante recordar que la adolescencia en si 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 otro no-normativa (embarazo precoz). (57)

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. (4)

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. (32)



La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

Un bajo funcionamiento familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas y actitudes desfavorables en las adolescentes hacia su embarazo. Debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia, esto les obliga a tomar decisiones que repercuten en su bienestar físico y mental. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación de la familia durante todo el proceso de su embarazo, sobre todo en la toma de decisiones que conlleven a tomar una actitud positiva, mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

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 sobre todo le oriente en la importancia del cumplimiento de los controles prenatales y todo lo que concierne a llevar un embarazo saludable, y con el tiempo la adolescente logre por sí misma poder asumir las responsabilidades que acarrea esta nueva etapa de su vida.

Se probó la hipótesis con un valor-p de 0,000, según el estadístico Gamma se obtuvo un valor positivo de 0,976, por lo tanto existe relación significativa entre funcionamiento familiar y actitud frente al embarazo.

## V. CONCLUSIONES

De los resultados analizados en cuanto al problema de estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. El 63,8% de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Jerusalén del Distrito de La Esperanza presentaron funcionamiento familiar bajo, el 22,5% funcionamiento familiar medio y el 13,8% funcionamiento familiar alto.
2. El 70% de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Jerusalén del Distrito de La Esperanza, presentaron una actitud desfavorable frente al embarazo y el 30% una actitud favorable frente al embarazo.
3. Existe relación directa entre el funcionamiento familiar y actitud frente al embarazo en gestantes adolescente, ya que se encontró que del 63,8% de gestantes adolescentes que presentaron funcionamiento familiar bajo, el 61,3% presentó una actitud desfavorable frente al embarazo. Concluyendo que existe relación significativa, según el estadístico Gamma con un valor positivo de 0,976 y valor-p de 0,000.

## VI. RECOMENDACIONES

Según los resultados del presente estudio de investigación se sugieren las siguientes recomendaciones:

- ❖ Diseñar y/o implementar programas y estrategias dirigidas al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, el mismo que puede llevarse a cabo mediante el impulso de la escuela de padres.
  
- ❖ Promover un crecimiento sano y equilibrado del adolescente mediante una intervención multidisciplinaria que se base en el desarrollo de un buen apoyo familiar y social, así como en la mejora de la comunicación, lo cual conlleve al adolescente a tomar actitudes favorables.
  
- ❖ Que los resultados obtenidos de la investigación sirvan de referencia para el personal de enfermería, y contribuya a implementar modelos de atención, replanteando la participación activa de los padres y adolescentes, con un enfoque integral y personalizado.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro J. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. 2ª ed. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
2. Angulo E. Efectividad de la Funcionalidad Familiar en un Grupo de Familias con Adolescentes Gestantes del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Cundinamarca en el segundo semestre de 2014. [Tesis de Licenciatura]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería; 2014.
3. Arango, S. Actitud frente al embarazo adolescente. [En línea] [Acceso el 15 de junio del 2016] Disponible en: <http://www.redepsi.com.br/actitud-frente-al-embarazo-adolescente/>
4. Arias C, Carmona I y Castaño J. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales, 2012. Arch Med (Manizales) 2013; 13(2):142-59.
5. Bautista J. Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. Revista de Educación, 2001: vol. 3 p. 189 – 196. Universidad de Huelva, [en línea], [Acceso Jun del 2016], en: [www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/download/.../923](http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/download/.../923)
6. Centro de prensa de la OMS [en línea]. Lugar: Organización Mundial de la Salud; 2014 [acceso Ene del 2016]. El embarazo en adolescentes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
7. Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes, 26 de septiembre del 2012, Gobierno del Estado de Veracruz, [en línea] [Acceso Jun del 2016] Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/09/Embarazo-Adolescentes.pdf>.
8. Du Gas B. Satisfacción de las necesidades básicas durante el ciclo de vida. En: Du Gas B, Tratado de enfermería práctica. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000: vol.1 p.193-195.

9. Duque H. La vida en familia. Perú: Editorial Paulines; 1997.
10. Ehrenfeld N. Embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos, en Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 1999; 3 (45), 1-5.
11. Eiser J.R. Psicología Social. 2º Edición. Madrid: Editorial Valencia ISBN; 1999.
12. Encuesta Demográfica y de Salud Familia. Perú: ENDES: 2015.
13. Ferrer P, Miscán A, Pino J M y Pérez V. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Rev. enferm Herediana. 2013; 6(2): 51-58.
14. Friedemann ML. Et.al. An instrument to evaluate effectiveness of family functioning. (Traducido por la Universidad Nacional de Colombia). Westen Journal of Nursing Research 1991:13 (98): 225.
15. Gamboa C, y Valdez S. Embarazo en Adolescente, Revista de Diputados de México. 2013, Págs. 4 - 6, [en línea] [Acceso Jun del 2016] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
16. García R, Martínez H. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Rev. Avances en enfermería. 2012; 29 (1): 75-86.
17. Guridi M, Franco V y Guridi Y. Funcionamiento y Repercusión Familiar en Adolescentes Embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar, Rev. Psicológica Científica (Cuba). 2012; 17(1): 1-77.
18. Guzmán, J. M., Hakkert, R., Contreras, J. M. y Moyano, M. F. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. 1ª ed. México D.C.: UNFPA; 2001.
19. Hernández R, Fernández C y Baptista L. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
20. Hidalgo C. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999. p. 212.

21. Hurlock E. Psicología de la Adolescencia. México: Ediciones Paidós; 1994. p. 496
22. Instituto Interamericano del Niño. Concepto de Familia. [en línea], [Acceso Jun del 2016]. en: [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lectura%2012\\_UT\\_1.PDF](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF)
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Las adolescentes y su Comportamiento Reproductivo 2014. Perú: INEI; 157.
24. Issler J.R. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001, Página: 11-23, [en línea] [Acceso Jun del 2016]. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
25. Kellogg W. Familia y Adolescencia. Chile: OPS; 1996. p. 3
26. Lartigue T y Vives J. De la pareja a la familia en Dalla. Caminos del desarrollo Psicológico: de la edad adulta a la vejez. 1ª ed. México: Plaza y Valdés; 2003: vol. 4 p. 152- 170.
27. Martínez M. Funcionalidad y Disfuncionalidad de la Familia. Perspectiva de la Psicoterapia Familiar [en línea] 2010 [Acceso Jun 2016]; 1986(13): p. 320-321. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>.
28. Martínez -Pampliega A, Iraurgi C, Sanz V. Validez Estructural del Faces-20esp: Versión Española de 20 Ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Rev RIDEP. 2011; 29(1): 15-18.
29. McLauchlan P. Fundamentación de la evaluación de actitudes en la evaluación nacional del 2015. Perú: Editora GRADE; 2015: Vol. 3 p 1 – 22.
30. Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano: adolescente a adulto. En: Medellín, G, Crecimiento y desarrollo del ser humano. 1ra ed. Colombia: Editora Guadalupe LTDA; 1995: vol.3 p.2013-2018.

31. Melguizo E y Álzate M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Rev. UNAL. 2008; 26(1): 1 – 17.
32. Mendoza A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Perú: DEVIDA; 2004. p. 63
33. Mengole T e Iannacone J. Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica [Tesis de Postgrado]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
34. Minsa.gob. Promoción de las y los Adolescentes [en línea]. Perú: MINSA; [acceso Jun del 2016] en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/>
35. Minuchin S. Una familia en formación. En Minuchin, Familias y Terapia Familiar. 9ª ed. Barcelona: Gedisa; 2005: p. 39-42
36. Moreno E y Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. Rev. Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. 2003; 3(1): 91-109.
37. Orellana M. La actitud de la mujer frente al embarazo. Rev. del Colegio de Psicología de Honduras. 2012; 3(1): 3-10.
38. Ortega F. Terapia Familiar Sistémica. 2da Ed. España: Editora Universidad de Sevilla; 2001: vol. 1 p. 46 – 55.
39. Palomar J. Relación entre escolaridad y percepción del funcionamiento familiar. Rev. Mexicana de investigación Educativa. 2010; 19(2): 1-8.
40. Palomino E. “Disfunción Familiar como Factor de Riesgo para Embarazo Adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de La Esperanza en el Período Enero - Febrero” [Tesis de Médico]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2015.
41. Perlman D y Chris P. Psicología Social. 1º Ed. México: Mcgraw HILL. 1989; p. 74 – 84.



42. Poccorpachi D, Angoma L. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. [Tesis de Médicos]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
43. Polaino-Lorente A, Martínez P. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. 3ra ed. España. Editorial Universidad de Navarra - Instituto de Ciencias para la Familia; 2006.
44. 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): p. 17 – 24.
45. Prb.org, Los jóvenes en el Mundo [en línea]. Washington: Prb.org; [acceso Ene del 2016]. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013\\_sp.pdf](http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf)
46. Primer Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAI) 2021. Año 2012. P. 45 - 48, [en línea] [Acceso Jun del 2016] en: [https://www.migraciones.gob.pe/comunicados/1\\_PLAN\\_NACIONAL\\_de\\_Accion\\_por\\_la\\_Infancia\\_y\\_la\\_Adolescencia.pdf](https://www.migraciones.gob.pe/comunicados/1_PLAN_NACIONAL_de_Accion_por_la_Infancia_y_la_Adolescencia.pdf).
47. Ramírez D. “Funcionalidad Familiar de las adolescentes embarazadas Derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado De México [Tesis de especialidad]. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2012.
48. Rangel J L, Valerio L, Patiño J y García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM 2004; 47 (1): 1–5.
49. Romero M. Embarazo en la Adolescencia. Chile. 2001: 1
50. Santelices M, Farkas Ch y Fillol M. Actitudes negativas hacia el embarazo y sus consecuencias. Chile: Fundación San José; 2006. p. 1 – 23.
51. Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003.
52. Smith E y Mackie D. Psicología Social. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2007.

53. Unicef.org, Embarazo en adolescentes [en línea]. República Dominicana: Unicef.org; 2007; [acceso 27 Ene 2016] en: <http://www.unicef.org/republicadominicana/>
54. Universidad Católica de Chile. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999. p. 212
55. Universidad de Cantabria. El Modelo de Creencias en Salud: Becker y Rosenstock. España: Ediciones Universidad de Cantabria; 2010. p 1-2.
56. Universidad Nacional de Juliaca. ¿Qué es la familia? Perú: Universidad Nacional de Juliaca; 2015. p. 1-8.
57. Vázquez VM, Nava C. y del Valle R. La Adolescencia.[en línea] [acceso el 27 de ene del 2016]. Disponible en: <http://pemex.com/salud//MedicinaPreventiva/adolescencia.pdf>
58. Zarate I. Factores Psicosociales en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

**ANEXOS**

## ANEXO N°1



### UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

#### ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

**AUTOR:** David H. Olson (1985)

**ADAPTADO POR:** Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galindez y Sanz (2006)

**MODIFICADO POR:** Bach. Analucia Meza y Gabriela Zapata (2016)

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En la siguiente encuesta, se describe un conjunto de características acerca de la familia, cada una de ella va seguida de cinco alternativas de respuestas que debes calificar. Responda marcando con un aspa (x) la alternativa elegida, teniendo en cuenta los siguientes criterios.

**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**  
Nunca                  Casi nunca              Algunas veces              Casi siempre              Siempre

N°	PREGUNTA	N	CN	AV	CS	S
1	Los miembros de mi familia son unidos.					
2	Cuando hay que resolver problemas, se toman en cuenta las opiniones de los hijos.					
3	En mi familia la disciplina (normas, obligaciones, castigos) es igual para todos.					
4	Los miembros de mi familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como una totalidad.					
5	En cuanto a la disciplina (normas, obligaciones), se tiene en cuenta la opinión de los hijos.					

N°	PREGUNTA	N	CN	AV	CS	S
6	Cuando surgen problemas, se analizan en familia para encontrar una solución.					
7	En mi familia realizamos cosas juntos.					
8	Los miembros de mi familia dicen lo que piensan libremente.					
9	En mi familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.					
10	Los miembros mi familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.					
11	Los miembros de mi familia compartimos intereses y pasatiempos.					
12	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.					
13	Los miembros de mi familia se consultan sus decisiones unos a otros.					
14	En mi familia los padres y los hijos hablamos juntos sobre el castigo.					
15	La unidad familiar es una preocupación principal en mi familia.					
16	Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.					

## ANEXO N°2



### UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

#### ESCALA DE MEDICIÓN DE LA ACTITUD

**AUTORAS:** Bach. Vanessa Laurente y Amalia Alvitres (2013)  
**ADAPTADO POR:** Bach. Analucia Meza y Gabriela Zapata (2016)

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En el siguiente test Ud. encontrará un total de 15 afirmaciones. Lea cuidadosamente cada ítem y responda según su manera de pensar y sentir, marcando con un aspa (x) la opción elegida. No hay respuestas buenas o malas, lo que nos interesa es su punto de vista. ¡Muchas gracias!

**A**  
De  
Acuerdo

**I**  
Indecisa

**D**  
En Desacuerdo

N°	ITEMS	A	I	D
1	El embarazo es una de las etapas más importantes en mi vida.			
2	Considero que el embarazo es una dificultad en mi vida cotidiana.			
3	Los controles pre natales son una pérdida de tiempo.			
4	Si presentara muchas molestias debo interrumpir mi embarazo.			
5	Cuando una mujer se entera que está embarazada debe de iniciar de inmediato su control Pre natal.			

N°	ITEMS	A	I	D
6	Es conveniente automedicarme si presentara alguna molestia durante mi embarazo.			
7	Al presentar algún signo de alarma (sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, dolor de cabeza, fiebre, etc), debo acudir a un establecimiento de Salud.			
8	Asistir a sesiones de psicoprofilaxis beneficiará a mí y a mi hijo.			
9	Mi embarazo desfavorece las relaciones familiares.			
10	Es importante consumir ácido fólico durante mi embarazo			
11	Mi embarazo interrumpe mi proyecto de vida.			
12	Me siento capaz y preparada para la crianza de mi hijo			
13	Una adolescente embarazada, puede llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente.			
14	Aunque no reciba el apoyo de mis padres, debería continuar con mi embarazo.			

## ANEXO N°2



### UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DENFERMERIA

#### ESCALA DE MEDICIÓN DE LA ACTITUD

**AUTOR:** Bach. Vanessa Laurente y Amalia Alvitres (2013)

**ADAPTADO POR:** Bach. Analucia Meza y Gabriela Zapata (2016)

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En el siguiente test Ud. encontrará un total de 15 afirmaciones. Lea cuidadosamente cada ítem y responda según su manera de pensar y sentir, marcando con un aspa (x) la opción elegida. No hay respuestas buenas o malas, lo que nos interesa es su punto de vista. ¡Muchas gracias!

**A**  
De  
Acuerdo

**I**  
Indecisa

**D**  
En  
Desacuerdo

N°	ITEMS	A	I	D
1	El embarazo es una de las etapas más importantes en mi vida.	3	2	1
2	Considero que el embarazo es una dificultad en mi vida cotidiana.	1	2	3
3	Los controles pre natales son una pérdida de tiempo.	1	2	3
4	Si presentara muchas molestias debo interrumpir mi embarazo.	1	2	3
5	Cuando una mujer se entera que está embarazada debe de iniciar de inmediato su control Pre natal.	3	2	1
6	Es conveniente automedicarme si presentara alguna molestia durante mi embarazo.	1	2	3



<b>N°</b>	<b>ITEMS</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>
7	Al presentar algún signo de alarma (sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, dolor de cabeza, fiebre, etc), debo acudir a un establecimiento de Salud.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
8	Asistir a sesiones de psicoprofilaxis beneficiará a mí y a mi hijo.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
9	Mi embarazo desfavorece las relaciones familiares.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
10	Es importante consumir ácido fólico durante mi embarazo	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
11	Mi embarazo interrumpe mi proyecto de vida.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
12	Me siento capaz y preparada para la crianza de mi hijo	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
13	Una adolescente embarazada, puede llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
14	Aunque no reciba el apoyo de mis padres, debería continuar con mi embarazo.	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

**ANEXO N°3**

Esperanza, 23 de Agosto del 2016.

**MEMORANDUM N° 176- 2016 --GR-LL-GR/GRÁS/UTEST. E-MRLE-HDJ**

A : ANALUCIA RAQUEL MEZA SANDOVAL/GABRIELA ALEJANDRA ZAPATA VARGAS  
ALUMNOS DE ENFERMERIA DE LA U.P.A.O

DE : M.C. HANNS CHAUCA FERNANDEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN

ASUNTO : AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

Por medio del presente me dirijo a usted para comunicarle que se les autoriza a la aplicación de encuestas, para la elaboración de su proyecto denominado **"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD FRENTE A EL EMBARAZO EN GESTABTES ADOLESCENTES HOSPITAL JERUSALEN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO, 2016"**, motivo por el cual se le autoriza para la realización de dicha encuesta a 80 gestantes adolescentes; Es todo lo que comunico para su conocimiento bajo responsabilidad.

ATENTAMENTE,

HCHF/krc  
C.c. Archivo



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD - LA LIBERTAD  
RED TRUJILLO - MICRONID - LA ESPERANZA  
M.C. Hanns Chauca Fernández  
C.P. 44037  
500 88 11 22

Dirección: MZ. 20 LT. 02 - BARRIO 3 Sector Jerusalén La Esperanza ☎ 507287  
Correo Electrónico:hospital\_distrital\_jerusalen@hotmail.com



JUICIO DE EXPERTOS DEL PROYECTO DE TESIS:  
"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE FRENTE AL  
EMBARAZO. HOSPITAL JERUSALÉN DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. TRUJILLO 2016"

ANEXO N°4

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA	FIRMA
1.	Milagritos del Rocío León Castillo	17.03.16.	
2.	Jospi Anacleto Hernández Acosta	20-3-16	
3.	Silvia Contreras Castro	22.03-16	
4.	Graciela Sandoval Salas	24.03.16	
5.	Daroli B. Rodríguez Rodríguez	24-03-16	
6.	Mauro Muñoz Plata	28-03-16	
7.			