

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS. CENTRO  
MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR - 2016**

**TESIS**

Para optar el título de:

**OBSTETRA**

Presentada por la bachiller:

Betty Yanira Valera Chávez

Cajamarca, 2017

**COPYRIGHT © 2016 by**  
Betty Yanira Valera Chávez  
Todos los derechos reservados

**SE DEDICA ESTE TRABAJO A:**

Mis padres Julia y Napoleón, por darme la vida, por apoyarme y aconsejarme siempre, por enseñarme valores y hacer de mí una persona de bien y por ser la motivación que necesito para salir adelante, pero más que nada, por su amor incondicional.

Mi hermana Silvia, por estar conmigo y apoyarme siempre.

Mis sobrinos Kevin y Dana quienes son mi motivación y felicidad.

**Betty**

### **SE AGRADECE A:**

Dios por haberme brindado la oportunidad de estudiar la hermosa carrera de Obstetricia.

Mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca por albergarme durante mi formación profesional.

Mi familia por su apoyo incondicional y desinteresado, en especial a mis padres y hermana que permitieron alcanzar mis sueños.

Mi asesora, la M.Cs. Gloria María Briones Álvarez por su esfuerzo y dedicación, para que pueda terminar mi tesis con éxito.

**Betty**

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 01.</b> Factores sociodemográficos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.	30
<b>Tabla 02.</b> Características familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.	35
<b>Tabla 03.</b> Familiar con el que viven las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.	39
<b>Tabla 04.</b> Calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.	40
<b>Tabla 05.</b> Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.	41
<b>Tabla 06.</b> Calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.	44
<b>Tabla 07.</b> Bienestar físico como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.	46
<b>Tabla 08.</b> Bienestar psicológico como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.	48
<b>Tabla 09.</b> Autonomía y relación con los padres como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.	50
<b>Tabla 10.</b> Apoyo social y pares como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.	52
<b>Tabla 11.</b> Entorno escolar como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.	54

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Calidad de vida	11
2.2.2. Funcionalidad familiar	15
2.2.3. Adolescencia	19
2.3. Hipótesis	22
2.4. Variables	22
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables	23
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>24</b>
3.1. Diseño y tipo de estudio	24
3.2. Área de estudio y población	24
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	25
3.4. Unidad de análisis	25
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	25
3.6. Consideraciones éticas	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.8. Procesamiento y análisis de datos	28

3.9. Control de calidad de datos	28
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>56</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>57</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>

## RESUMEN

La calidad de vida durante el embarazo implica el esfuerzo para que el proceso de gestación, suponga la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres siendo importante de alguna manera la funcionalidad familiar. El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016. El estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo y correlacional, se realizó en una muestra de 39 adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Se utilizó como instrumentos el cuestionario de recolección de datos, el Cuestionario de calidad de vida kidscreen-27 y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y se obtuvo como resultados que el 87,2% de las adolescentes embarazadas perteneció al grupo etáreo de 15-19 años (adolescencia tardía); el 33,3% refirió tener secundaria incompleta; el 71,8% manifestó ser conviviente; el 92,3% fue procedente de la zona urbana y el 51,3% refirió ser estudiante. El 61,5% de ellas dijo pertenecer a una familia nuclear; el grado de instrucción de los padres en 25,6% alcanzó la secundaria completa y; 28,2% de las madres. El estado civil predominante de los padres de las adolescentes fue la convivencia en el 46,2%. El 51,3% de adolescentes embarazadas vive con su pareja; el 53,8% pertenece a una familia funcional, el 82,1% tiene buena calidad de vida, llegando a la conclusión de que existe relación significativa entre las variables funcionalidad familiar y las dimensiones de calidad de vida: bienestar psicológico y entorno escolar, según  $p = 0.02$  y  $p = 0.007$ .

**Palabras clave: calidad de vida, funcionalidad familiar, adolescente embarazada**

## ABSTRACT

The quality of life during pregnancy implies the effort so that the gestation process, supposes the least possible alteration in the real autonomy of these women being somehow important the familiar functionality. The objective of the present research was determine the relationship between quality of life and family functionality in pregnant adolescents looked after at the Simon Bolívar Maternal Perinatal Center, 2016. The study corresponds to a non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational design, it was performed in a sample of 39 pregnant adolescents, looked after at the Simón Bolívar Maternal Perinatal Center. The data collection questionnaire, the Kidscreen-27 Quality of Life Questionnaire and the Family Functioning Questionnaire (FF-SIL) were used as instruments and obtained as results that 87.2% of the pregnant adolescents belonged to the age group 15-19 years old (late adolescence); 33.3% reported having incomplete secondary education; 71.8% stated were living together; 92.3% came from the urban area and 51.3% referred to being a student. The 61.5% of them said they belonged to a nuclear family; the degree of instruction of the parents in 25.6% reached the complete secondary and 28.2% of mothers. The predominant marital status of the parents of adolescents was cohabitation in 46.2%.The 51.3% of pregnant adolescents live with their partners; 53.8% belong to a functional family, 82.1% have good quality of life, concluding that there is a significant relationship between the variables family functionality and dimensions of quality of life: psychological well-being and school environment, According to  $p = 0.02$  and  $p = 0.007$ .

**Key words: quality of life, family functionality, pregnant adolescent.**

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental” (1). Es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos éste afecta negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer, ocasionando alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Por su parte, el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; con base en el cumplimiento eficaz de las funciones de cada uno, se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

En este contexto se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, llegando a determinar que la mayoría de adolescentes embarazadas tiene una familia funcional, y refieren una buena calidad de vida en cada una de las dimensiones.

Se encontró relación significativa entre funcionalidad familiar y las dimensiones bienestar psicológico y entorno escolar de la calidad de vida de las adolescentes, según  $p = 0.02$  y  $p = 0.00$

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

**CAPÍTULO I**, constituido por la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

**CAPÍTULO II**, corresponde a este capítulo, los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

**CAPÍTULO III**, en este capítulo se presenta el diseño metodológico y

**CAPÍTULO IV**, correspondiente al análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, las sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

Finalmente, se considera prudente señalar que el presente estudio carece de las versiones propias de las experiencias de una adolescente viviendo su maternidad, propias de una investigación cualitativa.

**La autora**

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Definición y delimitación del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adolescentes como la población comprendida entre los 10 y 19 años de edad, señala, además, que la adolescencia se trata de un periodo de desarrollo que inicia con la pubertad y termina con el inicio de la edad adulta. Dentro de este periodo los adolescentes suelen iniciar la actividad sexual, cada vez a más temprana edad, lo que conlleva el riesgo de embarazo precoz, riesgo incrementado por la falta de orientación, comunicación y acompañamiento en los procesos de maduración biológica y psicológica en esta etapa crucial del ciclo vital (3).

Según cifras provenientes del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10% de todos los nacimientos en el mundo. En los Estados Unidos de América se presentan anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes; en Europa las cifras más altas corresponden a Alemania y Gran Bretaña (3).

En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos son de madres adolescentes. Unicef (2014) además informó que los países con mayores tasas de embarazo adolescente son Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y el Salvador (24%), Ecuador (21%), Bolivia y Colombia (20%) (4).

En el Perú la Encuesta Demográfica y Salud Familiar del INEI (2014), muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13,2%, en 2012, a 13,9% en 2013, con

una creciente prevalencia en la costa norte y en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas INEI 2014, mientras que en Cajamarca, las cifras oscilan entre 15% y el 19%, cifras superiores a las nacionales (5).

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública en América Latina y el resto del mundo, ya que conlleva a importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas (6).

Para los especialistas en el tema, el embarazo adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia e implica cambios en los patrones biológicos y psicológicos de la joven, y provoca cambios en cuanto al desenvolvimiento en el entorno social y económico; muchas veces, éste se presenta en momentos en que la adolescente todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo, retrasando sus aspiraciones y, generando un alto costo de oportunidad entre las decisiones de estudiar, trabajar o dedicarse completamente a ser madres, es así que las expectativas de vida de las adolescentes que se enfrentan a un embarazo cambian radicalmente y esta situación se convierte en un factor importante para determinar la calidad de vida (6,7).

La calidad de vida en el embarazo, sobre todo en la adolescencia, implica el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad, supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales (3); sin embargo, la joven que se embaraza tiene que afrontar numerosas consecuencias no solamente biológicas sino también psicológicas y sociales, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro, de por sí, se dice que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de sus metas evolutivas, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente; situación que puede conllevar a una baja eficacia personal percibida en estas madres, mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios (3). Se estima que el 86% de adolescentes embarazadas presenta una autoestima baja; la

prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes adolescentes es de 22,25% (8); el suicidio tiene una prevalencia del 39% y se constituye en una cifra alarmante de causa indirecta de muerte materna en adolescentes, estadística que viene asociada a situaciones de maltrato, violencia y exclusión (9).

En este escenario la familia debería cumplir un rol muy importante para restablecer u optimizar la salud de la joven madre, cuya atención y afrontamiento rebasa los marcos institucionales sanitarios para abarcar la vida cotidiana de la gestante y sus familiares (6); sin embargo, en la vida cotidiana existe un alto índice de familias disfuncionales que no cumplen con el rol de protección que les compete.

Una forma de disfuncionalidad familiar se observa en hogares con un solo miembro parental, siendo más frecuente que sea la mujer quien jefatura el hogar, ENDES (2014) al respecto informa que en el país, el porcentaje de hogares con jefatura femenina (25,2%) muestra un incremento de 1,4 puntos porcentuales respecto a la observada en el año 2009 (23,8%) (10), otro dato que puede determinar disfuncionalidad familiar es la violencia familiar y que según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas (2016), en los últimos 5 años se ha evidenciado una tendencia al incremento de más del 30% en el número de denuncias de violencia, en estos casos muchas veces en lugar de brindar apoyo, acogimiento y protección, cometen a menudo actos de violencia, afectando la calidad de vida de las adolescentes que se ve disminuida, así como la de sus bebés luego del embarazo, pues las madres adolescentes tienden a abandonar sus estudios por la maternidad.

Esto causa que en un futuro la joven madre carezca de las habilidades necesarias para conseguir un buen trabajo. Es común que esta población, dependa económicamente de sus familias o de la pareja que también en muchas ocasiones aprovecha esta situación para tenerla subyugada y sujeta a violencia física, psicológica, sexual o económica. Si se da una mirada al futuro, es probable que las madres adolescentes en estas condiciones, vivan en estado de pobreza la misma que tiene la tendencia de convertirse en transgeneracional.

El deterioro en la salud física, el estrés y la depresión hacen que la salud emocional también se ve afectada mermando notablemente su calidad de vida.

El Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, no es ajeno a esta situación, sino que por el contrario, llegan a la atención prenatal, gestantes adolescentes que manifiestan signos de una calidad de vida deteriorada; sin conocer cuáles son los factores que la ocasionan.

Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de investigación de esta naturaleza, en la región, es que se pretende la realización del presente estudio, con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Determinar algunas características sociodemográficos de las adolescentes embarazadas.

Establecer las características familiares de las adolescentes embarazadas.

Identificar los familiares con los que viven las adolescentes embarazadas.

Identificar la calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

Determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas

Establecer la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

El embarazo a temprana edad se considera un problema de salud pública de alto impacto negativo, un tema de investigación muy complejo y una dimensión importante en el tema de las políticas públicas, porque se percibe como un problema médico, social y psicológico, además es un problema que permea de manera diferencial los distintos grupos sociales (11).

De otra parte, el embarazo adolescente perjudica no solo a la madre, sino a sus hijos, a sus familias y a la sociedad entera. “El embarazo en la adolescencia es una circunstancia que quita la oportunidad de desarrollo, de crecimiento, de completar la educación, de tener mejores oportunidades para el trabajo y mejores condiciones de vida, tanto de la madre como de sus hijos”, es decir que las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determina un riesgo importante para su descendencia. No escapa a este conflicto la comunidad, que de alguna manera resulta comprometida en el desenlace de este dramático acontecer.

A pesar de que la familia es el primer elemento sociabilizador, en cuyo interior se educa y forma al individuo y cuya funcionalidad va a permitir que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida, y que tiene una influencia gravitante en la aparición de problemas de embarazo precoz en los adolescentes, no se la ha tomado en cuenta y se le ha restado importancia, en los diseños de programas de prevención, no obstante que, dependiendo de las condiciones positivas o negativas que encuentren los adolescentes en la familia, les facilitará superar esta situación de una manera más o menos adecuada, y las ayudará a consolidar sus recursos y habilidades psicosociales.

En Cajamarca, se observa un alto índice de embarazo adolescente, muchas de ellas abandonan sus estudios, son abandonadas y víctimas de violencia familiar, hechos que deterioran su calidad de vida, mientras que en otros casos continúan estudiando, son protegidas y prácticamente continúan con su ritmo de vida normal, probablemente se deba al apoyo recibido por parte de su familia, pero no se conoce por qué, no todas

las adolescentes reciben todo el apoyo que se merecen, de allí la importancia de realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Los resultados brindarán un aporte teórico al tema del embarazo adolescente, además de considerar el involucramiento de la familia como una unidad clave en el bienestar de la adolescente embarazada que necesita apoyo, afecto y seguridad, ello a través de acciones como consejerías, campañas, dirigidas no solo a la joven sino a la familia en general. Los beneficiados serán la madre quien podrá gozar de una maternidad saludable y el niño que probablemente nacerá con menos problemas; pero además también la familia y la sociedad podrá contar con madres y recién nacidos más sanos, biológica y psicológicamente que se constituirán en personas sanas capaces de aportar positivamente al país.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Estupiñán, M y Vélez, D. (Colombia, 2012)** en su estudio formularon como objetivo, analizar la calidad de vida percibida por madres estudiantes universitarias, llegando a determinar que al momento de la entrevista, el 20,59% de las estudiantes madres contaba con 19 años. Respecto al número de hijos, predomina un solo hijo(a), en el 88,2% de los casos, seguido por 2 hijos, en el 8,2%. De igual forma, el 52,9% dice convivir con sus padres (por lo menos, de forma parcial), en tanto que el 47,10% señala que a pesar de recibir su ayuda, no conviven con ellos (12).

En cuanto a la calidad vida, determinaron que en la dimensión relaciones armónicas con el ambiente *físico y social*, la aceptación de la maternidad por parte de la madre adolescente parece relacionarse con la aceptación familiar, y esta, a su vez, lo hace con la historia familiar de maternidad adolescente, lo cual incide en que la principal fuente de apoyo sea la madre de la joven y en que la relación entre ellas tienda a mejorar, ya que la madre muestra una actitud de aceptación hacia su hija y su nieto(a). la dimensión *expresión emocional*, la madre adolescente se siente satisfecha con la vida. En la mayoría de los casos se siente bien consigo misma y orgullosa de sí misma. Dentro de las causas intrínsecas de su satisfacción se encuentran: el hecho de ser madre y aprender de esa experiencia; haber sobrepasado dificultades; poder cumplir sus metas, y no haberse quedado estancada; es decir, que la vean como a una persona que salió adelante (12).

**Guridi, M. y cols. (Cuba, 2012)** formularon dentro de sus objetivos, evaluar la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como evento vital, encontrando los siguientes resultados: predominó el grupo de 15 a 18 años de edad (96,2%), la

escolaridad de secundaria (47,2%), inestabilidad de pareja (58,5%) y las desocupadas (84,9%). Los mayores porcentajes correspondieron a las familias monoparentales (79,2%), medianas (52,8%), extensas (62,3%); trigeneracional en (68,0%), moderadamente funcional, y una repercusión moderada (32,2%) y favorable (64,2%) (6).

**Arias C. y cols. (Colombia, 2013)** en su estudio formularon como objetivo, analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de atención de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia), sus resultados fueron: el mayor porcentaje fueron solteras en 63,7%, escolaridad secundaria 78,54%, trabajan el 34,7%, en un 71,1%, viven con sus progenitores. Las familias de las adolescentes presentaron buena funcionalidad familiar en un 27,9%, seguida de disfunción moderada en un 26,8%. Referente a los aspectos sociales familiares se encontró que hay violencia familiar en un 38,9% y esta proviene del padre en un 28,4%, historia de intentos de suicidio en la familia en un 13,2%. Historia de depresión en la familia en 25,8%, siendo la misma embarazada en un 14,7% la más deprimida (13).

**Diaz, R. (Ecuador, 2014)** se planteó como objetivo, caracterizar el funcionamiento de las familias de madres menores de 21 años que tuvieron su parto en el Hospital y determinó que la edad media fue de 18,5 años, sus familias presentaron cohesión, comunicación, afectividad y asunción de roles muy buenos; armonía familiar bastante buena; adaptabilidad y permeabilidad menos favorables. Todas las variables y situaciones evaluadas mediante el test FF-sil estuvieron asociadas al funcionamiento familiar ( $p < 0,000$ ) (14).

**Soto, F. y cols. (México, 2015)** en su estudio formularon como objetivo determinar la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en la unidad de medicina familiar y encontraron como resultados que el 76,9% tuvo buena calidad de vida y 23,1% mala; mientras que 12,3% presentó disfunción familiar severa, 38,5% disfunción moderada y 49,2% fue miembro de una familia funcional. Predominó el estado civil soltero en 75,4%, escolaridad preparatoria en 69,2% y 53,3% provenía de la clase obrera (3).

### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

**Angoma, L y Poccorpachi, D. (Lima, 2011)** tuvieron como objetivo, determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú, determinando que la mayoría de las gestantes adolescentes tienen una familia de tipo disfuncional (90%). Respecto al área de adaptación 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 37% era de grado leve, en el área de participación el 81% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% fue leve. Sobre el área de crecimiento el 69% poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% fue leve. Respecto al área de afecto el 87% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales el 32% fue leve, y otro 32% moderada. Finalmente en el área de recursos el 85% presentaron disfuncionalidad familiar, de las cuales el 34% fue moderado (15).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Calidad de vida**

#### **2.2.1.1. Definición**

Ardila (2010), referido por Estupiñán (2012) define a la calidad de vida como un estado de satisfacción general derivado de las potencialidades de una persona, como una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. El mismo autor incorpora a esta definición aspectos subjetivos, como intimidad, expresión emocional, productividad personal, salud y seguridad percibidas; también señala aspectos objetivos, como el bienestar material y las relaciones armónicas con el ambiente físico y social.

Felcy y Perri (2009), referidos por Estupiñán (2012) hacen énfasis en cuatro condiciones de vida de una persona; 1) satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones; 2) combinación de componentes objetivos y subjetivos, 3) la combinación de las condiciones de vida y 4) la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales; todo ello es corroborado por Garduño (2010) también referido por Estupiñán, quien, además, reitera su relación

con el sentido de bienestar de una persona, su satisfacción con la vida y su felicidad o su infelicidad, definiéndola como un constructo complejo integrado por variedad de dimensiones de vida que la persona define en virtud de sus intereses y sus valores personales, en interacción con el grupo social (8).

#### **2.2.1.2. Dimensiones de la calidad de vida**

Estupiñán (2012), respecto a la estructuración del concepto de calidad de vida, al relacionar la satisfacción de necesidades materiales y subjetivas que comprenden un conjunto de aspectos difíciles de determinar en indicadores precisos, señala algunas dimensiones que tienen la posibilidad de abordar sus valores constitutivos, como la actividad física y salud de los adolescentes, el bienestar psicológico, la relación establecida con los padres así como el dominio de su autonomía, apoyo social y amigos y el entorno escolar, condiciones, todas propicias para el desarrollo del ser humano (12).

- **Actividad física y salud.** Según la OMS (2013), se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (16). La actividad física regular está asociada a una vida más saludable y más larga. La inactividad física está reconocida como uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas y constituye entre el segundo y el sexto factor de riesgo más importante en relación con la carga de la enfermedad en la población de la sociedad occidental (17).

Los niños de entre 5 y 17 años deberían acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física, mayoritariamente aeróbica, de intensidad moderada o vigorosa. Asimismo, sería conveniente un mínimo de tres veces semanales de práctica de actividades que fortalezcan el aparato locomotor (17).

- **Bienestar psicológico.** Veenhoven referido por Benatuil (2009) conceptualiza al bienestar como el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. Andrews y Withey, referido por Benatuil (2009), definen al bienestar tomando en cuenta los aspectos cognitivos y los afectivos (afecto positivo y negativo); Campbell, Converse y Rodgers (1976) aluden a la satisfacción

vital como un componente cognitivo, resultante de la discrepancia entre las aspiraciones y los logros obtenidos, estos autores coinciden en la conceptualización de la satisfacción como un juicio cognitivo y la felicidad como experiencia afectiva positiva o negativa. Diener (1994) propone que el bienestar psicológico posee componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. La apreciación de los eventos se modifica en función del afecto negativo y positivo predominante. El bienestar psicológico es estable en el largo plazo, pero experimenta variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. El bienestar indica la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal, el matrimonio, la ausencia de depresión y la experiencia de emociones positivas (18).

Benatuil (2009) señala que distintos investigadores plantearon que aquellos individuos más felices y satisfechos sufren menos malestar, manejan mejor el entorno y tiene mejores habilidades (18).

- **Relación con los padres.** La capacidad parental se comprueba cuando los padres demuestran a lo largo de tiempo habilidades respecto a promover: el apego, los vínculos, el cariño y el afecto, el control de las emociones propias, la empatía con los hijos, la comunicación, muestras de sensibilidad, el sentido de responsabilidad, logro de apoyos de la comunidad y de profesionales, la respuesta a las necesidades de los hijos, el conocimiento de los hijos, el cuidado, la socialización –control, sensibilidad, disciplina, ajuste. Mediante la categoría de parentalidad competente se designa la adaptabilidad a los hijos y al contexto próximo a la familia. Resolver problemas y percibir capacidades de los hijos son dos habilidades que se destacan a la hora de definir una parentalidad competente. La evaluación de la competencia y capacidad parental se realiza siguiendo los modos de valoración de la autoeficacia que supone un juicio sobre la capacidad y se denomina eficacia parental percibida. En concreto, se valora el sentido de autoconfianza que responde al estado estable de cómo el sujeto se considera “capaz de” en general. Se tienen en cuenta: creencias, juicios, habilidades, cómo se organizan y ejecutan acciones que producen unos resultados esperados. La autoeficacia es diversa a la autoestima parental –juicio sobre el valor propio– y a la competencia parental percibida –juicio sobre la habilidad para hacer algo con eficacia, relacionado con situaciones específicas (19).

- **Apoyo social.** Es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto. El concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida. Festinger, referido por Orcasita (2010) propuso que este deseo de buscar compañía de otra persona en situaciones de temor o ansiedad era debido a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conductas) (20) .

Mateos (2012) señala que las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar los efectos adversos de diferentes situaciones tensionantes, además de que las personas que se encuentran en mejores condiciones psicológicas y físicas son aquellas que mantienen un mayor número de interacciones o se hallan integrados socialmente a diferencia de aquellas personas en condiciones de aislamiento o poca integración (21).

Otro aspecto importante que ha contribuido a la formulación del concepto de apoyo social son las publicaciones realizadas por los principales pioneros en el tema del apoyo social Cassel, Cobb y Caplan en los años 70' ya que sus trabajos sobre los efectos protectores en la salud de los vínculos sociales en el grupo primario, dieron modelos para la investigación e intervención en dicha temática. Estos autores propusieron que el apoyo social, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de sucesos estresantes. Caplan referido por Orcasita (2010) enfatiza en el apoyo social como una función básica de la red social que tiende a mantener la integridad física y psicológica del individuo (20).

Desde entonces, el apoyo social ha sido abordado como temática de gran interés, teniendo en cuenta las constantes transformaciones sociales y de modernización que de alguna forma inciden en el debilitamiento y deterioro de los lazos sociales; repercutiendo en diversas problemáticas que afectan la salud, el bienestar y calidad de vida de las personas que integran dichas sociedades, por eso es necesario destacar la importancia que tiene la ayuda que reciben los individuos de

los sistemas sociales informales (familia, amigos, vecinos) sobre su salud, sin afirmar que siempre sean beneficiosos (20).

Otro aspecto que destaca la importancia del apoyo social es el concepto de salud mental que se ha trabajado durante los últimos años, ya que ha tenido en cuenta los factores psicosociales como un factor determinante en la salud de los individuos de la sociedad. De esta forma el apoyo social tiene un papel significativo en la salud y el bienestar psicológico. Por otra parte, Gracia y Herrero (2006), afirman que la desorganización, desintegración social y la disolución de las redes de apoyo social en el bienestar de los adolescentes, es un factor clave en la génesis de problemas psicosociales (20).

- **Entorno escolar.** La escuela, desde un punto de vista sociopolítico, se define como una institución social específicamente creada para la transmisión de los conocimientos, la formación de habilidades y la adquisición de valores democráticos. Está ubicada en un espacio físico concreto, con una distribución temporal particular interna y una serie de pautas de comportamiento y normas que la rigen. En general, la imagen que las personas guardan en su memoria sobre la institución escolar es el resultado de las experiencias significativas (positivas o negativas) que éstas han vivido durante su estancia en la misma. Asimismo, esta noción que proyectamos puede corresponderse con argumentos recurrentes y socialmente compartidos sobre el sentido y significado de la escuela. Esta institución posee una imagen compartida socialmente (representación social) que va a permitir, tanto construir como interpretar esta parcela de la realidad. Generalmente, esta representación de la escuela se caracteriza por ser uno de los primeros escenarios sociales en el cual la persona establece y experimenta las primeras relaciones de amistad, se somete por primera vez a la organización y las normativas de las instituciones sociales o percibe la variedad de personas, personalidades y formas de pensar diferentes (21).

## **2.2.2. Funcionalidad familiar**

### **2.2.2.1. Definición**

La funcionabilidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones familiares, sino el proceso resultante del conjunto de interacciones entre los parientes, o sea, se

refiere a la condición que describe la síntesis de las relaciones internas –intrafamiliar–. Se reconoce que estas relaciones no están aisladas de las relaciones extrafamiliares, sino que por el contrario, están íntimamente conectadas entre sí (22).

La funcionabilidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se establece en el interior de cada familia y que le da identidad propia. El enfoque sistémico de la familia considera que el funcionamiento familiar depende de la dinámica relacional sistémica, que se produce en el proceso interactivo entre sus miembros. La dinámica relacional conforma el ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime un clima agradable, de satisfacción, o un clima desagradable, de tensión. La calidad de las relaciones familiares regula el desarrollo del grupo familiar como un todo. Existe diversidad respecto a la pertinencia de las dimensiones que deben conformar el concepto de funcionamiento familiar, así como los indicadores para su evaluación. Los estudiosos de la familia, por lo general, provienen del campo de la terapia familiar y sus métodos evaluativos son fundamentalmente clínicos (22).

Louro Bernal (2001), considera que la funcionabilidad de la familia se mide por la capacidad para resolver las crisis que se le presentan, unida como grupo, por las formas en que expresa sus afectos, en cómo se permite el crecimiento individual, y cómo se produce la interacción entre sus miembros para respetar la autonomía y el espacio individual. Define a la familia como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas que permite a cada uno de sus integrantes desarrollarse como individuo, con el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros (22).

#### **2.2.2.2. Clasificación de la funcionalidad familiar**

Según el criterio con el cual se evalúa el funcionamiento familiar, la familia puede clasificarse en funcional o disfuncional.

- **Familia funcional.** Para Westley y Epstein (2007) es funcional cuando cumple tres esferas básicas de funciones:
  1. Esfera de tareas básicas. Encargada de la satisfacción de necesidades materiales.

2. Esfera de tareas de desarrollo. Relacionada con el tránsito por el ciclo vital.
3. Esfera de tareas arriesgadas. Encargada de valorar la capacidad que posee la familia para dar solución a las crisis.

Para estos autores, la familia funcional es aquella capaz de resolver con eficacia los tres tipos de tareas. Este modelo teórico contempla el cumplimiento de las funciones de la familia, así como su afrontamiento a las crisis normativas y paranormativas, pero no evalúa la dimensión interactiva que está en la base de las tres tareas básicas.

Las familias funcionales encaran las crisis en grupo y cada miembro acepta un papel para hacerles frente. Identifican los problemas y expresan conformidades e inconformidades. Se respeta la autonomía, a la vez que el espacio y los roles están bien definidos (22).

Las familias funcionales enfrentan las crisis unidas como grupo, para buscar soluciones adecuadas a los conflictos, los cuales estimulan la creatividad y favorecen el cambio. Las opiniones diversas son consideradas de manera positiva y se respeta la individualidad. La familia funcional cumple con la misión social, sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual, según los requerimientos de cada etapa (22).

Algunos indicadores para considerar a una familia como funcional son:

- Presencia de límites y jerarquías claras.
- Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro. - Reglas flexibles, pero claras y precisas.
- Capacidad de reajuste ante los cambios.
- Posibilidad de expresar sentimientos.
- Comunicación clara y directa.
- Adecuada distribución de roles.
- Presencia de códigos de lealtad y pertenencia, sin perder la identidad e independencia.
- Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto. Otra dimensión llamada «fuerza familiar» según Kinball Young (Louro Bernal, 2001) se refiere a los recursos que tiene la familia en términos personales, de salud mental y física, de habilidades para las relaciones, valores morales, y en términos materiales y económicos.

Los criterios para evaluar las fuerzas familiares, incluyen las habilidades para:

- Proveer satisfacción de necesidades físicas, emocionales y espirituales.
- Ser sensibles a las necesidades de los miembros de la familia.
- Comunicarse afectivamente.
- Proporcionar apoyo, seguridad y estímulo.
- Iniciar y mantener relaciones sociales fuera del hogar.
- Crecer con los hijos y a través de ellos.
- Ayudarse uno mismo y aceptar ayuda.
- Ejecutar roles en forma flexible.
- Usar una experiencia de crisis como una forma de crecimiento.
- Estimular el desarrollo individual y la autoestima.
- Posibilitar la lealtad y la cooperación intrafamiliar.
- Pedir ayuda exterior frente a la identificación de problemas.

En Cuba, en 1994, se diseñó una prueba para medir percepción de funcionamiento familiar de fácil aplicación y calificación para el equipo de la atención primaria. La prueba denominada FF-SIL que pretende medir a través de las dimensiones siguientes:

1. Cohesión. Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
  2. Armonía. Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
  3. Comunicación. Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
  4. Adaptabilidad. Habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
  5. Afectividad. Capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
  6. Rol. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
  7. Permeabilidad. Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Familia disfuncional.** Es aquella en la que sus miembros son incapaces de expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles

mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles (22).

### **2.2.3. Adolescencia**

#### **2.2.3.1. Definición**

Mendoza (2013) señala que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio –económica" (23).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta (24). Por lo tanto, se considera que las decisiones que en esta etapa se tomen serán decisivas para el futuro del individuo.

#### **2.2.3.2. Clasificación de la adolescencia**

Unicef divide a la adolescencia en:

**1. Adolescencia temprana.** Es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (25).

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental (25).

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana (25).

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar (25).

**La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).** La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol

frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta (25).

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (25).

### **2.2.3.3. Embarazo adolescente o embarazo precoz**

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

Al respecto Issler, referido por Gamboa (2013) define al embarazo en la adolescencia como: "el 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" (26).

El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicancias psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas. En ocasiones aparece como un hecho no deseado que desestabiliza a la adolescente, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar. Este problema complejo acapara cada vez más el interés de padres, educadores, asistentes sociales y todo el equipo de salud que actúa en los hospitales y centros asistenciales.

La maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con un riesgo latente para el niño (26).

### **2.3. Hipótesis**

La relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar, es altamente significativa, en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

### **2.4. Variables**

#### **2.4.1. Variable independiente**

Funcionalidad familiar

#### **2.4.2. Variable dependiente**

Calidad de vida

## 2.5. Definición conceptual y operacional de las variables

Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
<b>Variable dependiente</b> <b>Calidad de vida.</b> Estado de satisfacción general derivado de las potencialidades de una persona, como una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social (12).	<b>Bienestar físico</b>	Buena	≥ 100 puntos–	Intervalo
		Mala	< 100 puntos	
	<b>Bienestar psicológica</b>	Buena	≥ 100 puntos–	Intervalo
		Mala	< 100 puntos	
	<b>Autonomía y relación con los padres</b>	Buena	≥ 100 puntos–	Intervalo
		Mala	< 100 puntos	
	<b>Apoyo social y pares</b>	Buena	≥ 100 puntos–	Intervalo
		Mala	< 100 puntos	
	<b>Entorno escolar</b>	Buena	≥ 100 puntos–	Intervalo
		Mala	< 100 puntos	
<b>Variable independiente</b> <b>Funcionalidad familiar.</b> Condición que describe la síntesis de las relaciones internas –intrafamiliar (22).		<b>Familia Funcional:</b>	De 70 – 57 puntos	Intervalo
		<b>Familia moderadamente funcional</b>	De 56 – 43 puntos,	Intervalo
		<b>Familia disfuncional:</b>	De 42 a 28 puntos,	Intervalo
		<b>Familia severamente disfuncional</b>	De 27 – 14 puntos	Intervalo

Fuente: Estupiñán, M y Vela, D. y Álvarez, S.

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional.

**Es no experimental** porque no se manipuló ninguna variable.

**Descriptivo:** porque permitió medir, describir y analizar la calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

**Correlacional.** Porque permitió establecer la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas.

**De corte *transversal*** porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo (setiembre – noviembre de 2016).

#### 3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, ubicado en el distrito de Cajamarca, el que está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km de la capital del País, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una T° media anual de 18.9°C.

La población está constituida por todas las adolescentes gestantes que fueron atendidas en el año 2015 y que según el informe estadístico del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar es de 39.

### **3.3. Muestra y muestreo**

La muestra estuvo constituida por la misma población.

n = 39

### **3.4. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2016.

### **3.5. Criterios de inclusión**

Las adolescentes gestantes participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios:

Adolescente gestantes en pleno uso de sus facultades mentales

Adolescentes gestantes que acepten voluntariamente ser parte del estudio

### **3.6. Consideraciones éticas**

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, con el compromiso de:

- Garantizar el respeto a la dignidad de las adolescentes, su libertad y autodeterminación y salvaguardar la vida privada.
- Garantizar la confidencialidad de la identidad de las adolescentes embarazadas participantes.
- Tener en cuenta el consentimiento informado, relacionada directamente con el respeto a la adolescente embarazada y a sus decisiones autónomas, teniendo especial precaución en la protección de datos confidenciales.
- Respetar la privacidad de la adolescente, en la información suministrada, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.
- Proporcionar los resultados de la investigación realizada, al Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se conversó con el Director del Centro Materno perinatal Simón Bolívar y el personal responsable de los consultorios de control prenatal y se informó de la investigación en el presente año (2016).

Posteriormente, se entrevistó a cada gestante adolescente que cumplió con los criterios de inclusión, a quienes se les informó de la naturaleza del estudio, luego se les solicitó que firmen el consentimiento informado. En última instancia se le pidió a cada adolescente que dé respuesta fidedigna a las preguntas del instrumento, indicándoles que la información es anónima.

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumentos:

**1. Cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron datos para identificar las características sociodemográficas de la adolescente embarazada, tales como: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, ocupación. Anexo 01.

**2. Cuestionario KIDSCREEN, 27.** Validado en diferentes países, es un instrumento de medida de la Calidad de Vida para niños y adolescentes. Tiene 5 dimensiones, con un total de 27 ítems, bienestar físico (5 ítems); energía y estado físico del niño/adolescente; bienestar psicológico (7 ítems); autonomía y relación con los padres (7 ítems); nivel de autonomía percibido, y satisfacción con los recursos económicos; apoyo social y pares (4 ítems) y entorno escolar (4 ítems) (27).

Los 27 ítems son respondidos en escala de Likert, con 5 niveles de respuesta, que va desde nunca a siempre.

El puntaje de cada dominio se calculó con la suma de los ítems y luego se transformó a una escala de 0 a 100 de acuerdo con lo recomendado por los autores así: *Puntaje de la dimensión*-valor mínimo/recorrido (máximo-mínimo).

Puntuaciones mayores a 100 identifican una buena calidad de vida en cada una de las dimensiones, por debajo de 100, indica mala calidad de vida. Anexo 02.

**2. Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL.** El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías.

**Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

**Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

**Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

**Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos, y permite clasificar a la familia en cuatro tipos:

1. Familia funcional 70-57
2. Familia moderadamente funcional 56-43
3. Familia disfuncional 42-28
4. Familia severamente disfuncional 27-14

Esta prueba ha sido utilizada en distintas investigaciones, y ha permitido una valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar. Anexo 03.

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

#### **3.8.1. Procesamiento**

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad es generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

#### **3.8.2. Análisis de datos**

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

**Fase descriptiva.** Consistente en describir los resultados referente a la calidad de vida de las adolescentes embarazadas y el funcionamiento familiar.

**Fase inferencial.** Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

### **3.9. Control de calidad de datos**

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento utilizando el coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, La evaluación de la consistencia interna alcanzó un  $\alpha$  de Cronbach de 0,72. Todas las dimensiones presentaron una consistencia interna por encima de 0,7, con una variación entre 0,76 (FL) y 0,83 (AF) (27).

Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas

**Tabla 01. Factores sociodemográficos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.**

<b>Factores sociodemográficos</b>		<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	10-14 años	5	12,8
	15-19 años	34	87,2
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria incompleta	2	5,1
	Primaria completa	2	5,1
	Secundaria incompleta	13	33,3
	Secundaria completa	11	28,2
	Superior técnica	2	5,1
	Superior universitaria	9	23,1
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	11	28,2
	Conviviente	28	71,8
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Procedencia</b>	Urbana	36	92,3
	Rural	3	7,7
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Ocupación</b>	Estudiante	20	51,3
	Ama de casa	17	43,6
	Trabajadora	2	5,1
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede observar que el 87,2% de adolescentes embarazadas (34 adolescentes embarazadas) atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar pertenecen al grupo etáreo de 15-19 años de edad, correspondiente a la adolescencia tardía, mientras que solamente el 12,8% (5 adolescentes embarazadas) conformaron el grupo de 10-14 años, perteneciente a la adolescencia temprana.

El embarazo adolescente es relevante desde el punto de vista del desarrollo porque es una manifestación de la falta de oportunidades y porque la maternidad temprana puede tener implicaciones que fomenten círculos viciosos de pobreza entre generaciones, exclusión social y altos costos sociales, de allí la importancia de analizar la edad pues cuanto más joven sea la madre mayores serán las implicancias biológicas, psicológicas y sociales, que en conjunto merman la calidad de vida de la joven madre (28).

En la adolescencia tardía, que es la fase final, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida y hay aproximación a la familia, por lo que es muy importante la funcionalidad familiar (6).

Más allá del tipo de adolescencia, el embarazo en esta etapa es un dilema grave porque una adolescente embarazada trunca su proyecto de vida, en muchos de los casos abandona el colegio perdiendo la oportunidad de acceder a mejores oportunidades y es además un problema de salud pública: una adolescente no está física ni psicológicamente preparada para enfrentar el embarazo, el parto ni la crianza. Una madre adolescente es una niña criando otro niño (29).

El embarazo en la adolescencia tiene muchas consecuencias desde el punto de vista individual y familiar, así como en la sociedad en general, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre (3).

Estupiñán y Vélez (2012) encontraron en su estudio que el 20,59% de las estudiantes madres contaba con 19 años, mientras que Guridi y cols. (2012) determinó que predominó el grupo de 15 a 18 años de edad (96,2%), Diaz, R. (2014) por su parte identificó que la edad media fue de 18,5 años (12,6,14),

En cuanto al grado de instrucción el 33,3% de adolescentes embarazadas (13 adolescentes embarazadas) tiene secundaria incompleta, seguido de 28,2% (11 adolescentes embarazadas) que manifestó tener secundaria completa.

Estos datos reflejan que existe un elevado porcentaje de deserción escolar entre las embarazadas adolescentes, pero mientras que en algunas adolescentes se impuso el embarazo antes que la posibilidad de completar su formación académica, en otras la deserción escolar se produjo en forma prematura antes del embarazo actual, ocasionando en la mayoría de las veces, un bajo nivel socioeconómico de las mismas, lo que a su vez disminuirá su calidad de vida.

Claros (2006) en su investigación señala que las adolescentes que quedan embarazadas usualmente no van a la escuela o la abandonan al poco tiempo. Si van a la escuela, alrededor de un tercio de ellas no tiene alto nivel de calificación (30). Sin embargo también es importante reconocer que 9 adolescentes embarazadas (23,1%) manifestaron tener estudios superiores, nivel educativo que les permitirá tener mayores oportunidades de trabajar con un salario digno que satisfaga sus necesidades básicas y vivir con decoro, probablemente este grupo de adolescentes también podrá darles a sus hijos educación, pero sobre todo tendrá mayor acceso a metodología anticonceptiva para espaciar sus embarazos y vivir una vida sexual responsable.

Nakandakari (2012) en su estudio encontró que 41 adolescentes (45,20%) tuvieron Secundaria incompleta; 12 adolescentes (14 %) terminaron su secundaria; de las cuales, 7 (7,90%) ejercieron estudios técnicos y 5 (6,10%) estudios superiores (31).

Huanco (2012) sostiene que la baja escolaridad que alcanzan las adolescentes y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social (32).

Guridi y cols. (2012) encontraron que la escolaridad predominante en las adolescentes de su estudio fue la secundaria en el 47,2%, cifra menor a la encontrada en el presente estudio. Arias y cols. (2013) por su parte determinó que las adolescentes tenían escolaridad secundaria en el 78,54% (6,13).

Respecto al estado civil, 71,8% de adolescentes embarazadas (28 adolescentes) refirieron ser conviviente, mientras que 28,2% (11 adolescentes) refirieron ser solteras.

Estos resultados difieren a los encontrados por Soto y cols. Quienes determinaron que en su estudio, predominó el estado civil: soltera en 75,4% (32).

Paradójicamente el estado civil de convivencia y solterismo pueden ir a favor de la gestante o en contra dependiendo del nivel socioeconómico de esta, a las adolescentes pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, probablemente les sea más favorable un estado de convivencia, para tener apoyo, sobre todo económico, un estado de soltería aumentaría su crisis económica convirtiéndose en un círculo vicioso su situación de pobreza, y que puede perpetuarse en futuras generaciones. No así las adolescentes de estratos socioeconómicos altos, ellas pueden tener el apoyo de sus padres para continuar con sus estudios, ellos ayudaran a la crianza del niño y la madre adolescente no verá truncado su proyecto de vida.

Estos datos difieren con los encontrados por Arias t cols. (2013) quienes reportaron que en su estudio el mayor porcentaje de adolescentes fueron solteras en 63,7%.

En lo que concierne a la procedencia, 92,3% (36 adolescentes embarazadas) proceden de la zona urbana, mientras que solamente 7,7% (3 adolescentes), fueron procedentes de la zona rural.

Contreras (2013) encontró que púerperas adolescentes tuvieron como edad promedio 16 años, la mayoría de ellas contaba con estudios secundarios incompletos y más de la mitad eran madres solteras y señala que este perfil brinda alcances sobre los riesgos que se encuentran afrontando las adolescentes frente a su condición de maternidad: dependencia económica y falta de apoyo por parte de la pareja, los cuales repercuten no solo sobre la salud emocional de la madre, sino también sobre su esfera económica dándose así un menor acceso a mejores empleos y una deficiente formación de capital económico, humano, social y erótica (33).

La procedencia también es importante pues el embarazo en las adolescentes tiene una visión diferente dependiendo de la zona de donde proceden en la zona rural éste es visto como normal, mientras que en la zona urbana esto no es así.

Sin embargo, Mendoza y Subiría (2012) señalan que según muestran las proyecciones de población derivadas del censo del 2007, el país es cada vez más urbano, y la población rural se reduce en términos absolutos, pasando de 8,3 a 7,2 millones. Esto, mientras a nivel nacional ha venido creciendo el número total de las gestantes adolescentes, pues, en tanto las prevalencias se mantenían relativamente estables, venía aumentando la población de este grupo de edad, que alcanzó su pico histórico en el año 2011. Según estas tendencias el área urbana, sobre todo la de menores ingresos, seguirá concentrando el mayor número de gestaciones en este grupo.

Referente a la ocupación de las adolescentes embarazadas 51,3% de ellas (20 adolescentes) manifestaron ser estudiantes, aunque algunas de ellas también serían amas de casa, es decir que realizan dos actividades, pero es reconfortante saber que en la actualidad para muchas adolescentes el embarazo no es una limitante para cumplir con su proyecto de vida y lograr sus aspiraciones; sin embargo 43,6% (17 adolescentes) refirieron ser amas de casa. Esta situación se constituye en un factor de riesgo para un embarazo reincidente. Pero también es una condicionante para no desarrollar en lo social ni en lo económico.

#### 4.2. Características familiares de las adolescentes embarazadas.

**Tabla 02. Características familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno perinatal Simón Bolívar. 2016.**

<b>Características familiares</b>		<b>n°</b>	<b>%</b>
Tipo de familia	Nuclear	24	61,5
	Extensa	3	7,7
	Monoparental	12	30,8
	<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
Grado de instrucción del padre de la adolescente	Sin instrucción	5	12,8
	Primaria incompleta	2	5,1
	Primaria completa	9	23,1
	Secundaria incompleta	10	25,6
	Secundaria completa	7	17,9
	Superior técnica	2	5,1
	Superior universitaria	4	10,3
		<b>39</b>	<b>100,0</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
Grado de instrucción de la madre de la adolescente	Sin instrucción	9	23,1
	Primaria incompleta	4	10,3
	Primaria completa	11	28,2
	Secundaria incompleta	6	15,4
	Secundaria completa	7	17,9
	Superior universitaria	2	5,1
		<b>39</b>	<b>100,0</b>
		<b>n°</b>	<b>%</b>
Estado civil de los padres de la adolescente	Madre soltera	2	5,1
	Casados	15	38,5
	Convivientes	18	46,2
	Madre viuda	1	2,6
	Separados	3	7,7
		<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

Se evidencia en la presente tabla que el tipo de familia predominante en el presente estudio es la familia nuclear a la que pertenecen 24 adolescentes embarazadas (61,5%); mientras que 12 adolescentes (30,8%) pertenecen a una familia

monoparental, es decir que viven solamente con la madre. Solamente 03 adolescentes (7,7%) pertenecen a una familia extensa.

El conocer la tipología familiar facilita el establecimiento de las condiciones del contexto económico y cultural que determinan tanto los significados como la aceptación por parte de la familia del embarazo de las adolescentes y asimismo el enfrentamiento a la gestación y sus consecuencias (6).

El embarazo adolescente, indistintamente cual sea el tipo de familia, influye en la estructura de la familia, dando origen a cambios en la composición, tipología y funcionalidad. En este sentido, la familia con adolescente embarazada vive un proceso que produce una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica, generando una problemática familiar que muchas veces repercute en las relaciones familiares que pueden comprometer la salud del adolescente, el recién nacido y la familia. La llegada de los hijos influye en la transformación de la estructura familiar (tipología y roles familiares) y en el funcionamiento familiar (34).

Los resultados del presente estudio guardan similitud con los encontrados por Guridi y cols. Quienes reportan en su estudio datos de la estructura familiar por tipologías mostrando que predominaron las familias nucleares (69 %), y familias extensas (4 %); con una diferencia porcentual de 7.5 y 3.7 puntos porcentuales respectivamente (6).

El 43,5% (17 adolescentes embarazadas) dijo que su padre tenía nivel educativo secundaria; 25,6% secundaria completa (10 adolescentes) y 17,9%, secundaria incompleta (09 adolescentes), solamente el 15,4% de ellas (06 adolescentes) dijo que su padre tenía algún nivel educativo superior; 10,3% (4 adolescentes) superior universitaria y 5,1% (02 adolescentes) superior técnica. Un significativo 12,8% (05 adolescentes) manifestó que su padre no tenía ningún nivel educativo.

En cuanto al nivel educativo de la madre solamente el 33,3% (13 adolescentes embarazadas) refirió que su madre tiene un nivel secundario: 15,4% (6 adolescentes) secundaria incompleta y 17,9% (7 adolescentes), secundaria completa; solamente el 5,2% (02 adolescentes) dijo que su madre tenía superior universitaria. Es sorprende observar que el 23,1% de adolescentes manifestó que su madre no tiene ningún nivel educativo.

Estos datos en primera instancia muestran una severa inequidad con una brecha de género significativa.

El INEI (2015), informa que al año 2014, las mujeres peruanas de 15 y más años de edad obtienen como promedio 9,9 años de estudio, lo que equivale a la casi culminación del cuarto año de secundaria y el inicio del quinto año, mientras que los hombres del mismo grupo de edad, obtienen 10,2 años de estudio como promedio, es decir cuarto año de secundaria completa e inicio de quinto año (35)

En lo que respecta al analfabetismo el INEI informa que en el Perú, entre la población adulta la brecha de género es todavía amplia principalmente en las adultas mayores, aun en el país alrededor de una tercera parte de las mujeres adultas mayores son analfabetas, en el caso de los hombres adultos mayores la tasa de analfabetismo se ubica en 9,4%, tasa inferior a la encontrada en el presente estudio (35).

No saber leer ni escribir constituye una de las más grandes desventajas personales y sociales que una persona puede tener. De hecho, se puede decir que esa condición margina, aísla y demerita a los individuos, incluso en su propio medio social. Sus implicancias repercuten en la integración social y productiva de las familias. La condición de analfabetismo impide a quienes la padecen estar plenamente incorporados a la sociedad, pues, impide su propia socialización y es probable que limite la de los hijos. Porque es un hecho reconocido que el capital cultural (no solo económico) de las familias tiene un impacto importante en la educación de sus descendientes, sobre todo en la educación sexual que ha dejado de ser un tabú y debe ser impartido desde edades muy tempranas (35).

El analfabetismo incrementa la vulnerabilidad económica, social y cultural de las personas y las familias que padecen ese lastre social, precisamente padres analfabetos no pueden brindar apoyo económico si una hija adolescente se embaraza tal vez acepten su situación, pero lo más probable es que la joven madre abandone sus estudios para convertirse en una ama de casa o trabajar con remuneraciones que solamente aumentará su pobreza, perpetuando de esta manera este ciclo que probablemente se repita en sus hijos.

Padres con mayores niveles educativos podrán educar en sexualidad y afectividad con mayor criterio, recordando que educar en sexualidad y afectividad va más allá que enseñar sobre las relaciones sexuales y los posibles riesgos que estas pueden

generar, como el embarazo o las infecciones de transmisión sexual, eliminando toda clase de tabúes, pues los jóvenes requieren de discusiones honestas y abiertas sobre estos temas para que logren un manejo adecuado de las situaciones que diariamente enfrentan, y desarrollen conductas responsables respecto a su sexualidad.

Al analizar el estado civil de los padres de las adolescentes, el 46,2% (18 adolescentes embarazadas) refirió que sus padres eran convivientes; el 38,5% (15 adolescentes) dijo que sus padres eran casados pero una importante cifra manifestó que sus padres eran separados en el 7,7% (03 adolescentes), de madre soltera en el 5,1% (02 adolescentes) de madre viuda en el 2,6% (01 adolescente).

El estado civil de los padres de una adolescente embarazada puede tener un abanico de repercusiones en la situación de la joven madre; en algunas circunstancias esta puede contar con el total apoyo de sus padres, en otras, al inicio uno de ellos es quien brinda mayor apoyo tanto emocional como económico, aunque más tarde, cuando se produce el nacimiento del bebé, por lo general son los dos padres quienes se constituyen en el pilar fundamental para que la adolescente continúe con su proyecto de vida. Pero también en ocasiones la adolescente es presionada para casarse o establecer un estado de convivencia y no en pocos casos, es desalojada del hogar. Iguales circunstancias se pueden presentar en casos donde la adolescente embarazada es soltera, viuda o separada constituyendo una familia monoparental

Teóricamente, las familias monoparentales, conformadas mayoritariamente por mujeres al frente del hogar, son propensas a mayores situaciones de vulnerabilidad entre los niños, niñas y adolescentes, que suelen pasar más tiempo solos en las casas mientras sus madres trabajan fuera, así como padecen la escasez de ingresos en la familia, lo cual requiere, en muchos casos, de la movilización de éstos en busca de dinero, ya sea a través de trabajos precarios, de la mendicidad, o de formas de explotación comercial, incluida la explotación sexual (36).

#### 4.3. Familiares con los que viven las adolescentes.

**Tabla 03. Familiar con el que viven las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.**

<b>Familiar con el que vive la adolescente embarazada</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sola	1	2,6
Padres	16	41,0
Pareja	20	51,3
Padres y pareja	1	2,6
Otros	1	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

La presente tabla permite notar que la mayoría de las adolescentes embarazadas (51,3%), vive con su pareja ya sea casada o en convivencia, el 41,0% ve con sus padres, solamente el 2,6% vive sola.

Es sabido que una adolescente que vive con alguien que le brinde apoyo económico y emocional estará protegida y podrá sobrellevar su embarazo sin mayores riesgos maternos o perinatales, de hecho la convivencia con familiares se constituye en un factor protector de riesgo de consecuencias de biopsicosociales.

Estos datos son similares a los encontrados por Estupiñán y Vélez (2012) quienes reportan que el 52,9% de las adolescentes embarazadas dijo convivir con sus padres con una diferencia porcentual de tan solo 1,6; pero difieren con los de Arias y cols. (2013) ellos determinaron que un 71,1% viven con sus progenitores (12).

Quintero y Rojas (2015) en su estudio encontró resultados similares, determinando que la mayoría de las adolescentes entrevistadas vive con la pareja e hijo 33% (4 casos), 25% (3 casos) vive con sus padres, 16% (2 casos) vive con sus padres y su pareja, 16% (2 caso) vive con los suegros y pareja, tan solo un 8% (1 caso) vive sola (37).

#### 4.4. Calidad de vida de las adolescentes embarazadas

**Tabla 04. Calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2016.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Buena	32	82,1
Mala	7	17,9
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

Se observa en la presente tabla que según el cuestionario de calidad de vida kidscreen-27, que 82,1% (32 adolescentes embarazadas), tiene una buena calidad de vida, expresada en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres, apoyo social y pares y entorno escolar, solamente en el 17,9% (7 adolescentes) los resultados correspondieron a una mala calidad de vida.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Soto y cols. (2015) quienes encontraron que el 76,9% de adolescentes embarazadas mostró una buena calidad de vida y solamente el 23,1% una mala calidad de vida con diferencias porcentuales de 5.2 puntos porcentuales en cada caso (3).

Es bastante comprensible encontrar estos resultados pues la mayoría de adolescentes embarazadas cuentan con familias funcionales que les propician un clima de apoyo, afectividad y aceptación frente a este nuevo evento como es el embarazo adolescente, sin mayores complicaciones obstétricas y con mínimas variaciones en su ritmo de vida habitual.

El porcentaje de adolescentes con calidad de vida mala se observa en las adolescentes que son madres solteras, procedentes de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico; esta condición afecta a las adolescentes porque la mayoría ven limitados sus proyectos de vida, ya que generalmente se ven obligadas a abandonar sus estudios, hecho que lleva a menor preparación para competir laboralmente y por ende, disminución en los ingresos económicos lo que afecta su calidad de vida y la del hijo por nacer.

#### 4.5. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas

**Tabla 05. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno perinatal Simón Bolívar. 2016.**

<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Familia funcional	21	53,8
Familia moderadamente funcional	16	41,0
Familia disfuncional	1	2,6
Familia severamente disfuncional	1	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En los datos que anteceden se puede observar que 53,8% (21 adolescentes embarazadas) pertenecen a familias funcionales; el 41,0% (16 adolescentes) a familias moderadamente funcionales, mientras que hay coincidencia entre el porcentaje de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales con 2.6% para cada uno; solamente el 2,6% (1 adolescente) pertenece a una familia disfuncional y otro 2,6% (1 adolescente) pertenece a una familia severamente disfuncional.

Estos datos difieren con los encontrados por Guridi y cols. (2012), ellos reportaron que las adolescentes embarazadas pertenecían a familias moderadamente funcionales en 68,0%; también difieren con los mostrados por Arias y cols. (2013), encontraron que las familias de las adolescentes embarazadas presentaron buena funcionalidad familiar en un 27,9%, cifra por debajo de la encontrado en el presente estudio; pero encontró familias con disfunción moderada en un 26,8%, dato superior al de la presente investigación. Soto y cols. (2015) de igual forma mostraron resultados disímiles informando en sus resultados que el 12,3% de las adolescentes embarazadas presentó disfunción familiar severa, 38,5% disfunción moderada; no obstante encontró un resultado similar respecto a familia funcional determinando que el 49,2% de las adolescentes pertenecieron a este tipo de familia con una diferencia porcentual de 4,6 puntos porcentuales (6,13,3).

Angoma y Poccopachi (2011) determinaron que la mayoría de las gestantes adolescentes de su estudio tenían una familia de tipo disfuncional en 90%, dato bastante alto comparado al encontrado en el presente estudio (15).

Díaz, R (2014) muestra que las familias de las madres adolescentes presentaron cohesión, comunicación, afectividad y asunción de roles muy buenos, armonía familiar bastante buena; adaptabilidad y permeabilidad menos favorables (13).

Los resultados encontrados en el presente disímiles en su mayoría con otras investigaciones, sea probablemente porque las familias actuales están cambiando de patrones, existen mayor número de hogares con unión estable ya sea casados o convivientes hecho que, en parte, permite un mejor funcionamiento de las familias. Pero también se podría sumir que la adolescente interpretó las preguntas del cuestionario en otro sentido, aun así, encontrar estos resultados es reconfortante, pues, las familias funcionales enfrentan las crisis unidas como grupo, buscando solución adecuada a los conflictos, los cuales estimulan la creatividad y favorecen el cambio. Las opiniones diversas son consideradas de manera positiva y se respeta la individualidad (6).

La familia como un sistema funcional es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de prevención primordial y primaria (38).

Con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis no transitorias, accidentales o paranormativas, que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente al núcleo familiar. El embarazo en la adolescencia puede generar, sin dudas, 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 (6).

Sin embargo, la familia es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales.

Las familias disfuncionales, son incapaces de enfrentar las crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe

confusión de roles. Repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema, lo que sugiere que este tipo de familia, en caso de un embarazo adolescente, no se constituirá en una fuente de apoyo, sino que por el contrario se presentarán situaciones de crisis, violencia física y psicológica.

Es preciso recordar que la familia como grupo potencial del desarrollo Psíquico y emocional de la adolescente embarazada debe afrontar el proceso de gestación en primer lugar aceptando el mismo y buscando el crecimiento de la adolescente, no como un proceso crítico lleno de limitaciones y cuidados exagerados que alejen a la gestante de una individualidad propia, sino que por contrario deben fortalecer su autoestima crear una imagen de sí misma con justa valoración de sus capacidades, teniendo en cuenta sus necesidades como ser social que se desarrolla en un momento histórico dado y como ser activo e independiente que es capaz de aportar a la sociedad sus experiencias, fracasos y motivaciones. Por lo que la familia debe permitir que la adolescente encuentre un equilibrio entre sus necesidades y sus capacidades, se reconozca en su desempeño de su nuevo rol de madre pero que no lo conjugue con sentimientos de inferioridad, ni en otro extremo intente negar los sentimientos que su afección le provoca.

Por tanto, es posible que ante un embarazo precoz la familia pueda ajustar sus funciones de forma productiva, y no afectar el crecimiento sano de la embarazada adolescente y su bebé, logrando satisfacer sus necesidades, propiciando un ambiente interno y externo que le posibilite a ésta las herramientas necesarias para adaptarse a la nueva etapa de su vida.

#### 4.6. Calidad de vida y funcionalidad familiar

**Tabla 06. Calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.**

Calidad de vida	Funcionalidad familiar								Total	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Buena	20	62,5	12	37,5	0	0,0	0	0,0	32	82,1
Mala	1	14,3	4	57,1	1	14,3	1	14,3	7	17,9
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>16</b>	<b>41,0</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 12.163$$

$$p = 0.007$$

En la presente tabla se puede observar que del 82,1% (32 adolescentes embarazadas) con una calificación de buena calidad de vida, el 62,5% de adolescentes pertenece a una familia funcional y el 37,5% a una familia moderadamente funcional; en cambio del 17,9% con mala calidad de vida, el 14,3% pertenece a una familia funcional, pero el 57,1% de adolescentes de este mismo grupo, pertenece a una familia moderadamente funcional; sin embargo, también, el 14,3% de adolescentes pertenece a una familia disfuncional y en el mismo porcentaje a una familia severamente disfuncional.

Es fácilmente percibir que las adolescentes que pertenecen a familias funcionales tienen una buena calidad de vida, ya que este tipo de familia se constituye en un factor protector de riesgo de múltiples eventos negativos en la vida de la adolescente. La calidad de vida de un adolescente es buena en tanto tiene la posibilidad de continuar estudiando y con ello conseguir mejores oportunidades laborales en el futuro, de contar en el momento con apoyo económico, afecto y comprensión. Una familia funcional no hará a su hija perder su valor como persona, no la juzgará, más bien verán al embarazo como una experiencia parte del aprendizaje de la vida y

Estupiñán y col. (2012) afirman que la calidad de vida de las madres adolescentes está ligada a la condición de sus relaciones familiares. Su productividad personal, expresión emocional, salud y seguridad se toman dependientes, pero pueden ser

fortalecidas con la aceptación del compromiso que genera la maternidad en su entorno familiar (12).

Arias y cols. (2011), por su parte sostienen que es importante a las adolescentes que viven en el proceso de la maternidad se les apoye, se les brinden la atención necesaria (39).

Estadísticamente, existe relación significativa entre las variables calidad de vida y funcionalidad familiar según  $X^2 = 12.163$  y el coeficiente  $p = 0.007$

**Tabla 07. Bienestar físico como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.**

Bienestar físico	Funcionalidad familiar								Total		
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional				
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Bueno	16	57,1	11	3,3	0	0,0	1	3,6	28	71,8	
Malo	5	45,5	5	45,5	1	9,1	0	0,0	11	28,2	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>16</b>	<b>41,0</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	
X <sup>2</sup> = 3,212								p = 0.360			

**Fuente:** datos recolectados por la autora

Se evidencia en los presentes datos que del 71,8% de adolescentes embarazadas que han obtenido puntuación de una buena calidad de vida en la dimensión bienestar físico; el 57,1% pertenece a una familia funcional, el 3,3% a una familia moderadamente funcional; solamente el 3,6% de ellas pertenece a un familia severamente disfuncional; de igual forma del 28,2% de adolescentes embarazadas con una puntuación de calidad de vida mala en esta dimensión en igual porcentaje (45,5%) pertenece a una familia funcional y moderadamente funcional . Ninguna adolescente con calidad de vida buena en la dimensión *bienestar físico* pertenece a una familia disfuncional, en tanto que el 9,1% de adolescentes con calidad mala de vida en esta dimensión perteneció a este tipo de familia.

A pesar de no existir una relación importante entre las dos variables, se puede observar que el tipo de familia puede influir en la calidad de vida de la adolescente en la dimensión de bienestar físico, pues cada adolescente está influenciado por las diferentes circunstancias que ocurren en torno a su familia y su medio sociocultural en el cual vive: la geografía del lugar en el que se halla, el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y la nutrición afectiva y alimentaria que recibió en el seno de su hogar y naturalmente por las relaciones familiares cuyo papel es fundamental en el bienestar de sus miembros.

Una adolescente perteneciente a una familia disfuncional, podría ser que tenga problemas nutricionales ya sea desnutrición u obesidad ocasionada más por problemas psicológicos existentes en la familia que podrían dificultar el desarrollo del embarazo; es frecuente además, que pueda presentar complicaciones obstétricas como parto pretérmino, aborto, bajo peso al nacer, preeclampsia, etc. Sin olvidar que

esta situación de la adolescente también influirá en etapas posteriores y en las generaciones futuras.

La Organización Panamericana de la Salud (2010), señala que la salud de la adolescente es la resultante del desarrollo de las etapas anteriores y de los efectos de las circunstancias presentes. La falta de trabajo del padre o del que cumple ese rol y la pérdida del lugar de proveedor en la familia se acompaña de la pérdida del valor de la palabra, de crisis en la familia y de crisis en la adolescente; la separación de los padres, etc... Esto genera un malestar que los miembros de la familia expresarán de diferente manera: ansiedad, depresión, somatizaciones, violencia, desesperanza y falta de bienestar físico (40).

Se puede observar que el 45,5% de adolescentes que tienen mala calidad de vida en el bienestar físico pertenezcan a una familia moderadamente funcional, en la que ya suelen presentarse algunos problemas que afectan a sus miembros y que se refleja en un deterioro de su bienestar físico.

Estupiñán y Vélez (2012) en su estudio sobre calidad de vida determinó dimensiones diferentes siendo similar la dimensión relaciones armónicas con el ambiente físico y social, donde determinó que la aceptación de la maternidad por parte de la madre adolescente parece relacionarse con la aceptación familiar, y esta, a su vez, lo hace con la historia familiar de maternidad adolescente, lo cual incide en que la principal fuente de apoyo sea la madre de la joven y en que la relación entre ellas tienda a mejorar, ya que la madre muestra una actitud de aceptación hacia su hija y su nieto. Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables bienestar físico y funcionalidad familiar, según  $p = 0.360$ .

**Tabla 08. Bienestar psicológico como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.**

Bienestar psicológico	Funcionalidad familiar								Total		
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional				
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Bueno	19	65,5	10	34,5	0	0,0	0	0,0	29	74,4	
Malo	2	20,0	6	60,0	1	10,0	1	10,0	10	25,6	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>16</b>	<b>41,0</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	
$X = 9,841$								$p = 0.020$			

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la dimensión psicológica de calidad de vida de las adolescentes embarazadas, se puede observar que del 74,4% de adolescentes con buena calidad de vida, el 65,5% pertenecía a una familia funcional y el 34,5% a una familia moderadamente funcional; mientras que del 25,6% de adolescentes con mala calidad de vida, en esta dimensión, solamente el 20,0% pertenece a una familia funcional, el 60,0% a una familia moderadamente funcional, el 10,0% a una familia disfuncional y otro 10% a una familia severamente disfuncional.

El bienestar psicológico de una adolescente embarazada es de suma importancia porque le permitirá afrontar su nueva situación, la misma que requiere tranquilidad, responsabilidad y un disfrute de todo lo necesario para conseguir un embarazo sin complicaciones y el desenlace de un parto feliz, con el nacimiento de un niño en buenas condiciones y una madre capaz de continuar con su proyecto de vida. Si la adolescente carece de bienestar psicológico va a sentir que la incertidumbre con respecto al futuro la paraliza y no podrá desarrollarse adecuadamente, probablemente tendrán limitaciones para hallar nuevas estrategias de supervivencia y de desarrollo emocional y social.

La Organización Panamericana de la Salud (2010) señala que, las adolescentes con un bienestar psicológico, que alcanzan su pleno desarrollo van sumando habilidades que favorecen un nuevo posicionamiento frente al mundo y una mayor autonomía. Afirman la identidad sexual y la capacidad de intimar. Adquieren la capacidad de diálogo, de negociación y de defensa de los valores personales. Alcanzan logros intelectuales, vocacionales y laborales que les permiten construir un proyecto de futuro. También afirma que vivencias positivas de la infancia, en una familia funcional,

contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa. Los niños que viven rodeados de amor y de fortaleza en sus hogares aprenden a no sentir temor ante sus propios sentimientos y pensamientos y progresan en su desarrollo emocional. Van adquiriendo la seguridad esencial para sentirse libres, para poder jugar, aprender y para sentirse responsables sobre todo en situaciones trascendentales. El embarazo y la maternidad pueden vislumbrarse de alguna forma (consciente o inconscientemente) como la solución a todas las problemáticas. La maternidad muchas veces se convierte en la única alternativa de proyecto de vida, se sienten representadas, en un intento de autoafirmación de su integridad corporal, de su valor como persona, así como la posibilidad de adquirir una posible identidad de adulto (41).

Es preciso evidenciar que del 25,6% de adolescentes con calidad de vida mala en la dimensión bienestar psicológico, solamente el 20% pertenece a una familia funcional; el 60% pertenece a una familia moderadamente funcional, el 10% a una familia disfuncional y 10% a una familia severamente disfuncional. Según estos datos un buen porcentaje de adolescentes embarazadas carecen de bienestar psicológico factor de riesgo para trastornos emocionales como ansiedad y depresión que pueden repercutir en su bienestar. Para estas adolescentes posiblemente les sea más difícil aceptar su embarazo, protegerlo y llevarlo a la culminación, pudiendo recurrir al aborto, o entregar en adopción a su hijo.

Pasqualini (2010) señala que cuando el ambiente adulto no es capaz de sostenerlos ni de acompañarlos, las heridas narcisistas asociadas a fallas tempranas en los vínculos familiares y/o a sucesivas frustraciones escolares y sociales ponen a prueba al sujeto, y pueden aparecer diferentes expresiones de desamparo, como por ejemplo, «conductas de autodestrucción o antisociales (40).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables bienestar psicológico y funcionalidad familiar según  $p = 0.020$ .

**Tabla 09. Autonomía y relación con los padres como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.**

Autonomía y relación con los padres	Funcionalidad familiar								Total	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Bueno	14	70,0	5	25,0	1	5,0	0	0,0	20	51,3
Malo	7	36,8	11	57,9	0	0,0	1	5,3	19	48,7
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>16</b>	<b>41,0</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
X = 6,562							p = 0.087			

**Fuente:** datos recolectados por la autora

Se puede notar que del 51,3% de adolescentes embarazadas con buena calidad de vida, en la dimensión autonomía y relación con los padres, el 70% pertenece a una familia funcional, el 25,0% a una familia moderadamente funcional y el 5% a una familia disfuncional; del 48,7% de adolescentes embarazadas con mala calidad de vida en la dimensión autonomía y relación con los padres, el 36,8% pertenece a una familia funcional, el 57,9% a una familia moderadamente funcional; el 5,3% a una familia severamente disfuncional.

La autonomía es la base para aprender de manera constante durante toda la vida. Ésta se ve fortalecida a medida que los niños, niñas y adolescentes van adquiriendo responsabilidades y son conscientes de que ellas son responsables de sus propias acciones y decisiones. Crecer con autonomía y responsabilidad les proporcionará un grado de madurez para enfrentarse a la vida y para ser más felices. La familia es el primer espacio de socialización del niño y la niña. Es en ese entorno donde se encuentran los modelos de aprendizaje, empiezan a desarrollar habilidades sociales, capacidades y se establecen vínculos socio-emocionales que proporcionan las bases de seguridad para el desarrollo de sus aptitudes y actitudes interpersonales (42).

Desde esta perspectiva el alto porcentaje de adolescente embarazada con buena calidad de vida en esta dimensión podrá conducir su embarazo con responsabilidad, acudir a sus controles prenatales, seguir las indicaciones del personal de salud, respecto del cuidado de su embarazo y aceptará a su niño a quien protegerá y le brindará una seguridad en su futuro. Ello no ocurrirá en adolescentes con una calidad de vida mala en esta dimensión, las adolescentes embarazadas probablemente no

tengan una buena relación familiar y van a tener problemas para tomar decisiones saludables y adecuadas, incluso van a ocultar su embarazo hasta etapas muy tardías, pero muchas veces con consecuencias desagradables por las complicaciones obstétricas que pueden presentarse.

Desde el enfoque de la salud, cuando hay mala calidad de vida en la dimensión autonomía y relación con los padres, se observa que la joven tiende a padecer diversas complicaciones como: partos prematuros; también se puede presentar estados de depresión en la madre, etc. En ocasiones existen complicaciones en el embrión como malformaciones y partos por cesáreas, con altas probabilidades de aborto. Desde un enfoque social, los padres adolescentes tienden a contraer matrimonios tempranos o forzados, alcanzan menores niveles de educación, sin mencionar las consecuencias de tener hijos no deseados (43).

Cruz (2011) al respecto señala que el embarazo de adolescentes es un problema social multifactorial que vincula a las dimensiones médicas, socioculturales, psicológicas y económicas, presentándose cada vez con mayor frecuencia, afectando tanto al individuo, familia y sociedad. El embarazo adolescente no sólo afecta a los padres adolescentes si no que se ve reflejado en la sobrepoblación, nivel académico y nivel económico de una familia. La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás (43).

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables autonomía y relación con los padres y funcionalidad familiar según  $p = 0.087$

**Tabla 10. Apoyo social y pares como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016.**

Apoyo social y pares	Funcionalidad familiar								Total	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Bueno	14	58,3	10	41,7	0	0,0	0	0,0	24	61,5
Malo	7	46,7	6	40,0	1	6,7	1	6,7	15	38,5
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>16</b>	<b>41,0</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
X = 3,440								p = 0.329		

**Fuente:** datos recolectados por la autora

Puede evidenciarse en la presente tabla que del 61,5% de adolescentes que ostentan una buena calidad de vida en la dimensión apoyo social y pares; el 58,3% pertenece a una familia funcional y el 41,7% a una familia moderadamente funcional. Mientras que el 38,5% de las adolescentes embarazadas tienen mala calidad de vida; donde el 26,7% pertenecen a una familia funcional; el 40,0% a una familia moderadamente funcional y se observa una coincidencia de 6,7% entre familia disfuncional y severamente disfuncional.

El apoyo social que obtengan las adolescentes en etapas y situaciones estresantes se constituye en un elemento indispensable para la salud, para su aceptación propia y su propio bienestar. Las redes sociales, son emocionalmente significativas para las adolescentes embarazadas y son quienes brindan el apoyo social, sobre todo en el momento más difícil como es el embarazo, es posible de igual forma que la aceptación, el deseo de tenerlo y protegerlo, provengan de esta fuente, pero es la familia quien permite que sus miembros cuenten con redes de apoyo social.

Orcasita (2010) señala que las redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano (20). Teniendo en cuenta esta distinción, el apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto. El concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida. Festinger referido por

Estupiñán (2012), propuso que este deseo de buscar compañía de otra persona en situaciones de temor o ansiedad es debido a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conductas) teniendo como base las experiencias en el interior de una familia (20).

Existen investigaciones que demuestran que las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar los efectos adversos de diferentes situaciones tensionantes, además que las personas que se encuentran en mejores condiciones psicológicas y físicas son aquellas que mantienen un mayor número de interacciones o se hallan integrados socialmente a diferencia de aquellas personas en condiciones de aislamiento o poca integración. Algunos autores señalan que el apoyo social, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de sucesos estresantes (20), por su parte Caplan, referido por Orcasita (2010) enfatiza en el apoyo social como una función básica de la red social que tiende a mantener la integridad física y psicológica del individuo. Desde entonces, el apoyo social ha sido abordado como temática de gran interés, teniendo en cuenta las constantes transformaciones sociales y de modernización que de alguna forma inciden en el debilitamiento y deterioro de los lazos sociales; repercutiendo en diversas problemáticas que afectan la salud, el bienestar y calidad de vida de las personas que integran dichas sociedades, por eso es necesario destacar la importancia que tiene la ayuda que reciben los individuos de los sistemas sociales informales (familia, amigos, vecinos) sobre su salud, sin afirmar que siempre sean beneficiosos. Otro aspecto que destaca la importancia del apoyo social es el concepto de salud mental que se ha trabajado durante los últimos años, ya que ha tenido en cuenta los factores psicosociales como un factor determinante en la salud de los individuos de la sociedad. De esta forma el apoyo social tiene un papel significativo en la salud y el bienestar psicológico (20).

La mala calidad de vida en esta dimensión se refleja en la falta de apoyo por parte de amigos y familiares probablemente por una mala comunicación, y con repercusiones negativas para el bienestar psicosocial de las adolescentes, precisamente Gracia y Herrero (2006), afirman que la desorganización, desintegración social y la disolución de las redes de apoyo social y de grupos sociales, es un factor clave en la génesis de problemas psicosociales. Estadísticamente no existe relación entre las variables apoyo social y pares y funcionalidad familiar según  $p = 0.329$ .

**Tabla 11. Entorno escolar como dimensión de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, según funcionalidad familiar. 2016**

Entorno escolar	Funcionalidad familiar								Total	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Bueno	18	54,5	15	45,5	0	0,0	0	0,0	33	84,6
Malo	3	50,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	6	15,4
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>16</b>	<b>41,0</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	<b>2,6</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
X = 12.045									0.007	

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la presente tabla se logra observar que del 84,6% de adolescentes con buena calidad de vida en la dimensión entorno escolar, el 54,5% pertenece a una familia funcional y el 45,5% a una familia moderadamente funcional; mientras que el 15,4% de adolescentes embarazadas con mala calidad de vida en la dimensión entorno escolar, solamente el 50,0% pertenece a una familia funcional, mientras que un 16,7% pertenece a una familia moderadamente funcional, el 16,7% pertenece a una familia disfuncional y 16,7% a una familia severamente disfuncional.

El alto porcentaje de adolescentes embarazadas con buena calidad de vida en esta dimensión evidencia que esta ha sido aceptada sin censuras y sin críticas por parte de docentes y compañeros, ello permitirá que la adolescente continúe sus estudios y pese a la responsabilidad de ser madre, continuar adelante pues es el único recurso que le permitirá romper con el círculo vicioso de la pobreza; no sucede así con quienes obtuvieron una puntuación de calidad de vida mala, en este caso probablemente las adolescentes hayan abandonado sus estudios y se dediquen a las labores de casa en condiciones de convivencia con su pareja, en estas circunstancias las adolescentes embarazadas pierden su círculo de amigas y se encuentran sin relaciones comprensivas o amistades fuertes que le brinden apoyo.

La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones tanto cotidianas como eventuales, como aquéllas vinculadas con el desarrollo escolar y futuro laboral. Dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres. La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud. La permanencia escolar

favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad. Asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes. El abandono escolar o rezago educativo provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social (44).

Sin embargo; de acuerdo con los estudios, la familia, en términos generales y desde su diversidad, sigue siendo la única instancia de apoyo que tienen las adolescentes embarazadas y madres. Muchas de las familias propias terminan aceptando la situación, incluso frente a circunstancias difíciles, y acogen a la adolescente, a su bebé y en algunos casos a su pareja (45).

Cuando se alude a “la familia” se hace referencia, por lo general, a un contexto familiar de cobijo, protección y apoyo para la adolescente embarazada, que puede o no ser la propia familia. El temor al abandono —de la pareja, de la familia, de la sociedad en general— es, uno de los miedos más importantes que acompaña al embarazo adolescente. Por otro lado, la familia juega un rol preponderante en las decisiones e implicaciones del embarazo; por ejemplo, en la continuidad de los estudios. El apoyo necesario no se circunscribe a cuestiones prácticas para viabilizar la asistencia a la escuela, sino también en aspectos emocionales, de orientación, de confianza y empoderamiento (45); La adolescente embarazada o adolescente madre tiene derecho a la participación en el campo educativo, con las mismas obligaciones y reglas por cumplir, con puntualidad y disciplina (37).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables entorno escolar y funcionalidad familiar, según  $p = 0.007$ .

## CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los factores sociodemográficos que caracterizaron a las adolescentes embarazadas fueron que la mayoría perteneció al grupo etáreo de 15-19 años (adolescencia tardía), con grado de instrucción secundaria incompleta, convivientes, procedentes de la zona urbana y estudiantes.
2. La mayoría de las adolescentes embarazadas refirieron pertenecer a una familia nuclear, el padre cuenta con secundaria incompleta, la madre con primaria completa, y el mayor porcentaje de los padres son convivientes.
3. El familiar con el que vive la adolescente embarazada es con su pareja mayoritariamente.
4. El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas pertenece a una familia funcional.
5. La mayoría de las adolescentes embarazadas tienen una calidad de vida buena, en cada una de las dimensiones.
6. Se encontró relación significativa entre la calidad de vida en general y la funcionalidad familiar según  $p = 0.007$ .
7. Se encontró relación significativa entre las dimensiones: bienestar psicológico y entorno escolar de la calidad de vida y la funcionalidad familiar según  $p = 0.020$  y  $p = 0.007$ , respectivamente.

## SUGERENCIAS

1. Al Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, realizar campañas de prevención del embarazo adolescente y promover actitudes positivas en las familias que tienen adolescentes embarazadas, frente a la situación de sus hijas.
2. A la Universidad Nacional de Cajamarca propiciar investigaciones de esta naturaleza, bajo un enfoque cualitativo para conocer las vivencias de las adolescentes que están transitando por esta experiencia.
3. A la escuela Académico Profesional de Obstetricia realizar campañas y ferias de consejería dirigidas a los padres de familia para que sepan cómo actuar frente a una hija adolescente a fin de postergar sus relaciones sexuales y fomentar una sexualidad responsable en ellas.
4. A las autoridades se les sugiere coordinar con los docentes de los centros educativos que albergan adolescentes embarazadas o madres adolescentes, para que se las integre en programas educativos; y puedan culminar los estudios básicos de educación académica o bien se les brinde la opción de la educación técnica para que puedan luego insertarse en el mercado laboral.
5. A los futuros tesisistas, la realización de investigaciones en otras realidades y con una muestra mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección de Salud y Bienestar de la Municipalidad de Guatemala. Liderando el cambio hacia estilos de vida saludables. Informe técnico. Guatemala; 2012.
2. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Informe de investigación. Bogotá - Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
3. Soto F, León I, Castañeda O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Atención Familiar*. 2015; 22(3): p. 64-67.
4. UNICEF. Únete por la niñez. Panamá; 2014.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Lima; 2014.
6. Guridi M, Franco V, Guridi Y, Cabana D. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Revista de Psicología de la salud*. 2015; 17.
7. Valdivieso C. El embarazo adolescente; un problema de salud pública. Disertación previa a la obtención del título de economista. Quito - Ecuador: Universidad Católica del Ecuador; 2013.
8. Aldenete J. et al. Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. Lima - Perú; 2012 Marzo.
9. Fondo de Población de las naciones Unidas (UNFPA). Prevención del embarazo adolescente. Informe técnico. Lima - Perú; 2012.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014 Lima - Perú; 2014.
11. Quintero A, Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*. 2015; 44: p. 222-237.
12. Estupiñán M, Vélez D. Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2012 Abril 28; 41(3): p. 536-549.

13. Arias C. et al. Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en Centros de ASSBASALUD ESE, Manizales. Colombia. Archivos de Medicina. 2013; 13(2).
14. Díaz R. Funcionamiento de las familias de madres menores de 21 años atendidas en el Hospital Vicente Corral. Informe final. Cuenca - Ecuador; 2014.
15. Angoma L, Poccorpachi D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
16. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. Estrategia mundial sobre régimen en alimentación, actividad física y salud. Ginebra; 2013.
17. Escalante Y. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. Revista de salud pública. 2011 Agosto; 84: p. 325-328.
18. Benatuil D. El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. Psicología, cultura y sociedad. 2009.
19. Bernal A y Rivas, S. Relaciones padres e hijos. Informe final de una investigación. España; 2012.
20. Orcasita L. La importancia del apoyo social en el bienestar. Colombia: Universidad Javeriana Cali - Colombia; 2010.
21. Mateos T. La percepción del contexto escolar. Una imagen construida a partir de las experiencias de los alumnos. Cuestiones pedagógicas. 2009; 19: p. 285-300.
22. Álvarez S. Medicina General Integral. Vol. I La Habana; 2008.
23. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 2013 Agosto 21; 30(3): p. 471-479.
24. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Resultado Nacional, Instituto Nacional de Salud Pública. [Online].; 2012 [cited 2014 Noviembre 4. Available from: [http://med.unne.edu.ar/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista107/emb_adolescencia.html).
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia. Una época de oportunidades. Técnico. Nueva York; 2011.
26. Gamboa C. "El embarazo en adolescentes". Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. 2013.
27. Molina T. et al. Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN - 27. Revista Médica de Chile. 2014; 142: p. 1415 - 1421.
28. López F. ALC: pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes. Informe técnico. Guatemala; 2013.

29. Campana M. Embarazo en adolescentes, un problema en aumento en Moquegua. Informe. Moquegua; 2014.
30. Claros A. Adolescentes multigestas: aspectos socioculturales. Revista Paediatrica. 2006; 8(1).
31. Nakandakari M, De la Rosa D, Jaramillo J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. Artículo original. Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista.; 2012.
32. Huanco D, Ticona M, Ticona V, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(2): p. 122-128.
33. Contreras H, Mori E, Rojas D. Cuando los padres están ausentes. El involucramiento de la pareja y la estigmatización en la embarazada adolescente de Lima. Investigación. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014.
34. Veloza M. Salud familiar en familias con adolescentes gestantes. Avances em enfermería. 2012; XXX(1): p. 75-81.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Brechas de género 2015. Avances hacia la igualdad entre mujeres y hombres Lima; 2015.
36. Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar. Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América Latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. Informe técnico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2011.
37. Guapizaca M, Pintado P. Embarazo precoz y sus impactos en el rendimiento escolar y entorno familiar de las adolescentes de los colegios "Santa María de Jesús, Ciudad de Cuenca; "Manuel J. Calle". Tesis. Chile: Universidad de Cuenca; 2015.
38. Szwako A. Relación entre funcionalidad familiar y síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. Revista de salud pública Paraguaya. 2014 Enero - junio; 4(1).
39. Arias A.et al. Maternidad adolescente: herramientas para una mejor calidad de vida. Medicina legal de Costa Rica. 2011; 28(1).
40. Pasqualini D, Llorens A. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
41. Barra L. Adolescentes embarazadas y rendimiento escolar. Tesis para optar el título de Asistente Social. Santiago: Universidad Academia de Huamnismo Cristiano; 2007.

42. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Salud y participación adolescente. Uruguay; 2015.
43. Cruz M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. Margen. 2011 Junio;(61).
44. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo EEF, E. DIV. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional. Salud pública. 2015; 57: p. 135-143.
45. UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Informe final. Panamá; 2014.

## ANEXO 01

### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

##### Edad:

10- 14 años ( )      15-19 años ( )

##### Grado de instrucción:

Sin instrucción ( )      Primaria incompleta ( )

Primaria completa ( )      Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )      Superior técnica ( )

Superior universitaria ( )

##### Estado civil:

Soltera ( )      Casada ( )      Conviviente ( )

Viuda ( )

##### Ocupación

Estudiante ( )      Ama de casa ( )      Empleada del

Hogar ( )      Desocupada ( )      Otro ( ) Especifique:..

.....

##### Procedencia:

Zona urbana ( )      Rural ( )

##### Religión

Católica ( )      No católica ( )

##### Tipo de familia

Nuclear ( )      Extensa ( )      Monoparental ( )

**Grado de instrucción de los padres:**

**Padre:**

Sin instrucción	( )	Primaria incompleta	( )
Primaria completa	( )	Secundaria incompleta	( )
Secundaria completa	( )	Superior técnica	( )
Superior universitaria	( )		

**Madre:**

Sin instrucción	( )	Primaria incompleta	( )
Primaria completa	( )	Secundaria incompleta	( )
Secundaria completa	( )	Superior técnica	( )
Superior universitaria	( )		

**Estado civil de los padres**

Soltera	( )	Casada	( )	Conviviente	( )
Viuda	( )	Separados	( )		

**¿Con quién vive actualmente?**

Con sus padres	( )	Abuelos	( )	Tíos	( )
Suegros	( )	Pareja	( )		

¿Cuándo sus padres se enteraron de su embarazo cómo reaccionaron?

.....

¿Cuándo sus padres se enteraron de su embarazo que edad gestacional tenía Ud.?

.....

¿Recibe el apoyo de sus padres ahora que está embarazada?

.....

## ANEXO 02

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA KIDSCREEN-27

N°	Dimensión/item	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	siempre
	<b>BIENESTAR FÍSICO</b>					
1	En general ¿Dirías que tu salud es buena?					
2	¿Te has sentido bien y en buen estado físico?					
3	¿Has estado físicamente activa (corriendo, caminando en bicicleta, etc.)?					
4	¿Has sido capaz de correr sin dificultad?					
5	¿Te has sentido lleno de energía?					
	<b>BIENESTAR PSICOLÓGICO</b>					
6	¿Has disfrutado de la vida?					
7	¿Has estado de buen humor?					
8	¿Lo has pasado bien?					
9	¿Te has sentido triste?					
10	¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?					
11	¿Te has sentido sola?					
12	¿Has estado contenta con tu forma de ser?					
	<b>AUTONOMIA Y RELACIÓN CON LOS PADRES</b>					
13	¿Has tenido suficiente tiempo para tí?					
14	¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?					
15	¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para tí?					
16	¿Tu mamá y/o papá te han tratado en forma justa?					
17	¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?					
18	¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigas?					
19	¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?					
	<b>APOYO SOCIAL Y PARES</b>					
20	¿Has pasado tiempo con tus amigo/as?					
21	¿Lo has pasado bien con tus amigo/as?					
22	¿Tú y tus amigo/as se han ayudado entre ustedes?					
23	¿Has podido confiar en tus amigo/as?					
	<b>ENTORNO ESCOLAR</b>					
24	¿Te has sentido feliz en el colegio?					
25	¿Te ha ido bien en el colegio?					
26	¿Has sido capaz de poner atención?					
27	¿Te has llevado bien con tus profesores?					

**Interpretación:**

≥ 100 puntos indica una buena calidad de vida

< De 100 puntos indica una mala calidad de vida

## ANEXO 03

### CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2 En mi casa predomina la armonía					
3 En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles					
8 Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

#### Interpretación

1. Familia funcional 70-57
2. Familia moderadamente funcional 56-43
3. Familia disfuncional 42-28
4. Familia severamente disfuncional 27- 14

## ANEXO 04

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, -----, identificado con DNI. N<sup>a</sup> ..... he leído y comprendido la información respecto al presente estudio y mis preguntas serán respondidas de manera versátil. Además declaro que he sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Fecha: .....

.....

Firma de la gestante