

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



CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA MICRORED DE MOCHE, 2017

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

BACH. VANESSA YOLANDA YSLA CEDEÑO

ASESORA:

DRA. JOSEFA MAGDALENA CABRERA DÍAZ

TRUJILLO - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA MICRORED DE MOCHE, 2017**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

BACH. VANESSA YOLANDA YSLA CEDEÑO

ASESORA:

DRA. JOSEFA MAGDALENA CABRERA DÍAZ

TRUJILLO - PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis queridos Padres Virginia y Arnulfo, por ser mis pilares, por demostrarme siempre su cariño, comprensión, trabajo y sacrificio. Por su apoyo incondicional, por sus sabios consejos y enseñanzas para ser perseverante con mis ideales. Gracias por confiar en mí. Esto es para ustedes. ¡Los Amo!

Al mejor regalo de Dios mis hijos Valeria y Benjamín, Por ser mi fuente de inspiración y motivación a seguir adelante día a día, sin mirar atrás. A mi esposo Christian, Por su apoyo incondicional, amor y fortaleza. A mis suegros Flor y Feliciano, les agradezco de todo corazón por su paciencia, consejos y apoyo incondicional.

¡Los Amo!

Vanessa

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, quien me ha dado la fortaleza de continuar y superar las barreras para alcanzar mis metas con éxito.

A la **Dra. Josefa Magdalena Cabrera Díaz**, quien con sus conocimientos y dedicación supo guiar el desarrollo de la presente tesis, por contar con su disposición para escuchar y resolver mis dudas.

Vanessa

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
.	
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOii
TABLA DE CONTENIDOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I.INTRODUCCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	31
III. RESULTADOS	37
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla III. 1	Pág.
Edad de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017	38
Tabla III. 2	
Tipología familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 201734	39
Tabla III. 3	
Ciclo vital familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017	40
Tabla III. 4	
Nivel de funcionamiento familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017	41

RESUMEN

La presente investigación descriptiva transversal, se desarrolló con la finalidad de caracterizar el entorno familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los establecimientos de salud de la Micro Red de Moche, 2017. La muestra estuvo constituida por un total de 30 adolescentes gestantes, se aplicó una ficha de datos de la caracterización del entorno familiar de la adolescente gestante y una Escala de evaluación de funcionamiento familiar. Las conclusiones indican que se encontró edades entre 10 y 13 años en el 16.7% de las adolescentes evaluadas, entre 14 y 16 años en un 50% y con edades entre 17 y 19 años el 33.3% de las adolescentes gestantes, el tipo de familia que más sobresalió fue la monoparental y reconstruida en un 33.3% para cada grupo de gestantes evaluadas, en el Ciclo vital familiar de las adolescentes se encontró un 50% estaba compuesto por familia en expansión y para el nivel de funcionamiento familiar de las adolescentes gestantes se encontró que el 50% de gestantes alcanzó un nivel de funcionamiento malo, el 40% regular y el 10% bueno.

Palabras claves: Entorno familiar, gestante, adolescente.

ABSTRACT

The present cross-sectional descriptive investigation was developed with the purpose of characterizing the family environment of the pregnant adolescents attended in the health facilities of the Micro Network of Moche, 2017. The sample consisted of a total of 30 pregnant adolescents, one was applied data sheet on the characterization of the family environment of the pregnant adolescent and a family functioning assessment scale. The conclusions indicate that ages between 10 and 13 years were found in 16.7% of the adolescents evaluated, between 14 and 16 years old in 50% and between ages 17 and 19, 33.3% of pregnant adolescents, the type of family the most outstanding was the one-parent and reconstructed in 33.3% for each group of pregnant women evaluated, in the family life cycle of the adolescents, 50.0% were found to be composed of expanding families and for the level of family functioning of the Pregnant adolescents were found that 50% of pregnant women reached a bad performance level, 40% regular and 10% good.

Key words: Family environment, pregnant, adolescent.

I. INTRODUCCIÓN

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, viene a ser el elemento natural, fundamental en el medio social que tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En diferentes países occidentales, el concepto de la familia y su composición han variado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos (1).

Las relaciones principales que definen a una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad producto del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio la unión de dos personas y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se forman entre los hermanos que descienden de un mismo padre (1).

En diferentes sociedades, especialmente en Estados Unidos y Europa occidental, se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de familias se encuentran familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos (2).

Según la revista de World Family Map, las familias biparentales son cada vez más escasas en diferentes regiones del orbe. En Asia, Oriente Medio, la posibilidad es mayor que en otras partes del mundo. El porcentaje de familias que tienen uno de los padres o ninguno de ellos se incrementa en América, Europa, Oceanía y el África Subsahariana (3).

Las familias extensas son frecuentes en Asia, Oriente Medio, América Central y del Sur, y el África Subsahariana, algo que no se presenta en otras regiones del mundo. Los adultos muestran mayor probabilidad de estar casados en Asia y Oriente Medio, mientras que esta disminuye en América Central y del Sur; entre ambos extremos se encuentran África, Europa, América del Norte y Oceanía. La cohabitación es más frecuente en Europa, América del Norte, Oceanía y, sobre todo, América Central y del Sur (3).

En América Latina desde 1990 hasta 2010; la evolución de las estructuras familiares según la tipología de familia, composición generacional y momento del ciclo de vida, han evolucionado enormemente. La utilidad de dichas tipologías estriba en que ayudan a clasificar los hogares según el tipo de relaciones de parentesco, teniendo en cuenta las edades a las que pertenecen sus miembros y el tipo de relaciones de dependencia a lo largo del ciclo de vida que los identifican (4).

Estas tipologías ayudan a describir y distinguir el peso relativo de variadas configuraciones a lo largo del tiempo, así como comprender mejor los recursos disponibles y las necesidades económicas y sociales de los diferentes tipos de hogares. Una primera observación es que, partiendo de una categorización de los tipos de hogar en cuatro grandes grupos como son nuclear, extensa, compuesta y no familiar, el cambio principal observado en 1990-2010 es una caída del porcentaje de hogares nucleares 68,0 a 63,6 por ciento, un porcentaje de hogares extensos que se mantiene alrededor del 20 por ciento y el aumento del porcentaje de grupos no familiares de 11,3 a 16,0 por ciento. Está tendencia manifiesta una creciente presencia de hogares no familiares, son sobre todo hogares unipersonales, en detrimento de los arreglos nucleares tradicionales, típicamente conformado por un núcleo conyugal biparental con hijo(s) (4).

En los hogares españoles residentes en viviendas familiares son la fuente de información de numerosas encuestas sociales y económicas, y su colaboración es fundamental para identificar la realidad cambiante de nuestra sociedad. Según los últimos datos disponibles hay en España 16,3 millones de hogares, con un tamaño medio de 2,74 personas. La pareja sin hijos es el tipo de hogar más frecuente (21,5%), aunque los hogares con al menos un hijo suman el 42,2% del total (5).

En México de cada 100 hogares, 70 son nucleares, formados por papá, mamá y los hijos o sólo mamá o papá con hijos; 28 son ampliados y están formados por un hogar nuclear más otros parientes como tíos, primos, hermanos, suegros, etcétera, solo 1 un hogar es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar. Y de cada 100 hogares no familiares, 93 son unipersonales, integrados por una sola

persona, y está formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco. El 29% del total de los hogares son dirigidos por una mujer, esto significa que 9 millones 266 mil 211 hogares tienen jefatura femenina (6).

En el año 2013, se estimó que existen en el Perú alrededor de 8 millones de hogares. De este total, el 76% corresponde a hogares del área urbana y el restante 24% al área rural. Por estructura del hogar, se entiende la composición de los miembros del hogar, tomando como referencia o modelo ideal al hogar nuclear (ambos padres e hijos). En este contexto, la estadística disponible muestra que en el año 2013 cerca al 60% de los hogares son de tipo nuclear. En el caso de los hogares monoparentales, se constata el predominio de aquellos que son jefaturadas por mujeres solas (7).

Los hogares que tienen como jefa de hogar a una mujer representaron, en el año 2013, el 26,5% del total de hogares. En el área urbana este porcentaje es mayor 28,7% y en el área rural el 19,4%. Respecto al año 2004, la responsabilidad femenina en la conducción de los hogares se ha incrementado en 4,7 puntos porcentuales. Por otro lado, por estructura del hogar, se entiende la composición de los miembros del hogar, tomando como referencia o modelo ideal al hogar nuclear (ambos padres e hijos). En este contexto, la estadística disponible muestra que en el año 2013 cerca al 60% de los hogares son de tipo nuclear. En el caso de los hogares monoparentales, se constata el predominio de aquellos que son jefaturadas por mujeres solas (7).

Calderón afirma que, el estudio de la familia, constituye una necesidad para el profesional de la salud, por ser el entorno que más influye en la formación de la personalidad. En ésta se adquieren las creencias, los temores, los criterios de riesgo que van a condicionar las actitudes de sus integrantes ante el proceso salud-enfermedad. La familia constituye el sistema de apoyo social más utilizado en situaciones estresantes. En cuanto al aspecto funcional del sistema, la familia cumple con determinadas funciones como grupo: la biosocial, la económica, y la cultural espiritual; estas son el resultado del funcionamiento de sus miembros, compuesta por padres, hijos y otros, entre los hijos existen diversas edades, desde lactantes, prescolares, escolares, adolescentes, adultos y jóvenes (8).

El contexto y el entorno familiar han demostrado ser factores que influyen en el desarrollo psicosocial de los adolescentes y en general, en el logro de las tareas propias de este periodo de la vida. Entre los factores que pueden afectar la funcionalidad familiar se encuentran; la situación de padres separados, las características de la madre y la forma de constitución de la familia se consideran de gran importancia, especialmente para las niñas, ya que se encuentran en etapa de vulnerabilidad (8).

En las adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se separa progresivamente del psicológico y social, pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía o primera menstruación, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (9).

El embarazo adolescente va en aumento a nivel mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos (2).

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública en América Latina y el resto del mundo. La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, La gestación en adolescentes trae tácita la aparición de otros problemas debido a que generalmente son madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo, 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 (10).

En el Perú, actualmente 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años son madres y/o han estado embarazadas, revela la investigación titulada "En deuda con la niñez", elaborada por la ONG Save the Children. Este factor no se ha modificado en los últimos veinte años; pero también varía de acuerdo con el ámbito geográfico, región natural o logro educativo. Los niveles más altos se reportan en las zonas rurales, en la selva o en quienes no culminado la primaria, donde las cifras alcanzan el 23, 25 y 38 de cada 100 (11).

En la región La Libertad se registra el aumento de casos de embarazos adolescentes, siendo las provincias de Otuzco, Virú, Julcán, Chepén y Ascope las que presentan mayor número de casos con el 12%, según se informó durante el lanzamiento del programa piloto "Consejeros para adolescentes". Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2015 La Libertad tuvo 13.7% de adolescentes entre 15 y 19 años embarazadas, cifra que supera a la del 2014 con 11.7%. En Trujillo los distritos con mayor índice de embarazos adolescentes son La Esperanza, El Porvenir y Florencia de Mora (12).

En el Distrito de Moche, es un amplio territorio de características particulares, que se presenta como un área geográfica importante para el desarrollo integral de la Provincia de Trujillo y de la Región La Libertad. En la actualidad, es preocupante el gran crecimiento de mujeres adolescentes embarazadas en este distrito, el cual trae al final grandes repercusiones tanto en lo social como en lo económico, donde se atiende a un número considerable de gestantes adolescentes, evidenciándose en ellas desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, así como la presencia de factores de riesgos sociales y efectivos. Además, hay que indicar que cerca del 70 por ciento de las gestantes en el distrito de Moche tienen entre 14 a 18 años. Esto nos indica que, existe influencias en las relaciones intrafamiliares las cuales desde un inicio eran deficientes, pero que actualmente se han visto fortalecidas mostrando con esto la vulnerabilidad en las relaciones de familia, así como su capacidad para adaptarse a nuevas situaciones de la vida lo que logra establecer la identidad familiar reflejándose en su cotidianidad. (13).

Las familias de las adolescentes embarazadas suelen ser calificadas como familias disfuncionales, tanto en su organización y en su composición, como

también en la forma desorganizada como se estructuran sus actividades, se exponen las normas y se comparten las responsabilidades. Por lo general son familias que presentan necesidades de afecto insatisfechas y de deficiente comunicación entre sus miembros y en especial acerca de los temas sexuales (14).

La etapa de la adolescencia se caracteriza por tener crisis transitorias relacionadas con la dinámica y funcionalidad familiar del adolescente, en el que el apoyo de la familia es fundamental, sobre todo si se trata de adolescentes gestantes. Cuando sucede un embarazo en la adolescente, ésta y su familia generalmente tienen dificultad para aceptarlo. Algunas adolescentes solteras inician su embarazo con actitud de rechazo, lo que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. (14)

En el ámbito familiar, si es aceptada con su hijo, se puede producir una desorganización de funciones, o un cambio del sistema familiar; estos ajustes no siempre son fáciles, aunque esta situación es preferible a la de rechazo, puesto que la familia de origen es el refugio más significativo para la madre soltera. Considerando que la familia es el entorno social más cercano que tiene el adolescente, dependerá de las condiciones positivas que encuentren los adolescentes en ella, para que les facilite superar esta etapa de una manera más o menos adecuada, y los ayude a consolidar sus recursos y habilidades sociales. Por el contrario, si las condiciones son negativas, la familia tendrá un papel gravitante en la aparición de problemas en las distintas esferas del desarrollo del adolescente y ámbitos de actuación del mismo (15,8).

Según datos proporcionados por la Micro Red Moche según las estadísticas de estos establecimientos se reportó que en el año 2017 en el centro de Salud alto Moche se controlaron a 6 gestantes en el primer trimestre, de la misma manera para el C.S. Santa Lucía de Moche a 6, en el Hospital Alto Moche a 12, en el P.S. Curva de Sun a 2 y en el P.S. San Pedro de las Delicias a 8.

Por otro lado, en el 2do trimestre se controlaron en el Centro de Salud alto Moche a 5 gestantes en el primer trimestre, de la misma manera para el C.S. Santa Lucía de Moche a 7, en el Hospital Alto Moche a 14, en el P.S Curva de

Sun a 2. En el tercer trimestre se reportaron en menores proporciones las siguientes gestantes: Centro de Salud alto Moche a 1 gestante en el primer trimestre, de la misma manera para el C.S. Santa Lucía de Moche a 4 y en el Hospital Alto Moche a 4.

Para el año 2017 en la Micro Red de Salud Moche se reportó un total de 464 adolescentes gestantes. Sin embargo, para nuestra investigación se consideró el mes de Enero del 2018, donde se atendieron un promedio de 30 gestantes adolescentes, cabe destacar que la Micro Red está conformada por cinco establecimientos de salud, encontrándose que en el Centro de Salud Santa Lucía de Moche al 6.66% gestantes adolescentes, en el Puesto de Salud de Curva al 10%, en el Puesto de Salud Alto Moche al 20%, en el Puesto de Salud las delicias a 33.33% y en el puesto de Salud de la Campiña de Moche al 30% de adolescentes embarazadas (74).

Ante esta situación surgió la motivación de dilucidar la siguiente interrogante de investigación:

¿CUÁL ES LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRO RED DE SALUD MOCHE - 2017?

JUSTIFICACIÓN

Para la enfermería comunitaria significa un gran reto trabajar con familias que tengan adolescentes ya que en ésta etapa se llevan a cabo el mayor número de cambios, como son: cognoscitivos, crecimiento biológico, formación de la identidad, conflictos y crisis de desarrollo. La enfermera comunitaria debe proporcionar una atención integral y servir de nexo vital entre el adolescente y su familia. Es importante estudiar a las familias que se encuentran en la etapa de ciclo vital de familias con adolescente gestantes ya que ésta es considerada la más crítica puesto que los adolescentes gestantes están pasando por un período de transición en el que entran en crisis de maduración y separación familiar (14).

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

Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia en un entorno familiar disfuncional no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, contribuyendo al fortalecimiento del círculo de la pobreza (15).

Por todo ello, consideramos enfermería una disciplina holística que entiende al ser humano como un todo considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Dentro de este marco de referencia se incluye la dimensión psicológica en donde se encuentra el funcionamiento

familiar además de las características propias de la gestante adolescente. Esta necesidad humana debe ser valorada por la Enfermera (o) ya que ésta puede tener efectos negativos que producen sentimientos de incapacidad en las personas, los que inciden en la presencia del embarazo en adolescentes, los que repercuten a su vez en el ámbito psicológico y social, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás.

Los resultados de esta investigación son útiles para la enfermería familiar al profundizar el conocimiento de la realidad de las familias con adolescentes gestantes a fin de aportar información importante para ejecutar programas que procuren más que trabajar para la familia que ésta descubra y fortalezca sus potencialidades que apunten a evitar el embarazo precoz, así como el afrontamiento eficaz de producirse una crisis situacional familiar por la presencia del embarazo en la hija adolescente.

Para la comunidad, esta investigación puede aportar información importante que permite desarrollar estrategias para crear o favorecer un clima familiar adecuado que contribuya a mantener a las adolescentes a evitar un embarazo a temprana edad. En el contexto metodológico, esta investigación puede aportar información a enfermeras(os), estudiantes de enfermería y otros profesionales de la salud para futuras investigaciones.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General

Caracterizar el entorno familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche.

1.1.2 Objetivos Específicos

1.1.2.1 Identificar la edad de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche

1. Identificar la tipología familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche.
2. Identificar el ciclo vital familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche.
3. Identificar el funcionamiento familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche.

1.2. MARCO TEÓRICO

1. BASES TEÓRICAS

La familia se define como un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente y entorno. Así mismo, entorno familiar es el eje principal de la conducta del ser humano, es de vital importancia para su desarrollo físico, emocional, adquiriendo de la misma manera sus primeras relaciones donde suelen ocurrir un gran número de experiencias que inducen vivencias íntimas y esenciales derivadas de la convivencia cotidiana con la familia, que influirán en su vida futura (14).

En cuanto a las funciones y tareas de la familia, ésta consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve (OMS, 2010; mencionado por Sansó 2011). Estas deben de cumplir con las siguientes demandas: Bienestar económico, socialización, afecto y reproducción (16):

Cuidado o económica: la familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas y de salud de todos sus miembros, entiéndase estas necesidades como techo, alimento, vestido, atención médica, creando hábitos adecuados de higiene, que repercutirán a favor de su salud. Socialización: la familia tiene la enorme responsabilidad de transformar a un niño en un ser capaz de participar y transformar la sociedad en que vive. Para ello el niño deberá aprender un lenguaje para comunicarse con sus semejantes, determinadas normas socio-culturales, tradiciones, costumbres, conocimientos (23).

Afecto: la familia deberá cubrir las necesidades afectivas de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar, está llamada a aportar el afecto que necesita cada uno de sus

miembros, generando confianza, seguridad, apoyo y afecto que necesita todo ser humano para su sano crecimiento y desenvolvimiento en sociedad. Reproducción: la debe garantizar la perpetuidad de la especie, dotando a la sociedad de los nuevos miembros que esta necesita para su desarrollo (23).

Una familia sana o funcional es aquella que tiene una estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital: son creativas, gramaticales, formativas y nutritivas. Así mismo, la familia considerada núcleo fundamental de la sociedad, ha sufrido grandes transformaciones estructurales a lo largo de la historia debido a su adaptación en el contexto sociocultural, presentando cambios por enfrentarse a situaciones externas e internas originadas por las tendencias epidemiológicas, sociales, económicas y demográficas las cuales pueden llegar a causar diferentes efectos en la salud mental y física tanto individual como colectiva entre los miembros más vulnerables del sistema familiar como son los adolescentes. La Organización Mundial de la Salud señala que familia se entiende, como el conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre adopción y matrimonio (17).

La familia es una unidad con estructura y organización, que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema con subsistemas interpersonales de parejas y unidades mayores, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes. La familia está conformada por todas las personas que llevan funciones familiares y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia se define como todas las personas que un individuo considera su familia (18).

En la tipología familiar nos referimos a las diferentes relaciones básicas que deben existir entre los componentes de un sistema para que este sea identificado como perteneciente a una clase determinada es decir que la organización define la identidad para el caso que nos ocupa una definición que establece la organización que deben de tener los diferentes grupos para ser catalogados como familia es el siguiente: La familia es una unidad básica de la sociedad donde dos o más adultos con o sin niños o también un adulto con niños tienen

el compromiso de nutrirse emocional o físicamente y deciden compartir recursos tales como tiempo espacio y dinero. “Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay sensación de hogar” (20).

Por lo tanto, la caracterización de la familia se describe en función de parámetros de estructura: tipología familia nuclear, familia extendida, familia monoparental y familia reconstituida, ciclo vital familiar familia en formación, familia en expansión, familia en contracción, familia en dispersión o centro de lanzamiento y composición número de personas, promedio de edad, sexo (19).

En cuanto a su estructura, se refiere al modo particular donde se realiza la organización de un sistema dado que viene a ser un conjunto invisible de demandas funcionales en que interactúan los miembros de una familia; una familia es un sistema que opera a través de pautas acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse y estas pautas sostienen el sistema (20).

En cuanto a su tipología las familias se clasifican en familia nuclear es la que está constituida por ambos padres y los hijos, la familia extendida es aquella que está constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación, la familia monoparental formada por el padre o la madre y los hijos y la familia reconstituida es la que se encuentra constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos (19).

La familia nuclear es la familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los padres y sus hijos. Las definiciones más amplias consideran en un núcleo familiar tanto a los grupos formados por dos adultos emparejados, con o sin hijos, como a los formados por un adulto con uno o varios hijos. Algunas definiciones más restrictivas la reducen a los casos en los que están presentes los dos progenitores. Una persona no puede pertenecer a dos núcleos familiares a la vez. Si los hijos forman parte de otro núcleo (si están casados o si tienen hijos) no forman parte del núcleo inicial, con independencia de que convivan o no (21).

La antropología y la sociología estudian las familias y su conformación, intentando definir las diferencias entre los tipos de ellas. Sin embargo, mientras que la antropología históricamente ha sido más receptiva al análisis de todos los

tipos de familia existentes, la sociología pocas veces contempla a la familia nuclear como una estructura. Bittman se pregunta por qué los sociólogos promueven la idea de familia nuclear cuando "muy pocas sociedades muestran un apego a ese tipo de familia". El descenso de la familia nuclear es originada, según la hipótesis del mismo Bittman (22).

El relativo aumento de la edad promedio al momento de casarse en las sociedades industrializadas. La caída en la tasa de fertilidad y el retardo de los primeros nacimientos en las nuevas parejas. El patrón histórico de la fertilidad inestable: va de un boom a una depresión, dependiendo de otros factores socio-económicos y culturales. El envejecimiento de la población y la tendencia al incremento de la esperanza de vida. El aumento de la tasa de divorcios y de personas que no desean contraer matrimonio. A pesar de ello, en países como Estados Unidos, la familia nuclear aparece como la estructura más extendida con respecto a otras alternativas. En ese país, las familias nucleares representan el 73 % de los hogares con niños, de acuerdo con el censo del año 2000 (68).

La familia extendida es un concepto con varios significados distintos. En primer lugar, es empleado como sinónimo de familia consanguínea. En segundo lugar, en aquellas sociedades dominadas por la familia conyugal, refiere a la parentela (una red de parentesco egocéntrica que se extiende más allá del grupo doméstico), misma que está excluida de la familia conyugal. Una tercera acepción es aquella que define a la familia extendida como aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica (u hogar) y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones (24).

En las familias extendidas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada. Este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes, tíos, abuelos, bisabuelos o de la misma generación. Además, puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos o putativos. Todo lo anterior establece un contraste con la pequeña familia nuclear. En las culturas donde la familia extendida es la forma básica de la unidad familiar, la transición de un individuo hacia la adultez no necesariamente implica la separación de sus parientes o de sus padres. Cuando

un pequeño crece, se traslada al más amplio y real ámbito de los adultos, aun cuando en circunstancias normales establezca una identidad separada del resto de su comunidad (24).

Entendemos por familia monoparental toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez el que ostenta, sea de hecho o de derecho, la custodia sobre los mismos. Esta dificultad a la hora de definir este tipo de familias queda acrecentada por la edad que se tome como referencia para considerar a los hijos como cargas familiares, límite de edad que encierra una enorme carga de subjetividad. En este aspecto, cada Estado de la Unión Europea tiene un criterio propio, y ello dificulta poder lograr un consenso a la hora de aunar el concepto de «hijos a cargo» dentro de la convivencia con el progenitor que ostenta su custodia (25).

En muchos aspectos se sigue tomando como punto de referencia a la familia convencional (los dos progenitores y los hijos) y ello implica que otros modelos de familia, como la monoparental, adquieran connotaciones peyorativas, calificándolas como familias incompletas, familias rotas, familias sin padre. Esta última denominación se debe a que, en la mayoría de los casos, en las familias monoparentales el progenitor que es el cabeza de familia es la mujer. Por tanto, el hecho de que entren en el grupo de los modelos monoparentales situaciones por su origen y por sus causas de instauración tan dispares, indica bien que tan grande es la dificultad de fijar un criterio que unifique la definición de la familia monoparental (25).

En el caso de la familia reconstituida es la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior. Esta definición también descarta modelos familiares en los que pueda haber hijos de varias relaciones, si no hay también dos adultos (como podría suceder en algunos casos de familias monoparentales). Se nos pueden ocurrir varios tipos de familia reconstituida: a) Familias provenientes de un divorcio, en la cual uno de los cónyuges tiene hijos previos, b) Familias provenientes de un divorcio, en la cual los dos cónyuges tienen hijos previos. Es el modelo más complejo, c) Divorciado(a) que tiene hijos, y cuyo ex-esposo(a) se ha vuelto a emparejar, d)

La familia reconstituida más antigua, la de toda la vida, es la que proviene de la muerte de uno de los cónyuges. El padre o la madre viudo o viuda se vuelve a emparejar y aparece la figura del padrastro o madrastra (25).

Este último tipo de familia reconstituida era antes más frecuente, debido al importante descenso de la mortalidad en la etapa media de la vida registrado durante la segunda mitad del siglo XX. Hace no muchos años, la posibilidad de que la familia se quedara sin el padre o la madre era alta, la "necesidad" de casarse de nuevo era mayor, y se hacía con más rapidez o con criterios diferentes a los actuales (p.ej. el matrimonio del viudo con la hermana de su difunta mujer era una pauta bastante frecuente). Es decir, que las familias reconstituidas, como decía antes, no son una novedad en el último grupo citado; si lo son en los tres primeros, y es lo que está causando el incremento de la atención sobre el tema (26).

El ciclo vital familiar inicia con la formación de la pareja. Etapa de crianza inicial de los hijos (hasta los treinta meses de vida del primer hijo). En lo que corresponde a la familia en expansión formada por pareja con hijos, nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo en edad escolar, hijo en edad adolescente e hijo en edad adulta. La familia en dispersión conformada por familia en la cual se inicia y termina la partida de los hijos en el hogar. Desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último y finalmente la familia en contracción en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola, se jubilan o muerte de cónyuge (19).

En lo que respecta al ciclo vital familiar, encontramos a la familia en formación. Con la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia. Este nuevo sistema/pareja tendrá características nuevas y propias. A su vez cada uno de los miembros de la pareja traerá creencias, modalidades y expectativas que habrán heredado de sus propias familias de origen. Al formar un nuevo sistema tendrán que examinar cada una de éstas y negociar para establecer su nueva identidad como una nueva familia; aceptando las diferencias y manteniendo sus individualidades (27).

En la evolución de una pareja habrá diferentes etapas, momentos de tranquilidad y otros de crisis. Su persistencia en el tiempo nos debería alertar y hacer pensar en algún problema. Algunos aspectos que nos pueden llamar la atención pueden ser: Alianza con la familia de origen de uno o ambos miembros, esto acarrea una dificultad para asumir el rol de esposo(a), padre/madre. Transferencia del rol de padre/madre en el otro miembro de la pareja: la llegada del hijo es vivida como una competencia por el cariño del otro. Al referirnos a la familia en expansión, se tiene en cuenta a la pareja con hijos donde se encuentra la evolución cronológica de los hijos, es decir con nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo en edad escolar, hijo en edad adolescente e hijo en edad adulta (27).

El nacimiento de un hijo crea muchos cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc. Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita. La madre se unirá con el bebé, interpretando y descifrando sus demandas de cuidado y alimentación. Esta unión es normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia. Durante este período el padre es un observador que participa activamente desde afuera sosteniendo esta relación y haciendo el nexo entre madre-hijo/mundo exterior. Llegará el momento donde el hombre deberá recuperar a su mujer como pareja y a su hijo en relación a él. La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas (28).

Con los hijos en edad escolar, se presenta una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. Se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad y pares, si es correcto preguntar o no, etc.). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros). Estas nuevas

experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, lo cual hará que el niño se encuentre en una situación muy conflictiva (de elección entre familia y afuera) y dificulte su adaptación (29).

En las distintas etapas que transita la familia, aquel en que uno de los hijos entra en la edad adolescente, marca un hito en la relación con los padres y por consiguiente, en la dinámica de todos sus miembros. De por sí solo la presencia del adolescente engloba a la familia en una crisis normativa, y que de por demás, es un periodo prolongado, pues la madurez psicológica y económica ocurre de forma más tardía (21).

Es importante para el adolescente sentir que se puede alejar de su casa sin perder a los padres, lo que intenta confirmar con sus actos de rebeldía. Por momentos el adolescente se torna un ser de difícil manejo y comprensión por parte de los padres, la familia y la sociedad en general. Para el adolescente es importante la presencia de los límites firmes (con posibilidad de renegociarlos de acuerdo al crecimiento), con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara (30).

En cuanto a la familia en dispersión, esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entrarán en una nueva etapa donde deberán formar su propia familia, para poder continuar el ciclo vital. Desde el punto de vista de los padres, se enfrentan con la salida definitiva de los hijos del hogar. Hasta ahora se había agrandado el círculo social y afectivo en que se movía el/la joven, pero seguía siendo la familia de origen la única y la de pertenencia. A partir de este momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias, aceptando la incorporación de otros en la vida familiar (31).

Finalmente, la familia en contracción, enfrentará a nuevos desafíos, por un lado, el reencuentro entre ellos, dado por la salida de los hijos del hogar y por el cese laboral. De las características de este encuentro dependerá que la pareja

continúe unida o no. Deberán afrontar cambios no solo en lo individual sino también a nivel familiar. El fin de la vida laboral (jubilación) que por algunos es tomado como el inicio de una nueva etapa, donde tendrán la oportunidad de realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos y seguir generando proyectos, para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa “improductiva”. Dentro de las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a. Este nuevo rol les permite a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos que lo que tenían con sus propios hijos (32).

En la ancianidad Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas, etc.) y/o emocional (pensamientos con respecto a la muerte, pérdida de seres queridos, etc.). Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento. En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar. Por otro lado, son los abuelos los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a establecer su identidad individual y familiar. Esto los pone a ellos en un lugar privilegiado, que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general (33).

Por otra parte, se entiende como ciclo vital familiar a un concepto ordenador, que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Podríamos decir que describe el transcurrir en la vida que realizan las personas, desde que nacen hasta que mueren, en forma de etapas preestablecidas. Figurativamente se lo describe como un ciclo o un espiral, debido a que se suceden tantos ciclos o procesos en forma simultánea de acuerdo al número de miembros que integran dicha familia (33).

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles, por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Cuando el ciclo vital de la familia se

disloca o interrumpe, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las tareas específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar y que, si no se resuelven de forma satisfactoria, desembocarán en una crisis del sistema. Algo parecido ocurre con los ajustes y reajustes a los que se somete la familia en el tránsito de una etapa del ciclo a otra. Estas transiciones requieren cambios de roles, tareas y conductas a las que no todas las familias pueden adaptarse. La inadaptación, cuando se mantiene, conduce a la crisis familiar (19).

Según como está conformada la familia esta tiene un nombre y unas funciones diferentes, se entiende por familia funcional a aquellas familias que presta las funciones que la sociedad espera de ella como son: la socialización, la equidad generacional, la transmisión cultural y el control social. Es así, como la sociedad espera que la familia, refleje los valores de la cultura hacia el futuro. Esto es, transmitir las costumbres de la sociedad, el folklor, normas, representaciones y otros aspectos propios de ella (34).

Olson y col. (2001), define al funcionamiento familiar como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, en la medida que establece vínculos afectivos entre sus miembros y promueve el desarrollo progresivo en la autonomía, además es capaz de cambiar su estructura para superar las dificultades evolutivas. (35)

Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. (35)

El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. La comunicación familiar es la tercera

dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones (36).

Se considera a la Funcionalidad Familiar como el conjunto de funciones a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de la familia, comprende aspectos afectivos, de socialización, del cuidado de la salud, de la reproducción y económicos, conforme a las normas de la sociedad en la cual se desarrolla (37).

La funcionalidad es el proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar y las dimensiones coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema familiar. La interrelación de las metas y las dimensiones del sistema llevan a la funcionalidad familiar y al resultado de éste proceso le dio el nombre de efectividad de la funcionalidad familiar (38).

Además, el funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar (39).

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a la disfuncionalidad familiar, como el no cumplimiento de alguna de sus funciones como el afecto, socialización, reproducción y cuidado surgidos por alteración de algunos de los subsistemas familiares que la conforman, Tal es así que un mal funcionamiento familiar predispone una mala relación con sus miembros que afecta ante la presencia inesperada de una maternidad temprana en la adolescente (40).

El embarazo en edades tempranas no es un proceso aislado del contexto individual, pareja, familia y sociedad; la adolescente embarazada no es solamente la primigesta precoz que tiene una connotación puramente biológica, sino que demanda las acciones prenatales, de atención del parto, del recién nacido del post parto y del estudio de unas necesidades biopsicosociales (41).

Familia con adolescentes es el sistema relacional de una familia en la etapa adolescente que se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros y por lo tanto necesariamente también cambia su propio funcionamiento. Hay interacciones que muestran que la retroalimentación positiva predomina sobre la negativa, es decir, se producen cambios que a su vez activan nuevos cambios (42).

En cuanto a las familias con adolescentes, esta situación 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 (43).

La Organización Mundial de la Salud, mencionado por Valdés (2001) define como adolescencia al periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años, donde se considera la adolescencia temprana entre los 10 y 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años. Se considera la adolescencia como una etapa del ser humano, donde ocurren complejos cambios fisiológicos, somáticos, emocionales, mentales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto, un cambio complejo es el embarazo (44).

Para el MINSA (2018) los adolescentes son todas las personas que tiene entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. Donde se busca desarrollar y fortalecer habilidades y capacidades que los conduzcan a practicar estilos de vida saludables, para su sano desarrollo, por ello es importante que tengan un entorno afectivo, seguro, y facilitador durante su proceso de autorrealización y crecimiento; para lo cual es indispensable que las familias, las comunidades y las autoridades trabajen en acciones coordinadas. La

participación de las y los adolescentes de manera organizada o individual debe estar presente en todo el proceso de las acciones de promoción de la salud (45).

La adolescencia es el proceso mediante el cual el niño alcanza la madurez sexual y se convierte en un adulto. Se inicia con la pubertad, esto es, con los cambios físicos y el desarrollo de las características sexuales secundarias (las que no tienen que ver directamente con el desarrollo de los órganos sexuales, como el cambio de la voz en los hombres o el ensanchamiento de las caderas en las mujeres). La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el periodo de la adolescencia está comprendido entre los 10 y los 19 años de vida, aunque tanto la madurez física y sexual como la psicológica y social dependen de factores individuales, como el sexo (una mujer se desarrolla antes que un hombre) (46).

La adolescencia temprana (10 -13 años) es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto. Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto (47).

Adolescencia media (14-16 años), al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales. Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias

conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones (47).

La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa (47).

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee (47).

Adolescencia tardía (17 - 19 años), donde el desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona. A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales (47).

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendimientos, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente,

a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las adolescentes se creen aptas para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y una paternidad precoz (48).

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. El problema que se presenta para las embarazadas adolescentes es que están transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se le suma la crisis del embarazo que es una crisis secundaria provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez para las que no se han desarrollado totalmente (49).

Un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros y no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano como escolarización, empleo, planes de vida, abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (50).

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Además, cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Además, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (51).

Entre los problemas más frecuentes que se presentan en las adolescentes embarazadas se tiene mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación;

poca ganancia de peso, anemia, parto pre término, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo pélvica, deserción escolar, y alteraciones en el desempeño del rol materno, alteraciones en los procesos familiares y peligros para la estabilidad familiar, que entra en crisis desde el mismo momento en que se enteran de la noticia, condicionando un decremento en la calidad y en la satisfacción de las condiciones de vida. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal y en los primeros años de vida, y mayor cantidad de abuso físico, entre otros (52).

La pareja adolescente, constituye una manifestación de autonomía, enfrentándose a la oposición de los padres y de una fuente de desencuentros, donde muchas veces se convierten en amores prohibidos que suscitan grandes conflictos e incluso desenlaces desafortunados. Sin embargo, en la mayoría de los casos se trata de idilios transitorios. Ahora bien, ante el rechazo de la familia se sienten incomprendidos; y en una etapa de cambios y rebeldía, las prohibiciones les llevan a aferrarse a la relación hasta el punto de incurrir en conductas no aceptables (52)

Los peros de los padres resultan contraproducentes: cuanto más se les prohíbe, más se empeñan. Algunos padres ven la relación como algo duradero y en su afán de proteger a sus retoños incurren en críticas y castigos innecesarios. Se trata de poner límites desde el afecto y no desde el enfado y el autoritarismo. De estar a su lado, de informarles, de reflexionar con ellos, y no de ejercer de guardianes en este momento en que ellos buscan su identidad y libertad (52,77).

Con frecuencia el ingreso de un nuevo miembro en el núcleo familiar supone el inicio de nuevos problemas y empieza el proceso de adaptación; el papel se complica debido a que la pareja debe de convivir con personas que tienen otro tipo de costumbres difíciles de afrontar y expectativas nada fáciles de cumplir. Se presentan rivalidades entre hermanos por las comparaciones que hacen los padres, comparaciones que se trasladan a la pareja de estos y a sus hijos (77).

Con frecuencia, los últimos en llegar se convierten en chivos expiatorios de los problemas de la familia, y les caen las culpas por sucesos anteriores a la relación, es decir, crisis larvadas que se pueden reproducir y enrarecer con la llegada del nuevo miembro del clan (78).

Según la Organización Mundial de la Salud, 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (79).

En lo que se refiere a la función familiar entendemos las tareas y las actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en la unidad familiar, que les permitirá alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que caracteriza a esta peculiar organización grupal que denominamos familia (80)

Para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar las 6 funciones básicas de todas las familias: a) La comunicación, es una función primordial, ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse. La familia utiliza muy variados mensajes verbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión. b) Afectividad, es una relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia. Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis. c) Apoyo, la familia proporciona apoyo a los miembros que la necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc.; gracias a ella se puede resolver situaciones conflictivas o abortar momentos de crisis individuales a familiares (80).

La adaptabilidad, la familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral; todas ellas le exponen a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permite responder adecuadamente a una gama variada de estímulos. e) Autonomía, todos los componentes de la familia necesita un cierto grado de Independencia que les facilite su crecimiento y maduración. La familia establece esta autonomía mediante mecanismos que marcan los límites entre dependencia-independencia, no sólo dentro del grupo familiar sino en su relación con el entorno social. f) Reglas y normas, las familias establecer reglas y normas de comportamiento que permite mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar (80).

En las necesidades de la familia, se tiene en cuenta lo siguiente: a) Cuidado y protección, Durante la infancia y en la niñez temprana los seres humanos son incapaces de defenderse por sí mismos. Dependen totalmente de los demás en cuanto al alimento, el vestido y la protección. b) Afecto, la familia debe llenar las necesidades afectivas de sus miembros, porque las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar (56).

En lo que corresponde a reproducción de la especie humana es vital e imprescindible para la revitalización de la sociedad y para que la familia asegure, por medio del proceso de socialización de los nuevos miembros, la permanencia de las instituciones sociales de común beneficio. d) En la socialización, los hijos son los nuevos reclutas de la sociedad. Su desarrollo social depende de la adquisición de aquellos elementos de la cultura que son necesarios para la participación competente en la vida social. e) En la posición social, la estructura de una sociedad es una red intrincada de roles y diferentes estatus sociales. En alguna forma los individuos deben ubicarse dentro de estos estatutos y motivarse a desempeñar los roles apropiados (56).

La Teoría que sustenta el trabajo de investigación, Promoción de la Salud de Nola Pender afirma que el objeto de la asistencia enfermera es la salud óptima del individuo, integrando tanto a la enfermera como a la persona respecto a conductas que promueven el bienestar físico, mental y social de la familia y la

adolescente. Dicho de otra manera; el modelo promocional de la salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (53).

Se revisó literatura internacional, nacional y local de estudios relacionados con el problema propuesto en la presente investigación, ubicándose los siguientes:

Rosales S. et al. (2013), en México, con su estudio sobre Características Sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una Unidad de Medicina Familiar en San Luis Potosí, se incluyeron 41 adolescentes embarazadas menores de 16 años, las cuales participaron de forma voluntaria, encontrando que un 82,9% de mujeres embarazadas tienen entre 15 y 16 años y 17,1% entre 13 y 14 años. El 80,5% pertenecía a familias nucleares y 19,5% a familias monoparentales; el 92,6% pertenecían a hogares con estratos sociodemográficos bajos y 7,4% con estrato medio bajo (54).

Ferrer (2014), en Venezuela con su estudio sobre Adolescentes y Familia. Estudio descriptivo transversal, donde se evaluó a un total de 210 adolescentes menores de 19 años donde el 30% correspondió a gestantes entre 17 y 19 años y entre 14 y 16 años el 55% de gestantes y menores proporciones el 15% para gestantes menores de 14 años (55).

Calderón M. et al (2014), en Cuba con su estudio sobre disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud, estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, de las 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, se aplicó el instrumento de evaluación Faces III. Al efectuar el análisis estadístico se evidenció un predominio del grupo etario de 15-18 años de los diferentes niveles de enseñanza en correspondencia con la edad, se encontró 20 adolescentes de 19 años con un 34,5 %, y dos féminas de 12-14 años con 3,4 %, evidenciándose una mayor frecuencia de las estudiantes, donde 45 jóvenes eran estudiantes en un 77,5 % del total, mientras 13 jóvenes no estudiaban en un 22,5% (57).

Pérez R. et al. (2015), en Cuba con su estudio sobre ccaracterización psicosocial de un grupo de adolescentes embarazadas del Municipio Campechuela, estudio observacional descriptivo de enfoque cuantitativo y corte transversal. La muestra fue de 25 adolescentes, seleccionadas de forma aleatoria, obteniendo como resultado que el 76% corresponden a la adolescencia tardía. El 80% reúnen un conjunto de factores en el ámbito familiar que las coloca en riesgo, la mayoría no vivía con alguno de los padres en el momento de quedar embarazadas. El 56% de las adolescentes refieren tener una buena comunicación con sus padres, la mayoría señala a alguno de ellos como la persona con la que tenían mejor comunicación (58).

Díaz M. (2015), en Colombia con su estudio acerca de caracterización de familias con adolescentes gestantes adscritas al programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias. Estudio cuantitativo, descriptivo transversal, la muestra fue 338 adolescentes embarazadas. Se encontraron como resultados en cuanto a la organización sistémica, un 65% de las familias que tiene un sistema poco organizado, sin embargo, la adolescente se siente satisfecha con su familia. En cuanto a funcionalidad familiar, más de la mitad de las familias presentan algún grado de disfunción (moderada y severa) (59).

En una investigación ejecutada en la ciudad de Tumbes por Rosa C titulado "Factores Sociales Relacionados con la ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II – 1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2015": De un total de 92 gestantes adolescentes encuestadas el 68,47% se encuentran dentro de la adolescencia tardía, y un 30,43% pertenecen al grupo de adolescentes intermedias, en menor porcentaje el grupo de adolescente temprana con 1,1%. En la misma investigación, según su grado de instrucción: El 50% tiene secundaria incompleta, el 31,52% tiene secundaria completa, el 11,96% educación superior técnica. (75)

Mendoza et al en la investigación El embarazo adolescente en el Perú 2016, encontraron que la mayoría de las adolescentes tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18,6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9.49% del total del grupo de estudio (76).

II. MATERIAL Y MÉTODO

1. MATERIAL

1.1 Población muestral

La población de estudio estuvo conformada por las 30 adolescentes gestantes que acudieron al Servicio de Consulta Externa de los establecimientos de la Micro Red de Moche:

Centro de Salud Santa Lucía de Moche 2, Puesto de Salud de Curva de Sun 3, Puesto de Salud Alto Moche 6 y Puesto de Salud Las Delicias 10 y Puesto de Salud de la Campiña de Moche 9 gestantes adolescentes.

1.2 Criterios de Inclusión

- Adolescentes gestantes de 10 a 19 años.
- Adolescentes gestantes en primera gestación.
- Adolescentes gestantes que viven con su familia de origen.

1.3 Criterios de Exclusión

- Adolescentes gestantes que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes gestantes que presenten signos de alarma durante el embarazo.
- Adolescentes gestantes con alteraciones mentales.
- Adolescentes cuyo embarazo sea producto de abuso sexual

1.4 Unidad de análisis

- Cada adolescente gestante que acudió a la consulta externa para su control gestacional.

2. MÉTODO

2.1 Tipo de Estudio

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo no experimental, porque buscó determinar la caracterización de las familias con adolescentes gestantes en estudio y de corte transversal porque la recolección de los datos fue en un tiempo único (61).

2.2 Diseño de Investigación

Correspondiente al siguiente diseño.

M: O

Donde:

M = Muestra constituida por adolescentes gestantes.

O = Caracterización familiar de las adolescentes gestantes.

2.3 Variables y Operacionalización de las Variables

Caracterización del entorno familiar de la adolescente gestante

Definición conceptual:

La caracterización de la familia se describe en función de diversos parámetros entre ellos: tipología, ciclo vital familiar y funcionamiento familiar (62).

Tipología familiar:

Definición conceptual

Composición que permite identificar y clasificar a una familia respecto a los miembros que la componen según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto y que cohabitan en un mismo domicilio. (19).

Definición operacional:

- Familia nuclear: Constituida por ambos padres y los hijos
- Familia extendida: Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación
- Familia monoparental: Formada por el padre o la madre y los hijos

- Familia reconstituida: Constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos

Ciclo vital familiar

Definición conceptual

Se entiende como ciclo vital familiar a un concepto ordenador, que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Podríamos decir que describe el transcurrir en la vida que realizan las personas, desde que nacen hasta que mueren, en forma de etapas preestablecidas (20).

Definición operacional

- Familia en formación

Pareja que aún no tiene matrimonio o convivencia o embarazo

- Familia en expansión

Viene a ser la pareja con hijos donde aparece el nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo en edad escolar, hijo en edad adolescente, hijo en edad adulta

- Familia en dispersión o centro de lanzamiento

Familia en la cual se inicia y termina la partida de los hijos del hogar. Desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el ultimo.

- Familia en contracción

Familia en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola.

Jubilación

Retiro y muerte de cónyuge

Funcionamiento familiar

Definición conceptual

Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, en la medida que establece vínculos afectivos entre sus miembros y promueve el desarrollo progresivo en la autonomía, además es capaz de cambiar su estructura para superar las dificultades evolutivas (35).

Definición operacional: El funcionamiento familiar se clasifica según la escala propuesta por Olson (2010) como

- Funcionamiento familiar malo : 20 – 46 puntos
- Funcionamiento familiar regular : 47 – 72 puntos
- Funcionamiento familiar bueno : 73 – 100 puntos

Edad de la adolescente

Definición conceptual:

Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio (17).

Definición operacional:

- Edad de la gestante adolescente
 - Adolescencia temprana: 10 a 13 años.
 - Adolescencia media: 14 a 16 años.
 - Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

2.4 Procedimientos para la recolección de información: Instrumentos.

Recolección de Información

La recolección de datos se realizó en el mes de Diciembre 2017 , se envió los documentos a la oficina de la gerencia de la Micro Red para realizar el trabajo de investigación, también se coordinó con la Jefatura de enfermería y el servicio de consulta externa triaje para obtener la autorización respectiva

de la recolección de datos, la cual se realizó a través de una ficha de datos de la caracterización del entorno familiar de la adolescente gestante elaborado para la siguiente investigación y una escala de evaluación de funcionamiento familiar desarrollado por David H. Olson (1985) y modificado por Martínez-Pampliega y Col. (2005) los que fueron aplicados a la totalidad de las adolescentes gestantes que acudieron a sus controles en los establecimientos de la Micro Red de Moche, a quienes antes se les explicó el propósito del estudio, y se les sugirió mantener su anonimato, como prueba de su aceptación firmaron una hoja de consentimiento informado (66),(71).

Instrumentos utilizados

El presente estudio hizo uso de dos instrumentos: el primero Ficha de datos de características del entorno familiar de la adolescente gestante. Este instrumento mide la tipología familiar y ciclo vital familiar.

El segundo instrumento Escala de Evaluación del Funcionamiento familiar elaborado por el Olson y Col (2001) en Minnesota – USA elaboró el FACES III, el cual fue adaptado por Ana Martínez-Pampliega y cols. consta de 20 ítems. De los cuales, corresponden 10 a la dimensión de adaptabilidad 10 a la dimensión de cohesión (35).

Las respuestas fueron calificadas con el siguiente puntaje:

Para obtener el puntaje de cohesión se sumaron los ítems impares (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) y para la adaptabilidad familiar se sumaron los ítems pares (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). La correlación de ambas determina tres niveles de funcionamiento familiar. Se clasifican en: nivel bajo con menos de 65 puntos, medio entre 66 y 75 puntos y alto con 76 puntos a más. Para el recojo de la información se proporcionó un ambiente de privacidad, planificando como tiempo promedio para aplicar los cuestionarios unos 30 minutos aproximadamente.

2.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de las adolescentes gestantes a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar y se respetó su derecho a retirarse de la misma si el caso lo amerita. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes aplicando el principio de anonimato.

III. RESULTADOS

TABLA 1

Edad de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017.

Edad	Gestantes	Porcentaje
10 – 13 años	5	16.7
14 – 16 años	15	50.0
17 – 19 años	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: Servicio de Consulta Externa de los establecimientos de la Micro Red de Moche

TABLA 2

Tipología familiar en las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017.

Tipo de familia	Cantidad	Porcentaje
Familia Nuclear	2	6.7
Familia extendida	8	26.7
Familia monoparental	10	33.3
Familia Reconstituida	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: Servicio de Consulta Externa de los establecimientos de la Micro Red de Moche

TABLA 3

Ciclo vital familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017.

Ciclo vital familiar	Cantidad	Porcentaje
Familia en formación	5	16.7
Familia en expansión	15	50.0
Familia en contracción	10	33.3
Total	30	100.0

Fuente: Servicio de Consulta Externa de los establecimientos de la Micro Red de Moche

TABLA 4

Funcionamiento familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud de la Micro red de Salud Moche – 2017.

Funcionamiento familiar	Cantidad	Porcentaje
Malo	15	50.0
Regular	12	40.0
Bueno	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Servicio de Consulta Externa de los establecimientos de la Micro Red de Moche

IV. DISCUSIÓN

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones de las características del entorno familiar de las adolescentes las que han determinado un aumento considerable de su prevalencia en el país.

En la Tabla 1 se evaluó la edad de las gestantes adolescentes atendidas en los establecimientos de salud de la Micro Red de Salud de Moche donde el 16.7% tenían edades entre 10 y 13 años, el 50% entre 14 y 16 años y el 33.3% con edades entre 17 y 19 años.

Ferrer (2014) encuentra un 30% correspondió a gestantes entre 17 y 19 años y entre 14 y 16 años el 55% de gestantes y menores proporciones el 15% para gestantes menores de 14 años (55).

Menacho (2004) dice que las principales consecuencias que afrontar embarazo a edad temprana son el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo limita las oportunidades futuras de buenos empleos y sus posibilidades de realización personal, y le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Por otro lado, la relación de pareja de menor duración y más inestable suele significarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación (69). Además, en estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes pueden verse obligadas a buscar una salida fácil y ponen en riesgo su vida (70).

En la Tabla 2, que corresponde a la tipología familiar en las adolescentes gestantes atendidas en los establecimientos de salud de la Micro Red de Salud de Moche se encontró que el tipo de familia que más sobresalió fue la familia monoparental y reconstituida ambos con un 33.3% del grupo de gestantes evaluadas y en menores proporciones la familia extendida en el 26.7% y familia nuclear en el 6.7% de las adolescentes gestantes.

Estos resultados difieren con el de Rosales S. et al (México, 2013), en su estudio sobre características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí se encontró resultados similares a nuestra investigación donde el 80,5% pertenecía a familias nucleares y 19,5% a familias monoparentales (54).

Por su parte, Pillcorema (2014), en el Ecuador en una investigación sobre el tipo de familia y sus límites, describe a la familia desde el enfoque de la Teoría General de los Sistemas según el modelo sistémico estructural, sus tipos de familia y la relación que existe con los tipos de familia. Encontrando un 22% para familias recompuestas y 28% para familias del tipo monoparental (60).

El conocer la tipología familiar facilita el establecimiento de las condiciones del contexto de salud de la adolescente que determinan tanto los significados como la aceptación por parte de la familia del embarazo y asimismo el enfrentamiento a la gestación y sus consecuencias. Es así, que la familia monoparental o reconstituida, es asumida como un factor de riesgo para el embarazo adolescente, no obstante, no puede simplemente considerarse una causa del embarazo a temprana edad puesto que es un factor común a las organizaciones familiares contemporáneas (64).

En la Tabla 3, que corresponde al Ciclo vital familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los establecimientos de salud de la Micro Red de Salud de Moche se encontró un 50% corresponden a las familias en expansión y 33.3% para familias en contracción que son las familias en edad madura o las que envejecen. En menores proporciones se encontraron las familias en formación en el 16.7% de las gestantes adolescentes.

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de sus tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efecto de las etapas

subsiguientes (65). A fin de evitar estos problemas, las familias deben apoyar, nutrir, fijar límites y promover un enfoque más o menos equitativo de género (66).

En el ciclo vital familiar, la gestante atraviesa por una serie de cambios y funciones dentro de su sistema familiar. Estos cambios pueden provocar inestabilidad en la familia, siendo importante resaltar que cada cambio y/o crisis que presente un sistema familiar, puede conllevar a un estancamiento de cada uno de sus miembros de la familia, si estos no tienen los recursos para manejarlos y poder solucionarlos (67).

La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente. (68).

En la Tabla 4, que corresponde al funcionamiento familiar de las adolescentes gestantes atendidas en los establecimientos de Salud de la Micro Red de Salud de Moche, encontrándose que el 50% de gestantes alcanzó un funcionamiento malo, el 40% regular y el 10% bueno.

Resultados diferentes encuentra Castellón (2014), en Colombia en su estudio sobre caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes, encontró que predomina el nivel intermedio con 63,7%, seguido por el nivel alto (23,7%) y nivel bajo de 12,5% (15).

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumple o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que 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. (40).

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres, y tradiciones propias de cada sociedad. La aparición del embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reconstrucción de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración (72).

Hay que mencionar que el funcionamiento familiar es la atmósfera psicosocial del hogar familiar, varía notablemente entre un hogar y otro. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno y en otros sucede lo contrario, hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. El clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado. En general, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese periodo de su vida (73).

Finalmente hay que mencionar que el embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

CONCLUSIONES

1. Se encontró edades entre 10 y 13 años en el 16.7% de las adolescentes evaluadas, entre 14 y 16 años en un 50% y con edades entre 17 y 19 años el 33.3% de las adolescentes gestantes.
1. El tipo de familia que más sobresalió fue la familia monoparental en un 33.3% del grupo de gestantes evaluadas seguido de las familias reconstituidas en un 33.3%.
2. En el ciclo vital familiar de las adolescentes se encontró un 50% de familias en expansión, seguido de familias en contracción en el 33.3% y en menores proporciones las familias en formación en el 16.7% de las gestantes adolescentes.
3. En el funcionamiento familiar de las adolescentes se encontró que el 50% de gestantes alcanzó un nivel de funcionamiento malo, el 40% regular y el 10% bueno.

V. RECOMENDACIONES

1. Sociabilizar los resultados del trabajo de investigación en la institución en donde se realizó el presente estudio.
2. Los centros de salud, como instituciones prestadoras de servicios, a partir de los resultados formulen programas de intervención enfocados a la inclusión de la familia frente al desarrollo evolutivo que presenta la adolescente embarazada.
3. Incentivar al personal de enfermería para desarrollar programas de prevención con respecto al incremento de adolescentes embarazadas y el afrontamiento de la familia frente a este problema.
4. Integrar el estudio de la familia desde la etapa preconcepciones y en la consulta de las gestantes adolescentes, ya que de esta forma se favorece el buen funcionamiento familiar y el uso de los servicios de salud en forma oportuna.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enciclopedia Británica en Español. La Familia: concepto, tipos y evolución. 2009: Disponible en [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/ BV/S0103 /Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf)
2. Rosales P. y Espinosa S. “La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias”. México. Rev. UNAM FESI. 2010. 10(1): 64-71.
3. Profamilia.org.co [Internet]. Colombia: Profamilia; 2014. [citado 2 Nov 2017]. Disponible en : [http://www.profamilia.org.co/jovenes/002 servicios/04pama.htm21h](http://www.profamilia.org.co/jovenes/002servicios/04pama.htm21h)
4. UNICEF. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. CEPAL – Naciones Unidas. 2014.
5. INE. 15 de mayo, día internacional de las familias. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística de España. 1999. www.ine.es.
6. INEGI. Encuesta Censal de México. 2015.
7. INEI. 11 de Julio día mundial de la población. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2014.
8. Calderón M. et al. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. Cuba. Rev. San. 2014. 18 (18): 11-18
9. Centro Nacional de Educación Sexual. Sida [monografía en internet]. La Habana: CENESEX; 2003 [citado 11 abr 2009] Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/sida2.htm>.
10. Tinjaca, D (2017). El Espectador. El embarazo en adolescentes en América Latina. Una historia de nunca acabar. <https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/el-embarazo-adolescente-en-america-latina-una-historia-de-nunca-acabar-articulo-718439>.
11. Save de children. En deuda con la niñez. Informe sobre la niñez en el mundo. Save the Children Federation, Inc. U.S.A. 2017.

12. INEI. Perú. Maternidad en la Adolescencia. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.2015.
13. GERESA (2018). Maternidad, segura y voluntaria. Compromiso de todos. Semana de la Maternidad Saldable y Segura. Dirección de Salud. La Libertad. Perú.
14. Friedemann M.L. Un enfoque a la enfermería y la familia. Marco Teórico de la Organización Sistémica. Universidad Nacional de Colombia. Traducción realizado por Delia Moya Plata. 2008.
15. Rodríguez M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal 2008; 27(1):47-58.
16. Sansó F. Medicina General – Medicina familiar. Experiencia internacional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/medicinageneral_medicinafamiliar/pagina_legal.pdf.
17. OMS. 132° Sesión del Comité Ejecutivo: La familia y la salud. [En Línea] 2003 [citado 2011 Sep. 20] Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-14-s.pdf
18. Hamel, Patricia. Familia y embarazo en la adolescencia. Estrategia para la atención psicosocial de la joven embarazada. Servicio Nacional de la Mujer, Chile, 1994.
19. Salud sin límites Perú (2012). Aportes para la operativización del Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel. Medicus Mundi. Perú. Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú.
20. Restrepo, J. Ciclo vital familiar. El ciclo de la vida en la familia. Conversando en positivo. 2011. http://www.conversandoenpositivo.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=564:ciclo-de-vida-familiar&catid=46:desarrollo-evolutivo&Itemid=105
21. Avner, G (2015). Estructura familiar. The Origin and Implications of Western Corporatism. EE.UU.

22. Bittman, M. (2010). Los tipos de familia y su interpretación en la actualidad. *Social Forces*, 79(1), 165-189
23. Iankenhorn, D. (2012). La reaparición de la familia nuclear. *Demography*, 45 (3): 537-553.
24. Khomegah, R. (2007). Los tipos de familia en las diferentes culturas. *Journal of Comparative Studies*, Spring v28 n1 p73(16).
25. Almeda, E. (2010). Las familias monoparentales: un enfoque crítico, *Revista Internacional de Sociología*. España.
26. Grinwald, S. (2015): Comunicación familiar – Características: A comparison between stepfamilies (formed after death or divorce) and biological families. En C.A.Everett, ed., *Understanding stepfamilies*, Haworth Press., N. York, pp. 183-196.
27. Baeza, S (2012). El rol de la familia en la educación de los hijos. Jornadas interdisciplinarias de Instituciones de Promoción Social, Educación y Salud. Ministerio de Cultura y Educación - Ministerio de Bienestar Social. Argentina.
28. Zingman, C (2012) El ciclo vital familiar. Sociedad Argentina de Terapia Familiar. Argentina.
29. Ferrari, H (2013). Salud de la familia en Medicina-contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud. Editorial La Prensa Médica. Colombia.
30. Asen, P (2007). Intervención Familiar, Guía práctica para los profesionales de la salud- editorial Paidós.
31. Estremero, J (2015). Familia y ciclo vital familiar. Preguntas frecuentes que se hacen las mujeres a lo largo de su vida. Programa de Salud Mental. Ed. Paidós. Argentina.
32. Vargas, I. (2013). Familia y Ciclo Vital Familiar. OMS, 1-9.
33. Ruiz, S., & Martín, M. D. (2012). Nuevas formas de familia, viejas políticas familiares. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 33-50.
34. Gallego J y Pérez A. Pensar la familia. Escuela de ciencias sociales, artes y humanidades. Programa de Psicología. Ceres La plata. Argentina. 2014.

35. Olson, D. Inventarios sobre funcionamiento familiar. (A. Hernandez, Trad.) Minnesota: Universidad de Minnesota. 2001.
36. Schmidt, Vanina, Barreyro, Juan Pablo, & Maglio, Ana Laura. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. 2010. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36. Recuperado en 02 de febrero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=e
37. Friedemann ML. Et.al.1). An instrument to evaluate effectiveness of family functioning.(Traducido por la Universidad Nacional de Colombia). *WestenJournal of Nursing Research* :2001. 13 (98): 225.
38. Criado, F. Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. Funcionalidad familiar con padre adolescente. Grupo de Investigaciones ICES, Facultad Ciencias de la Educación y de la Salud, Fundación Universitaria de San Gil, Santander, Colombia. 2010.
39. Molina A. La familia como sistema. Un enfoque dialéctico. Facultad Psicología. UNAM. México. 2014.
40. Huerta, J. Estudio de salud familiar en Programa de actualización continua en medicina familia 1 (1ª Ed.). México: Intersistemas 2009. 4 (pp.5-39).
41. Uzcategüi, R. La Adolescencia, Sexualidad y Pobreza. Argentina: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. 2012.
42. Carrasco, E. Familia con hijos adolescentes. Centro de estudios clínicos y especialidades médicas en Monterrey Nuevo León, Practica Privada en el Hospital San Lucas de Monterrey. México. 2011.
43. Montes V, Álvarez C, Argote L, Osorio A. Gravidéz en la adolescencia: significado para la familia de hoy. *Fam.Saúde Desenv.* 2006; 8(1):16-25.
44. Valdés Dacal S. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Ginecol Obstetr* 2001;25(3):12-9.
45. MINSA. Promoción de los adolescentes. Ministerio de Salud del Perú. 2018. <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-promocion.asp>

46. UNICEF. La adolescencia. Una época de oportunidades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. División de Comunicaciones, UNICEF. EE.UU. 2011.
47. Organización de Naciones Unidas. Estructuras familiares. 2015. Recuperado Enero de 2018, de onusida.org.co: <http://www.onusida.org.co/estrucfamiliares.htm>
48. Castro EM. Programa. Crecer en la adolescencia. 67-60, 117. La Habana. Cuba. 2004.
49. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Pediatría*. 2008; 5(1)
50. ALAPE. Congreso Latinoamericano de Pediatría. Atención Integral de la adolescencia menor de 15 años embarazada. Cartagena. [Online].; 2012 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.alape.org/doc>
51. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia: Centro de prenda [Online].; 2014 [cited 2018 Febrero 07. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
52. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Colombiana de Enfermería*. 2012; 7(7): p. 151-160.
53. Marriner A, et al. Modelos y Teorías de Enfermería - 6ª ed. España. Mosby / Doyma Libros; 2003.
54. Rosales S. et al. (2013), Características Sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una Unidad de Medicina Familiar en San Luis Potosí. México.
55. Ferrer, E. Adolescentes embarazadas y familia. Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría, Escuela de Enfermería Universidad de Carabobo. Venezuela. *Medicina Preventiva y Salud Pública* 2014.
56. Salazar, N., López, L., & A., M. Las necesidades de la familia. *Revista Científica Electrónica de Psicología* 2010. 2, 3-30
57. Calderón M. et al. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *Cuba. Rev. San.* 2014.18 (18): 11-18

58. Pérez R. et al. Caracterización psicosocial de un grupo de adolescentes embarazadas del municipio Campechuela. Cuba. Rev. CEDEM. 2015. XI (22); 73-80.
59. Díaz M. Caracterización de familias con adolescentes gestantes adscritas al programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias. Primer semestre 2015. [Tesis]. Colombia. Universidad de Cartagena. 2015.
60. Pillcorema, B (2014). Tipos de familia y sus límites. Facultad de Psicología. Universidad de Cuenca. Ecuador.
61. Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México. 2016.
62. Pérez, B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Universidad de la Sabana. Colombia. 2015.
63. Merton, R. Teoría y estructura sociales. México: Fondo de Cultura Económica. 2003.
64. Clementina Jiménez Garcés. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Rev. de Medicina Familiar y Atención Primaria. 2010.
65. Suarez C. El Medico familiar y la atención en familia. Revista Pacena Medicina Familiar; 2016. (4); 95-100.
66. Olson, D.H. Inventarios sobre funcionamiento familiar 1985. Traducción de A. Hernández (1989). Universidad de Bogotá. Colombia..
67. Casas, G. Antología de familia y terapia familiar sistémica. Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social. 2014.
68. Clementina Jiménez Garcés. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Rev. de Medicina Familiar y Atención Primaria. 2010.
69. Molina, R. Adolescencia, sexualidad y embarazo. Serie Científica Médica, 2,6-29, 2010.
70. Luengo, V. Adolescencia: tiempo de decisiones, Hermanas Santa Ana, Canadá, 2011.

71. Martínez -Pampliega A, Iraurgi C, Sanz V. Validez Estructural Del Faces20esp: Versión Española De 20 Ítems De La Escala De Evaluación De La Cohesión Y Adaptabilidad Familiar. 2005 [Accesado: 29 Noviembre Del 2013]; 29(1): 15-18 p. Disponible En: http://www.aidep.org/03_ridep/R29/r29art8.pdf.
72. Galán, E. Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en Paipa. Av. enferm., Volumen 28, Número 1, p. 72-82, 2010. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500.
73. Poo A. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal: Rev. Sogia. Chile.; 2015. 12(1): 17 – 24.
74. Gerencia Regional de Salud La Libertad (2017). Programación Salud Local. PSL. Micro Red de Salud Santa Lucía de Moche. La Libertad.
75. Rosa C. Factores Sociales Relacionados con la ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II – 1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2015 [Tesis]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes.
76. Mendoza W. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Vol. 30, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016. p. 471–9.
77. Santacruz, J. Atención Familiar. Revista Médica del IMSS. 2013.
78. Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda. 2010.
79. OMS. Nuevas formas de familia: perspectivas nacionales e internacionales. 2013.
80. Baeza, S. El rol de la familia en la educación de los hijos. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. 2010. 3, 1-10.

ANEXOS



UPAO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ANEXO 1

**FICHA DE DATOS DE LAS CARACTERISTICAS DEL ENTORNO
FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE GESTANTE**

*Elaborado por:
Bach. Vanessa Yolanda Ysla Cedeño*

INSTRUCTIVO: Con toda sinceridad sírvase responder a lo indicado por la entrevistadora según corresponda a su familia.

Código de la familia: _____

NOTA: Seleccione sólo una respuesta en cada ítem

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GESTANTE

Edad de la adolescente:

Adolescencia temprana: 10 a 13 años ()

Adolescencia media: 14 a 16 años ()

Adolescencia tardía: 17 a 19 años ()

**II. DATOS DE INFORMACION DE LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE
GESTANTE**

1. **Tipo de familia:** En casa viven:

a. **Familia nuclear:** Padres e hijo(s) () :

b. **Familia monoparental:** Madre e hijo(s) () Padre e hijo(s) ()

c. **Familia reconstuida:** Madre (o padre) con hijos de la unión anterior y padrastro (madrastra) y/o hijos de la nueva unión. ()

d. **Familia extendida:** Abuelos, padres y nietos ()

2. Ciclo vital familiar:

a. Formación de la pareja ()

b. Familias en expansión ()

c. Familias en contracción ()

d. Familias en dispersión ()

ANEXO 2

- **Escala de evaluación de funcionamiento familiar**

AUTOR: David H. Olson (1985)

MODIFICADO: Ana Martínez-Pampliega y Col. (2005)

INSTRUCCIONES: Lea correctamente cada una de los enunciados, así como las opciones posibles e indique la alternativa que sea apropiada para usted marcando con una X.

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

ITEMS	N	CN	AV	CS	S
1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.	1	2	3	4	5
2. Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos.	1	2	3	4	5
3. En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.	1	2	3	4	5
4. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.	1	2	3	4	5
5. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.	1	2	3	4	5
6. En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones).	1	2	3	4	5
7. Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cosas juntas.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente.	1	2	3	4	5
10. En nuestra familia nos reunimos todos en la misma habitación (sala, cocina).	1	2	3	4	5
11. A los miembros de la familia les gusta pasar sus tiempos libres juntos.	1	2	3	4	5
12. En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.	1	2	3	4	5

13. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
14. En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.	1	2	3	4	5
15. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies.	1	2	3	4	5
16. Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes	1	2	3	4	5
17. . Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo.	1	2	3	4	5
19. La unidad familiar es una preocupación principal.	1	2	3	4	5
20. Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.	1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ADOLESCENTE

Yoidentificada con DNI N°.....después de haber recibido información verbal comprensible y clara acerca de la participación voluntaria en la investigación relacionada con la “CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED DE SALUD MOCHE – 2017” llevada a cabo por la egresada Ysla Cedeño Vanessa Yolanda, de la Universidad Privada Antenor Orrego. He obtenido información acerca del objetivo de la investigación relacionada con la caracterización del entorno familiar en adolescentes gestantes el cual no representa ningún riesgo para mi integridad ni el de mi familia y sé que me garantiza que la información consignada será de uso exclusivamente académico y confidencial. Información que ha sido clara y comprendo perfectamente Se me informó que los resultados en este estudio servirán de base para fortalecer y desarrollar proyectos, programas, estrategias que contribuyan al mejoramiento del entorno familiar y a su vez de la salud de familias con adolescentes gestantes.

En constancia firmo: