



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras

y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
UTILIZADAS POR ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ENTRE 10 y 20 AÑOS EN EL
CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN
CHORDELEG DEL AÑO 2019”**

Autoras:

Estefanía Marín Gómez; Cecilia Solis Verdugo

Directora:

Psc Cl. Yolanda Dávila Pontón PhD

Cuenca – Ecuador

2019

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por darme la vida y estar siempre conmigo, guiándome en mi camino, así mismo la dedico a toda mi familia, ya que cada uno de ellos se han convertido en pilares fundamentales de mi vida; su amor incondicional, paciencia y comprensión fueron las fuentes de inspiración para conseguir cada una de mis metas. Y a todas aquellas personas que han formado parte de mi formación académica.

Estefania Marin

Dedico esta tesis primeramente al forjador de mi camino, mi padre celestial que está conmigo en cada paso que doy.

A mis padres Wilsón y Cecilia que me han alentado a lo largo de mis estudios por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí cada día. A mis hermanos Teodoro y Andrés por ser mi ejemplo de valentía y perseverancia. A Josué que me ha inspirado a seguir alcanzando sueños y metas para nuestras vidas.

Cecilia Solis Verdugo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, por otorgarme la oportunidad de a través de nuestro conocimiento servir a la comunidad, a mis padres quienes hicieron posible la realización de este sueño que hoy se materializa. También quiero agradecer a mi universidad por permitirme convertirme en ser un profesional en lo que tanto me apasiona, de igual manera quiero agradecer a mi tutora que hizo parte de este proceso integral de formación.

Estefania Marin

“Te damos gracias, Señor Dios Todopoderoso, el que eres y que eras y que has de venir, porque has tomado tu gran poder, y has reinado” Apc 11:17

Quiero agradecer a mi familias por brindarme la oportunidad de tener una buena educación a lo largo de mi vida y sobre todo enseñarme a servir a los demás con amor. A mi amiga Estefanía que ha sido un ejempli de desarrollo profesional y me ha acompañado en este camino para alcanzar nuestra meta. A nuestra tutora que nos ha guiado y dedicado tiempo para culminar nuestros estudios.

Y agradezco a todos aquellas personas que me animaron a seguir adelante.

Cecilia Solis Verdugo

RESUMEN

En el embarazo adolescente, el grado de funcionalidad familiar es un importante factor en el tipo de estrategias de afrontamiento que estas jóvenes utilizan. Metodología: Se realizó un estudio de tipo transversal correlacional, en las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud Chordeleg durante los meses de julio a noviembre de 2019. El objetivo fue identificar la relación entre el funcionamiento familiar y las estrategias de afrontamiento a través del cuestionario FF-SIL y la escala de afrontamiento de Lazarus. Resultados: Se entrevistó un total de 50 adolescentes, el 48% de ellas pertenecían a familias funcionales, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron, la reevaluación positiva (34%) y el autocontrol (34%). Se identificó que existe una fuerte asociación estadística ($p < 0,003$) entre el grado de funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento. Conclusiones: La funcionalidad familiar fue un factor determinante en el tipo de estrategias de afrontamiento que estas jóvenes utilizan.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo adolescente, estrategias de afrontamiento, familia, funcionalidad familiar, sexualidad.

ABSTRACT:

In teenage pregnancy, the degree of family functionality is an important factor in the type of coping strategies that young women use. **Methodology:** A correlational cross-sectional study was conducted in pregnant adolescents who attended the Chordeleg health center during the months of July to November 2019. The objective of the study was to identify the relationship between family functioning and coping strategies through FF-SIL questionnaire and the Lazarus coping scale. **Results:** A total of 50 adolescents were interviewed, 48% of them belonged to functional families. The most commonly used coping strategies were positive reassessment (34%) and self-control (34%). It was identified that there is a strong statistical association ($p < 0.003$) between the degree of family functionality and coping strategies. **Conclusions:** Family functionality was a decisive factor in the type of coping strategies that these young people used.

Keywords: Adolescence, adolescent pregnancy, coping strategies, family, family functionalities, sexuality.



Translated by

Cecilia Solís

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
Introducción.....	2
1.1 ADOLESCENCIA.....	2
1.1.1 Adolescencia y sexualidad	2
1.1.2 Embarazo en la adolescencia.....	3
Introducción.....	5
1.2 CONCEPTO DE FAMILIA	5
1.2.1 Funcionamiento familiar	6
1.2.2 Adolescencia y funcionalidad familiar	8
Introducción.....	10
1.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	10
Conclusiones	12
CAPÍTULO II.....	14
2 MÉTODOLOGÍA	14
2.2 Población.....	14
2.3 Instrumentos.....	15
2.4 Procedimiento	15
2.5 Análisis de datos	16
CAPÍTULO III.....	17
RESULTADOS.....	17
CAPÍTULO IV	23
DISCUSIÓN.....	23
3 CONCLUSIONES.....	25
4 LIMITACIONES	25
5 RECOMENDACIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS	31
Anexo 1.- Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).....	31
Anexo 2.- Escala de afrontamiento de Lazarus	32
Anexo 3.- Ficha sociodemográfica	34
Anexo 4.- Consentimiento informado.....	35

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo surge de la experiencia de las prácticas preprofesionales realizadas en el centro de salud del cantón Chordeleg, al observar una tasa alta de adolescentes embarazadas. Estas adolescentes están sujetas a cambios emocionales, físicos y psicológicos que afectan la manera en la que enfrentan a la noticia de ser madres, además de tener que lidiar con la presión social y la de la familia.

La adolescencia es un periodo que conlleva la toma de muchas decisiones que afectaran no solo su presente sino también influenciara en su futuro, tales decisiones como: el matrimonio, escoger la pareja, educación y trabajo, abarca una gran confusión y responsabilidad en ellas, además de algunos cambios importantes tanto a nivel biológico, como psicológico y social.

La familia ocupa un rol fundamental y de gran importancia en esta toma de decisiones ya que estas y las pautas de crianza adecuadas facilitan el desarrollo de habilidades sociales y de conductas pro sociales en la infancia y posteriormente en la adolescencia, por lo cual es importante brindar sensibilización y orientación. Estos cambios vinculados al desarrollo requieren estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y transición efectivas. En este sentido, el afrontamiento es un constructo clave para comprender como los adolescentes reaccionan ante los acontecimientos vitales estresantes y se adaptan a sus experiencias. Dependiendo del afrontamiento las consecuencias podrán ser negativas (ansiedad, depresión, fracaso escolar etc.) o positivas (un mayor bienestar, sensación de plenitud o simplemente una buena adaptación a su entorno social). Tomando en cuenta que la adolescente no es vista como un ser individual sino como parte de un sistema es importante considerar a la familia al momento de afrontar situaciones y circunstancias de gran relevancia en la vida del individuo como lo es un embarazo. Consideramos pues que la funcionalidad familiar es la capacidad que posee el sistema para afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Ante lo expuesto y debido a que no existen investigaciones anteriores, se tomo acerca del tema por eso ha tomado la iniciativa de investigar dicha relación. Se pretende relacionar el funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas del centro de salud del cantón Chordeleg.

CAPÍTULO I

Introducción

La adolescencia es una etapa de maduración física, sexual y psicológica; se considera un periodo de preparación para la adultez. Esta etapa ofrece oportunidades para crecer, no solo en relación al aspecto físico sino también en las áreas cognoscitivas y sociales, la autonomía, la autoestima y la intimidad. Los jóvenes que tienen apoyo de sus padres, escuela y la comunidad se desarrollan de manera más saludable y positiva.

1.1 ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como una etapa de crecimiento y desarrollo, influenciada por varios determinantes de tipo; biológicos, socioculturales y psicológicos, está comprendida entre los 10 a 19 años, inicia con la pubertad y es considerada como un periodo de preparación para la adultez (Organización Mundial de la Salud, 2015); involucra un proceso de maduración física y sexual, un paso hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, y la adquisición de habilidades necesarias para asumir funciones propias de la edad adulta, tales como la capacidad de razonamiento abstracto (Papalia, Duskin, y Martorell, 2012). La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos; precoz (10-13 años), medio (14-16 años) y tardío (17-19 años), cada uno de ellos marcado por un conjunto propio de ciertas características biológicas, cognitivas y sociales (Marcell, 2008). En la actualidad sigue siendo un tema que ha abierto grandes debates, ya que, si bien es cierto sus factores determinantes son universales, en cambio; la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos; lo que ha provocado un intenso intercambio de opiniones entre expertos en temas sociales, educadores, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas (Lozano, 2014).

1.1.1 Adolescencia y sexualidad

La conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad; verse a uno mismo como un ser sexuado, reconocer la propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales y establecer vínculos son aspectos que acompañan a la identidad sexual. La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, pero en cada etapa evolutiva presenta características diferenciales, esto es particularmente notorio en la adolescencia, ya que como se mencionaba esta es una etapa llena de cambios lo que la

vuelve la etapa más vulnerable (García, Menéndez, Fernández, y Cuesta, 2012). La salud sexual y reproductiva en la adolescencia resulta un motivo de preocupación para los sistemas de salud y las instituciones involucradas; la educación sexual es considerada como un pilar fundamental para la prevención de todos los problemas a los que están expuestos los adolescentes, sin embargo; a pesar de que en los últimos tiempos la sociedad se ha vuelto más asequible a tratar estos temas, aún sigue ligada a prejuicios y tabúes (Quinteros, 2015). La OMS establece como fundamental la promoción de la educación sexual, el derecho a la planificación familiar, facilidad de accesos a métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La problemática de la sexualidad en los adolescentes surge comúnmente de la tendencia de estos a involucrarse en prácticas sexuales riesgosas, como son: inicio precoz de las relaciones sexuales, prácticas sexuales inapropiadas, continuos cambios de pareja, falta de información certera, uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Es común que los adolescentes no busquen ayuda por el temor hacia los adultos, el sentirse juzgados, cuestionados y criticados por estos; o ya sea porque desconocen los lugares a donde se podría acudir en busca de información (Mora, 2006). En esta etapa de la vida el contacto con la familia se vuelve distante, y se fortalece la relación con los pares, aumenta el deseo de autonomía, necesidad de integración y surgen sentimientos de rebeldía. La mala relación con los padres y dificultades dentro del hogar, por ende, la disfuncionalidad familiar también constituye un factor preocupante al momento de tomar decisiones que conlleven a conductas de alto riesgo para el adolescente. En cuanto a la sexualidad como conducta de riesgo y factor asociado a embarazo adolescente se ha reportado que, dentro del ambiente social, existe una elevada presión para iniciar su vida sexual, entre pares; como también el abuso sexual durante la infancia o niñez, exposición a sustancias y disfuncionalidad familiar (Díaz y González, 2014; Salas, 2018).

1.1.2 Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema culturalmente complejo, la OMS exhorta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de morbilidad materno-fetal (Organización Mundial de la Salud, 2009); a

nivel mundial unos 16 millones de adolescentes en edades comprendidas entre los 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos a medianos como el nuestro (Organización Mundial de la Salud, 2018). En Ecuador, en el año 2014 el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), reporto que el 49,3% de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, asimismo, se ha visto que, en los últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Ese mismo indicador, en adolescentes de entre 15 y 19 años se ubicó en el 11%. Según este mismo informe 12 de cada 100 adolescente son madres, las estadísticas también revelan que 49 de cada 100 mujeres que son madres en el país tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014). Según datos del Ministerio de Salud Pública, en Ecuador el 7,5% de embarazos en menores de 15 años termina en abortos y el 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar (Ministerio de Salud, 2018). Ecuador es el segundo país en la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad (Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue y UNFPA, 2016).

Las embarazadas adolescentes enfrentan muchos de los mismos problemas relacionados con el embarazo que cualquier otra mujer; sin embargo, existen problemas adicionales para las menores de 15 años, la edad claramente es un factor de riesgo de suma importancia para el desarrollo fisiológico de un embarazo, se sabe que una adolescente no se encuentra desarrollada físicamente como para mantener un embarazo saludable o dar a luz de manera fisiológica (Mayor, 2004); las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018). A pesar de la importancia que tienen los efectos biológicos sobre la salud, para estas niñas es de mayor importancia los factores socioeconómicos (Makinson, 1985) y psicológicos ya que estas niñas no se encuentran preparadas para asumir el rol de madre, el cual conlleva una gran responsabilidad (Zambrano, Vera, y Florez, 2012), la noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse (Blázquez, 2012).

Desde una perspectiva psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en una pareja constituida por motivos diferentes (Mora y Hernández, 2015). La aparición de un embarazo adolescente dentro de un grupo familiar obliga al sistema a reorganizarse debido al cambio de roles que produce la llegada de un nuevo miembro, además de esto la adolescente embarazada muchas veces es obligada a abandonar sus estudios ya que en ocasiones no cuenta con redes de apoyo y la situación económica es un factor que también influye en la interrupción de la escolaridad (Mora, 2006).

Introducción

La familia es un grupo de pertenencia primario; en la cual sus integrantes están anexados mediante vínculos consanguíneos, en esta se establecen sentimientos y lazos afectivos. Se forjan expectativas, se aprende y se afianzan valores, creencias y costumbres. En la adolescencia los jóvenes comparten más tiempo con sus amigos que con su familia, sin embargo, se mantiene el fuerte vínculo de seguridad que ofrecen los padres.

1.2 CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es un grupo de pertenencia primario; en la cual sus integrantes están anexados mediante vínculos consanguíneos, en esta se establecen sentimientos y lazos afectivos. Se forjan expectativas, se aprende y se afianzan valores, creencias y costumbres. En ella el individuo inicia y desarrolla desde temprana edad, habilidades sociales que van a facilitar en las siguientes etapas de su evolución psicobiológica la adquisición de una serie de conductas que servirán en posteriores periodos de su vida, es un elemento fundamental en el desarrollo infantil (Suárez y Vélez, 2018). La familia es la unidad básica donde se presenta la negatividad y positividad, la individualidad y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia, se considera como un eslabón esencial en la cadena dentro de los determinantes de la salud y enfermedad (Colegio Mexicano de Medicina Familiar y Farfán, 1999). Las conductas que se aprenden en el proceso de socialización temprana, dentro de la familia, servirán de cimientos y en base a ellas se van a insertar la sumatoria de conductas que serán utilizadas posteriormente en procesos de socialización a los que se enfrentarán según su desarrollo y contexto. La familia moldea en el niño e incorpora diversos sistemas de comportamiento, sentimientos,

ideas y creencias y establece diferentes modalidades de reacción conductual (Dávila, 2005).

1.2.1 Funcionamiento familiar

El funcionamiento del sistema familiar es un factor que influye en la toma de decisiones por parte de la adolescente en cuanto a su embarazo, y al mantenimiento de la salud o aparición de enfermedad entre los miembros. Las estrategias de afrontamiento que la joven gestante adquiere frente a la situación están basadas en la proporción de ayuda o apoyo que la familia manifiesta, además de la capacidad para enfrentarse a situaciones que pueden causar malestar y solucionar adecuadamente la problemática para reducir tensión (Urreta, 2008).

Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellas que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas. La salud mental del adolescente tiene íntima relación con su vida en familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos (Gómez, 2008). El nivel educativo es un factor determinante frente a la toma de decisiones; en las publicaciones de artículos científicos se observa con frecuencia como relacionan esta variable con el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos y mejor planeación en la primera relación sexual. Ciertamente este planteamiento aplica para cualquier miembro de una familia. El Doctor Almeida, plantea que la falta de educación de los padres hacia los hijos en los temas relacionados con la sexualidad y el embarazo condicionan a las adolescentes para ser vulnerables a un embarazo a temprana edad (Gómez y Montoya, 2014).

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa el individuo. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (Jiménez y Vélez, 2010). Minuchin, propuso que una familia funcional es aquel *“sistema que anima a la socialización dando a sus miembros todo el apoyo, toda la regulación y todas las satisfacciones que son necesarias para su desarrollo personal y relacional”* (Minuchin, 1977).

La familia funcional se caracteriza por la claridad y definición de los límites, el esqueleto de su organización estructural interna es sólido y estable; las familias

funcionales tienen jerarquías establecidas y aceptadas por todos los miembros de la familia, es un sistema sociocultural abierto a procesos de transformación; constantemente está expuesta a estresores externos e internos de los cuales debe superarse sin mayor complejidad, y aprender de la experiencia para poder mejorar y adaptarse a las nuevas circunstancias (Carreras, 2014). La comunicación es una de las características fundamentales dentro de las familias funcionales, esto significa que los mensajes que se intercambian entre los diferentes miembros del grupo son claros y directos, el proceso de comunicación ayudará a identificar y resolver problemas de manera adecuada, por el contrario, en las familias poco funcionales la comunicación suele convertirse en un arma de ataque, en una lucha por quien tiene la razón.

Además son reflexivas es decir promueven el crecimiento individual y grupal, utilizando sus crisis o contrastes para un continuo desarrollo; son dinámicas, la acción utilizada por cada uno influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa; y finalmente son relativas, toda la familia brinda a sus integrantes protección, seguridad, y afecto (Dávila, 2005).

La disfunción proviene de la formación de dos palabras que significan, un quebrantamiento de la función, deficiente funcionamiento, una dinámica irregular alejarse de lo establecido en lo referente a roles, funciones o normas. En el campo de la salud mental podría considerarse como: un funcionamiento no saludable de un sistema familiar, que afecta de manera específica o inespecífica a sus miembros, una vez establecido este concepto podemos definir a la familia disfuncional como *“el no cumplimiento de algunas de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en alguno de sus subsistemas familiares”* (Ochoa, 2011) o también se define como; *“ un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con sus miembros genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas”* (Davila, 2005); reforzando este concepto Hunt (2007), considera que una familia disfuncional *“es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia, es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”*. Sin embargo, otros autores consideran que no existe un modelo familiar que defina normalidad o anormalidad, funcional o disfuncional. Para este autor la definición de una

familia es particular, relativa a su composición, a su estadio de desarrollo y a su subcultura, no importa qué modelo pueda funcionar de manera satisfactoria, pero todos tienen debilidades intrínsecas, que pueden constituir puntos de ruptura cuando la capacidad de la familia comience a agotarse al enfrentarse a una situación (Carreras, 2014). Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los niños, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una forma natural y espontánea. Una de las características más recurrentes en las familias con graves disfunciones es la incoherencia; esta se manifiesta tanto en los patrones de comunicación como en la estructura del límite relacional. Y es que la incoherencia hace que sea difícil gestionar la ambivalencia, negociar conflictos e incluso avanzar individualmente en busca de iniciativas autónomas (Carreras, 2014). En estas familias resulta poco claro el reparto de comportamientos acordes con la edad y con el momento evolutivo de cada miembro. Algunos de ellos pueden ocupar un lugar que no les corresponde, como hermanos mayores tomando el rol de los padres. Otra característica común de las familias disfuncionales es la ausencia de un liderazgo claro por parte de los adultos. Una coalición paterna disfuncional o un divorcio emocional pueden ser dos ejemplos de ello (Carreras, 2014). Los miembros de una familia disfuncional, generalmente son personas psicológicamente rígidas, exigentes, críticas y desalentadoras; que no pueden, no quieren, o no saben reforzar y recompensar cálidamente los logros paulatinos, asignan cerradamente sus criterios a los demás destruyendo la comunicación y la expresión natural, este tipo de familias tampoco saben cómo discutir abiertamente y naturalmente los problemas que aquejan al grupo familiar y se recurre, entonces al mecanismo de negar u ocultar los problemas graves. Todos estos actos van generando en los adolescentes un vacío interior y a un estado de angustia que suelen paliar a través de consumo de tranquilizantes, alcohol o drogas, o a comportamientos adictivos, como son el trabajo excesivo, el comer en exceso, o la actividad sexual promiscua, y los embarazos adolescentes (Figuerola, Contini, Betina Lacunza, Levín, y Estévez, 2005).

1.2.2 Adolescencia y funcionalidad familiar

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. Las actitudes y comportamiento de los adolescentes van a estar determinados por el tipo de relación que han establecido con el resto de los componentes de su núcleo

familiar, es allí donde ellos desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias vinculadas con su desarrollo físico y espiritual; en la medida que estos sean más amplios el resultado será un individuo integral, portador de juicios y valores (Domínguez, 2011). Las familias deberán ser capaces de ofrecer pertenencia y diferenciación. Respecto a la pertenencia, se trata del sentimiento de formar parte de una familia, de ser un componente, nos permite saber quiénes somos. La diferenciación de cada miembro; por el contrario, debe permitirle progresar y lograr una sana autonomía. Debe ser posible establecer una distancia emocional óptima en las relaciones intrafamiliares (Carreras, 2014). *"Un amor auténtico entre los padres, su respeto mutuo, los cuidados que se prodigan, las expresiones de ternura y cariño admisibles abiertamente. Si todo esto ocurre a la vista de los hijos desde los primeros años, sirve de medio educativo más eficaz y provoca necesariamente la atención de los niños hacia relaciones tan serias y bellas entre el hombre y la mujer"* (Makárenko, 1961). La composición y funcionalidad de la familia son la base fundamental para la edificación de los comportamientos de los adolescentes, es trascendental mantener una buena funcionalidad familiar. Una familia funcional estimula la capacidad para enfrentar juntos las situaciones adversas que se presenten (González, Gimeno, Meléndez, y Córdoba, 2012); por el contrario en las familias disfuncionales se ha visto que los adolescentes presentan bajo rendimiento académico (Moreno, Echavarría, Pardo, y Quinonas, 2014), consumo de sustancias psicoactivas (Aguirre, Aldana, & Bonilla, 2016), síntomas depresivos (Culpin, Heron, Araya, Melotti, y Joinson, 2013), embarazo adolescente (Arias et al., 2013) e intento de suicidio (Reyes y Miranda, 2001).

Introducción

El concepto de afrontamiento tiene muchas definiciones las cuales están ligadas a diferentes áreas de la ciencia, razón por la cual se tomará como punto de partida la definición desarrollada desde el aspecto psicológico, la cual dice que afrontamiento significa *“esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1986).

1.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Casullo y Fernández (2001), entienden a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. El afrontamiento sería, entonces, un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares. Las adolescentes embarazadas utilizan con mayor frecuencia estrategias no productivas como la preocupación o culparse a sí mismas (Mora, 2006),

Adicionalmente algunos autores advierten que los procesos de afrontamiento no solo se presentan en forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social. De esta manera en el grupo familiar se despliega el uso de estrategias para afrontar crisis normativas o no- normativas con el fin de mantener el equilibrio y bienestar de sus miembros. Por otro lado, el afrontamiento familiar se manifiesta como la capacidad del sistema para movilizarse y poner en práctica medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios. Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este (Macías, Madariaga, Marcela, y Zambrano, 2013). Desde el modelo de Lazarus y Folkman, no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el sujeto realiza de tales situaciones (Lazarus y Folkman, 1986). Frydenberg y Lewis (1996), comentan que estos cambios vinculados al desarrollo requieren estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y transición efectivas. En este sentido, el afrontamiento es un constructo clave

para comprender como los adolescentes reaccionan ante los acontecimientos vitales estresantes y se adaptan a sus experiencias.

Dependiendo del afrontamiento las consecuencias podrán ser negativas (ansiedad, depresión, fracaso escolar etc.) o positivas (un mayor bienestar, sensación de plenitud o simplemente una buena adaptación a su entorno social). Las estrategias de afrontamiento pueden agruparse de tal manera que lleguen a conformar tres grupos; las estrategias centradas en el problema, las estrategias centradas en las emociones y las estrategias basadas en la evitación. Lazarus y Folkman, proponen ocho estrategias de afrontamiento que los individuos utilizan frecuentemente: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, huida – evitación, planificación, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad. La confrontación hace referencia a los esfuerzos activos y acciones directas que utiliza el individuo para alterar la situación. El distanciamiento, se refiere a los esfuerzos por olvidarse del problema, en términos sencillos no darle importancia ni tomarlo en serio, el individuo actúa de manera que parece que nada ha ocurrido con alusión a la creación de un punto de vista positivo. El autocontrol son aquellos esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. Los esfuerzos por buscar apoyo, ya sea por razones instrumentales como información y consejos o por motivos emocionales como simpatía y comprensión, a esto se denomina búsqueda de apoyo social. La estrategia de afrontamiento basada en la huida y evitación describe el pensamiento desiderativo, se utiliza cuando el sujeto espera que ocurra un milagro que solucione el problema, trata de evitar el contacto con la gente o realiza cualquier tipo de actividad que le permita olvidar la situación actual como el consumo de sustancias psicoactivas. La planificación, intenta la resolución del problema mediante el análisis de la situación y la estructuración de una respuesta. La reevaluación positiva, este estilo describe los esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, potenciando desde ella el desarrollo personal. Finalmente, la aceptación de la responsabilidad, que hace referencia al reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. El tipo de estrategia de afrontamiento que el adolescente utilice dependerá de varios factores y principalmente del problema que este enfrentando, en un estudio realizado en una ciudad de Cuba se evidenció que las gestantes adolescentes utilizaban estrategias de afrontamiento improductivas como preocuparse, hacerse ilusiones e inculparse (Sánchez, Hernández, Salim, y Domínguez, 2017).

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Por eso la funcionalidad familiar cumple un rol importante dentro de las estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas ya que estas a través de este apoyo familiar desarrollan formas más sanas para enfrentar todos los cambios que surgen tanto a nivel físico como psicológico cuando se embarazan y atraviesan por el proceso de ser madres adolescentes, además de que buscan regular las tensiones que enfrentan y garantizar la salud de sus miembros (Macías et al., 2013). Zambrano (2012), en su estudio demostró que la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento se asocian directamente y positivamente, ya que a mayor nivel de funcionalidad familiar se utilizaran estrategias más productivas y viceversa.

Conclusiones

La adolescencia es un periodo que conlleva la toma de muchas decisiones, como: el matrimonio, escoger la pareja, educación y trabajo, conllevan una gran confusión y responsabilidad en ellas, además de algunos cambios importantes tanto a nivel biológico, psicológico y social. Pueden generar algunos desajustes emocionales, como psicológicos, relaciones sexuales sin protección y casos de embarazos no deseados, sobre todo si no existe un apoyo del núcleo familiar. El embarazo en adolescentes es un problema social y de salud pública, que ha alcanzado cifras alarmantes en los últimos años. La familia ocupa un rol fundamental y de gran importancia en esta toma de decisiones ya que estas y las pautas de crianza adecuadas facilitan el desarrollo de habilidades sociales y de conductas prosociales en la infancia y posteriormente en la adolescencia, por lo cual es importante brindar sensibilización y orientación, tomando en cuenta que la adolescente no es vista como un ser individual sino como parte de un sistema es importante considerar a la familia al momento de afrontar situaciones y circunstancias de gran relevancia en la vida del individuo como lo es un embarazado. Consideramos pues que la funcionalidad familiar es la capacidad que posee el sistema para afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Los cambios vinculados al desarrollo requieren estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y transición efectivas. En este sentido, el afrontamiento es un constructo clave para comprender como los adolescentes reaccionan ante los acontecimientos vitales estresantes y se adaptan a sus experiencias, dependiendo del tipo de afrontamiento que se utilice las consecuencias serán positivas o negativas.

Ante lo expuesto y debido a que no existen investigaciones anteriores acerca del tema por eso ha tomado la iniciativa de investigar dicha relación, se pretende relacionar el funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas del centro de salud del cantón Chordeleg.

CAPÍTULO II

2 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo transversal–correlacional, en la población de adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud Chordeleg durante los meses de julio a noviembre de 2019. El objetivo fue identificar la relación entre el funcionamiento familiar y las estrategias de afrontamiento en las adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud del cantón Chordeleg en el periodo de julio a noviembre de 2019. A demás determinar el grado de funcionalidad familiar, las estrategias de afrontamiento utilizadas y relacionar el funcionamiento familiar con las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas, con las variables sociodemográficas (religión, nivel de escolaridad, estado civil, convivencia familiar y actividad laboral).

2.2 Población

La muestra estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud Chordeleg durante los meses de julio a noviembre de 2019, que se encontraran en el grupo etario comprendido entre los 10 a 20 años, y que acuden a control en el centro de salud y que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio, se excluyó aquellas que no contaban con la autorización de sus padres en caso de ser menores de edad.

En la presente investigación participaron 53 adolescentes gestantes entrevistadas, de estas 3 fueron excluidas (una de ellas por cambio de domicilio y las dos jóvenes por abortos espontáneos). La muestra quedo conformada por 50 adolescentes (Ver Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de la edad según las etapas de la adolescencia.

<i>Variables</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
<i>Edad (etapa de la adolescencia)</i>		
Precoz (10 - 13 años)	0	0,00
Medio (14-16 años)	9	18,00
Tardío (17 - 20 años)	41	82,00

2.3 Instrumentos

La evaluación del grado de funcionalidad familiar se realizó a través de la Escala de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) (Ver Anexo 1), la cual fue diseñada en 1994, y evalúa siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Se compone por 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca 1, pocas veces 2, a veces 3, muchas veces 4 y casi siempre 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar. La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos: familia funcional (70 a 57 puntos), moderadamente funcional (56 a 43 puntos), disfuncional (42 a 28 puntos) y severamente disfuncional (27 a 14 puntos). Las estrategias de afrontamientos se evaluaron con la escala de afrontamiento de Lazarus (Ver Anexo 2), la que analiza las formas o estilos principales en que las personas enfrentan sus situaciones problemáticas o conflictivas. Para su evaluación, los 67 índices están clasificados en 8 subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen con totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es que la predomina (confrontación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, búsqueda de apoyo social, huida- evitación, planificación y re evaluación positiva). Además, se utilizó una ficha sociodemográfica (Ver Anexo 3) para receptar datos como: edad, nivel de escolaridad, convivencia familiar, estado civil y actividad laboral. Las entrevistas fueron aplicadas por personal capacitado en el tema y el test utilizado.

2.4 Procedimiento

En primera instancia se procedió a solicitar la autorización correspondiente a las autoridades del centro de salud de Chordeleg, para poder desarrollar la investigación. Posterior, se identificó a las adolescentes embarazada durante el periodo de tiempo establecido y se realizó una entrevista personal, se dio a conocer la finalidad del estudio y se solicitó que aquellas que aceptaban formar parte del estudio firmen un consentimiento informado (Ver Anexo 4) y en el caso de menores de edad lo firmaron sus representantes. Una vez firmado el consentimiento se procedió a realizar la entrevista de manera personal, se aplicó las dos escalas y la ficha sociodemográfica.

2.5 Análisis de datos

Los datos obtenidos de las encuestas fueron registrados y analizados con el paquete estadístico SPSS 18; se realizó el análisis descriptivo de las variables de estudio (edad, religión, estado civil, actividad laboral, escolaridad, convivencia, estrategias de afrontamiento, grado de funcionalidad familiar). Para la asociación de las variables de estudio se realizó la prueba estadística de chi cuadrado y el valor p; se utilizó Odds ratio (OR) para definir la ventaja de la exposición para favorecer el desenlace.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

La media de la edad fue 18,28 años, esta variable se distribuyó según los periodos de la adolescencia, la prevalencia fue mayor en la adolescencia tardía (82%). La caracterización demográfica de esta población se encuentra en la Tabla 2; podemos observar que la religión predominante fue la católica con una frecuencia del 78% (n=39), en cuanto a la escolaridad todas las embarazadas manifestaron algún grado, y de estos el más frecuente fue la educación básica completa 32% (n=16), seguido del bachillerato completo con un 26% (n=13). El 56% de ellas vive con su esposo o pareja (n=28), mientras que el 20% manifestaron convivir con diferentes grupos familiares de los establecido como, por ejemplo; vivir sola o vivir únicamente con abuelos maternos o paternos. En cuanto al estado civil el 64% (n=32) viven en unión de hecho, seguido de soltera con un 30% (n=15). El 58% (n=29) manifestaron ser amas de casa sin actividad laboral seguido de laboralmente activa en ocasiones 16% (n=8) y estudiante 16% (n=8).

Tabla 2 Caracterización sociodemográfica de las gestantes adolescentes

	<i>Variables</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Religión	Ninguna	10	20,00
	Católico	39	78,00
	Testigo de Jehová	1	2,00
	Cristiano	0	0,00
	Otros	0	0,00
Escolaridad	Ninguna	0	0,00
	Educación básica completa	16	32,00
	Educación básica incompleta	11	22,00
	Bachillerato completo	13	26,00
	Bachillerato incompleto	8	16,00
	Nivel superior completo	1	2,00
	Nivel superior incompleto	1	2,00
Convivencia	Vive con ambos padres y hermanos	9	18,00
	Vive con su esposo (a) pareja	28	56,00
	Vive con ambos padres, hermanos, y otros familiares (abuelos, tíos, etc.)	1	2,00
	Vive solo con el padre o la madre	1	2,00
	Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos	1	2,00
	Otros	10	20,00
Estado civil	Soltera	15	30,00
	Unión de hecho	32	64,00
	Casada	3	6,00
	Separada (de hecho)	0	0,00
	Divorciada (legalmente)	0	0,00
	Viuda	0	0,00
Actividad laboral	Laboralmente activo (jornada completa)	5	10,00
	Laboralmente activo (media jornada)	0	0,00
	Laboralmente activo (ocasionalmente)	8	16,00
	Estudiante	8	16,00
	En formación	0	0,00
	Dueña de casa (sin actividad laboral)	29	58,00
	Otros	0	0,00

En cuanto a la funcionalidad familiar se identificó que el 48% (n=24) de las adolescentes pertenecían a una familia funcional seguida del 38% (n=19) moderadamente funcional. No se evidencio ninguna familia severamente disfuncional (Ver Tabla 3). Cuando se consideró el periodo de la adolescencia según el grado de funcionalidad familiar se observó que el mayor porcentaje de disfuncionalidad familiar se encontraban en la adolescencia tardía con un 57,1% (n=4).

Tabla 3 Frecuencia de los grados de funcionalidad familiar.

	Variables	No.	%
<i>Funcionalidad familiar</i>	Severamente disfuncional	0	0,00
	Disfuncional	7	14,00
	Moderadamente funcional	19	38,00
	Funcional	24	48,00

En este estudio se consideraron ocho tipos de afrontamiento, de los cuales los más frecuentes resultaron la reevaluación positiva 34% (n=17) y el autocontrol con la misma frecuencia (Ver Tabla 4)

Tabla 4 Estrategias de afrontamiento

	Variables	No.	%
<i>Estilos de afrontamiento</i>	Confrontación	0	0,00
	Distanciamiento	3	6,00
	Autocontrol	17	34,00
	Búsqueda de apoyo social	0	0,00
	Aceptación de responsabilidades	0	0,00
	Huida	4	8,00
	Planificación	9	18,00
	Reevaluación positiva	17	34,00

En la Tabla 5 se presenta la relación que existe entre las variables sociodemográficas y el grado de funcionalidad familiar. El vivir con pareja presento una relación estadísticamente significativa con la funcionalidad familiar (χ^2 19,57; p 0,021), las parejas estables tenían mayor probabilidad de presentar funcionalidad familiar. En las familias funcionales se evidencio que la religión prevalente fue la católica 36% (n=18). El estado civil más frecuente en las familias funcionales fue la unión de hecho y la mayoría de adolescentes que pertenecían a familias funcionales eran amas de casa.

Tabla 5 Relaciones entre variables medidas en escala nominal, y funcionalidad familiar.

<i>Variables Sociodemográficas</i>		Disfuncional	Moderadamente Funcional	Funcional	<i>Chi²</i>	<i>P</i>
<i>Religión</i>	Católica	5	16	18	6,886	0,142
	Ninguna	1	3	6		
	Testigo de jehová	1	0	0		
<i>Escolaridad</i>	Educación básica completa	2	8	6	13,78	0,183
	Educación básica incompleta	4	4	3		
	Bachillerato completo	1	6	6		
	Bachillerato incompleto	0	1	7		
	Nivel superior incompleto	0	0	1		
	Nivel superior completo	0	0	1		
<i>Convivencia</i>	Vive con ambos padres y hermanos	1	6	2	19,57	0,021
	Vive con su esposo (a) pareja	4	6	18		
	Vive con ambos padres, hermanos, y otros familiares (abuelos, tíos, etc.)	0	0	1		
	Vive solo con el padre o la madre	1	0	0		
	Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos	0	0	1		
	Otros	1	7	2		
<i>Estado Civil</i>	Soltera	2	10	3	8,7	0,69
	Unión de hecho	5	8	19		
	Casada	0	1	2		
<i>Actividad Laboral</i>	Laboralmente activo (jornada completa)	1	3	1	4,853	0,563
	Laboralmente activo (ocasionalmente)	1	4	3		
	Dueña de casa (sin actividad laboral)	3	11	15		
	Estudiante	2	1	5		

En la tabla 6, se realizó el cálculo de correlación entre las variables sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento las cuales fueron categorizadas en estrategias positivas (apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación, autocontrol, reevaluación positiva) y negativas (confrontación, distanciamiento, huida- evitación), como podemos observar no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa. En cuanto a la distribución de frecuencia pudimos observar que n=32 de las participantes que utilizaban estrategias de afrontamiento positivas eran católicas, además tenían mayor grado de escolaridad y convivían con su pareja.

Tabla 6 Relaciones entre variables medidas en escala nominal, y estilos de afrontamiento.

<i>Variables sociodemográficas</i>		<i>Estrategias de afrontamiento</i>		<i>Chi²</i>	<i>P</i>
		Positivas	Negativas		
<i>RELIGION</i>	Católica	32	7	0,569	0,753
	Ninguna	9	1		
	Testigo de Jehová	1	0		
<i>ESCOLARIDAD</i>	Educación básica completa	14	2	9,819	0,081
	Educación básica incompleta	6	5		
	Bachillerato completo	12	1		
	Bachillerato incompleto	8	0		
	Nivel superior incompleto	1	0		
<i>CONVIVENCIA</i>	Nivel superior completo	1	0	0,922	0,969
	Vive con ambos padres y hermanos	8	1		
	Vive con su esposo (a) pareja	23	5		
	Vive con ambos padres, hermanos, y otros familiares (abuelos, tíos, etc.)	1	0		
	Vive solo con el padre o la madre	1	0		
	Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos	1	0		
<i>ESTADO CIVIL</i>	Otros	8	2	0,831	0,666
	Soltera	13	2		
	Unión de hecho	26	6		
	Casada	3	0		
<i>ACTIVIDAD LABORAL</i>	Laboralmente activo (jornada completa)	4	1	0,72	0,869
	Laboralmente activo (ocasionalmente)	6	2		
	Dueña de casa (sin actividad laboral)	25	4		
	Estudiante	7	1		

Al realizar el análisis estadístico del grado de funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento (Ver Tabla 7), los resultados arrojados permitieron identificar la existencia de una fuerte asociación estadística (Chi^2 23,410 p 0,003), las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas en las familias funcionales fueron la reevaluación positiva 28% y la planificación 12%, mientras que en las familias disfuncionales las estrategias más frecuentes fueron la huida y el autocontrol.

Tabla 7 Relación significativa entre funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento.

<i>Estrategias de afrontamiento</i>	<i>Funcionalidad familiar</i>					
	<i>Disfuncional</i>		<i>Moderadamente funcional</i>		<i>Funcional</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Distanciamiento	1	2,00	1	2,00	1	2,00
Autocontrol	4	8,00	10	20,00	3	6,00
Huida	2	4,00	2	4,00	0	0,00
Planificación	0	0,00	3	6,00	6	12,00
Reevaluación positiva	0	0,00	3	6,00	14	28,00

Se procedió a demás a calcular el Odds ratio, se obtuvo que el menor grado de escolaridad tiene 6,85 más probabilidades de que la adolescente embarazada utilice estrategias de afrontamiento negativas y aquellas que pertenecen a familias disfuncionales tienen 7,31 más probabilidades de utilizar estrategias de afrontamiento negativas en comparación con aquellas que pertenecen a familias funcionales.

Tabla 8 Estrategias de afrontamiento y variables relacionadas como factores de riesgo.

	<i>Odds Ratio</i>	<i>Intervalo de confianza</i>
No tener religión	0,63	0,06 - 5,91
Menor grado de escolaridad	6,85	1,25 - 37,6
Familia extendida	0,43	0,04 - 3,96
Soltera	0,92	0,15 - 5,38
Laboralmente inactivo	0,859	0,14 - 5,08
Disfuncionalidad familiar	7,31	1,18 - 44,97

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue identificar la relación entre el funcionamiento familiar y las estrategias de afrontamiento en las adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud del cantón Chordeleg. En el presente estudio participaron 50 adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chordeleg, el 14% presentaron disfunción familiar, hallazgos que no coinciden con un estudio realizado en la ciudad de Macas, Rivadeneira (2016) identificó que el 64% de las adolescentes embarazadas pertenecían a familias disfuncionales. En otro estudio realizado en el año 2012 en la provincia de Orellana determinó que el 65% de las adolescente embarazadas vivían en familias con grado de disfuncionalidad de moderado a severo (Hermeza, 2012). Las diferencias de resultados podrían deberse a las características de la población. Al parecer las adolescentes buscaban una deseabilidad social, la que se refiere a la necesidad del participante de quedar bien con el experimentador, hacer lo que se supone que se espera que haga, o favorecer en alguna manera a que se dé el resultado experimental que se quiere (Domínguez, Aguilera, Acosta, Navarro, y Ruiz, 2012), las adolescentes elegían aquellas opciones que ellas consideraban que harían quedar su entorno familiar en un buen concepto. Además es importante aclarar que el mayor porcentaje de participantes viven en zonas rurales del cantón, lo que las hace personas menos extrovertidas que tiene costumbres arraigadas lo que genera tabúes en sus pensamientos y se ve reflejado a la hora de responder, ya que muchas de ellas se sentían incómodas con las preguntas aplicadas (Palacios y Martínez, 2017). En algunos casos, sobre todo en las menores de edad que requerían el consentimiento de sus padres, se notó un alto grado de desconfianza por parte de sus progenitores ya que cuestionaban mucho los motivos de la presente investigación e inclusive pensaban que si sus respuestas demostraban que eran familias con conflictos internos habría represarías por parte de la casa de salud, esto fue una importante limitante a pesar de que se les explicó claramente que la información que se recogiera es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación.

En cuanto a la edad se evidenció que la mayor prevalencia de embarazos adolescentes fue en la adolescencia tardía, resultados similares a un estudio realizado en Perú, en donde el 71,13% de las embarazadas tenían una edad comprendida entre los 17 a 19 años (Surichachi y Vera, 2018). En el caso puntual de nuestra investigación en donde

la prevalencia de familias funcionales fue alta, podríamos deducir que esto se debe en gran parte a la edad ya que en la adolescencia tardía el joven se encuentra en un periodo de mayor tranquilidad caracterizado por; identidad firme, intereses estables con mayor conciencia de las limitaciones, capacidad de tomar decisiones de manera independiente, mayor interés por realizar planes a futuro, pensamiento abstracto establecido (Gaete, 2015). Por todas estas razones es muy probable que las madres adolescentes lleven de mejor manera sus relaciones familiares y asuman estrategias de afrontamiento positivas.

Las familias que son funcionales, están asociadas a convivir con su esposo o pareja, Wrzus, Hanel, Wagner, y Neyer (2013), describen que desde la perspectiva de la tradición de la cultura occidental el establecer una relación de pareja estable constituye una de las experiencias vitales más importantes de la edad adulta, nuestro estudio fue realizado en adolescentes sin embargo muchas de ellas estaban cerca de finalizar este periodo e iniciar la adultez. Varios estudios han identificado que las personas que conviven con una pareja estable son más felices y muestran mayor satisfacción con la vida en general, tienen mejor calidad de vida, salud y mayor bienestar familiar (Bradbury, Fincham, y Beach, 2000; Stack y Eshleman, 1998).

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la reevaluación positiva y planificación, las cuales constituyen estrategias de afrontamiento positivas, además estas mostraron fuerte asociación con pertenecer a una familia funcional lo que nos demuestra la importancia de la familia en el desarrollo de la adolescente. En un estudio realizado con 150 adolescentes embarazadas en la ciudad de Cúcuta se identificó que el 46% de ellas pertenecían a grupos familiares funcionales y las estrategias de afrontamiento más utilizada fueron concentrarse en resolver el problema con 22%, y fijarse en lo positivo con 21%, similar a lo encontrado en nuestro estudio, en este mismo estudio se determinó correlación moderada y positiva entre la funcionalidad familiar y el estilo de afrontamiento “Resolver el problema” (χ^2 0.405, $p < 0.01$); es decir, las estrategias de afrontamiento que se utilicen, están asociado directamente al grado de funcionalidad familiar en el hogar (Zambrano et al., 2012). También en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en donde se identificó las estrategias de afrontamiento utilizadas por las adolescentes embarazadas, se identificó que las más frecuentes fueron la reevaluación positiva (40%) y en un 20% esforzarse y tener éxito; teniendo con esto que el estilo dirigido a la resolución de problemas es el más utilizado (Guamán y Pillajo, 2016). Estos hallazgos son similares a los de nuestra investigación lo que nos hace suponer que la

escolaridad puede ser un importante factor a la hora de tomar decisiones en la resolución de problemas ya que al igual que en nuestro estudio todas estas adolescentes tenían algún grado de escolaridad.

3 CONCLUSIONES

En las adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud del cantón Chordeleg se evidencio que pertenecían principalmente a familias funcionales (86%), la media de la edad fue de 18,24 años, con mayor prevalencia en la adolescencia tardía. En cuanto las estrategias de afrontamiento, se identificó que las más utilizadas son la reevaluación positiva y la planificación. El convivir con una pareja estable fue la variable de mayor asociación para tener una familia funcional. La funcionalidad familiar fue el factor más importante en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas ya que se vio que las familias funcionales utilizaban estrategias de afrontamiento positivas mientras que las disfuncionales elegían negativas.

Estos resultados nos hacen concluir en la importante función que cumple la familia en la adolescencia ya que esta es una etapa crucial de la vida que va a definir el tipo de persona en la que se convertirán en la vida adulta, el embarazo en esta etapa es un factor negativo ya que interrumpe el desarrollo normal, sin embargo; si la adolescente cuenta con una red de apoyo familiar podrá enfrentar de manera adecuada las situaciones que se le presenten. Es importante que se eduque a los jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva, para evitar consecuencias poco favorables como un embarazo no deseado. Si a pesar de estas medidas nos encontramos con el caso de una gestante adolescente debemos implementar medidas de apoyo para que ella pueda continuar con su desarrollo y superar de la mejor manera el problema que se le ha presentado, nuestro deber como profesionales de la salud mental es trabajar activamente con la población para prevenir, pero también ofrecer recursos que ayuden a solucionar conflictos que se hayan presentado.

4 LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio fue la deseabilidad social ya que no permitió identificar de manera certera los resultados, debido ha que la mayoría de participantes no respondieron con sinceridad los cuestionarios. El área en donde se aplicó las entrevistas quizá no fue la más óptima ya que no se contaba con un espacio cerrado y esto también

pudo influenciar a que no se sintieran cómodas pues muchas de las preguntas tocaban aspectos íntimos de su vida.

5 RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones se recomienda que se utilicen medidas de deseabilidad social, para evitar falsos resultados. Además, se recomienda ampliar la población para identificar adolescente de diferentes zonas ya que en nuestra investigación las participantes pertenecieron exclusivamente a zonas rurales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, N., Aldana, O., & Bonilla, C. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia.. [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de abril de 2019];1 (1): 01-08. *Factores Familiares de Riesgo de Consumo de Sustancias Psicoactivas En Estudiantes de Una Institucion de Educacion Media Tecnica de Colombia.*, (c).
- Arias, C., Carmona, I., Castaño, J., Castro, A., Ferreira, A., González, A., & Mejía, J. (2013). Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud Ese, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina*, 13(2), 142–159.
- Blázquez, M. (2012). Embarazo adolescente Adolescent pregnancy. *Revista Electronica de Medicina Embarazo Adolescente*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1089/cbr.2005.20.36>
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 62, pp. 964–980. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x>
- Carreras, A. (2014). Recursos , Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar. *Apuntes: Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar*, 1(0), 1–12.
- Casullo, M. M., & Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista Del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25–49.
- Colegio Mexicano de Medicina Familiar, & Farfán, G. (1999). *Programa de actualización continua en medicina familiar* (1º). México D.F.: Intersistemas.
- Culpin, I., Heron, J., Araya, R., Melotti, R., & Joinson, C. (2013). Father absence and depressive symptoms in adolescence: findings from a UK cohort. *Psychological Medicine*, 43(12), 2615–2626. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000603>
- Dávila, Y. (2005). Características de la familia: una visión sistémica. In *UNIVERSIDAD VERDAD*. Cuenca.
- Díaz, L., & González, M. (2014). Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México. *Enfermería Global*, 13(1), 1–17.
- Domínguez, A., Aguilera, S., Acosta, T., Navarro, G., & Ruiz, Z. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social Alejandra. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808–824. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Domínguez, I. D. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387–398.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Betina Lacunza, A., Levín, M., & Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21, 66–72.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1996). The Adolescent Coping Scale: multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 216–227.
- Gaete, V. (2015). Adolescent psychosocial development. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Garcia, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad,

Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79–87.

- Gómez, C. A., & Montoya, L. P. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revista de Salud Pública*, 16(3), 394–406. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34986>
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105–122.
- González, F., Gimeno, A., Meléndez, J. C., & Córdoba, A. (2012). La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 5(1), 34–39. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1101>
- Guamán, M., & Pillajo, R. (2016). *ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ESCOLARIZADAS*.
- Hermoza, D. (2012). *Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana*. Universidad Central del Ecuador.
- Hunt, J. (2007). *Dysfunctional Family: Making Peace with Your Past*. Hope For The Heart Series.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Compendio Estadístico 2014.
- Jiménez, C., & Vélez, A. (2010). Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Retrieved from Portales médicos.com website: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/Funcionalida>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. In Martínez Roca (Ed.), *Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas* (p. 164). New York.
- Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Ultima Década*, 22(40), 11–36. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362014000100002>
- Macías, M., Madariaga, C., Marcela, V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Individual and family coping strategies when facing psychological stress situations. *Psicología Desde El Caribe*, 30(1), 123–145.
- Makárenko, A. (1961). *Conferencias sobre Educación Infantil*. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba.
- Makinson, C. (1985). The health consequences of teenage fertility. *Family Planning Perspectives*, 17(3), 132–139.
- Marcell, A. (2008). Adolescencia. In Elsevier (Ed.), *Nelson Tratado de Pediatría* (18°, pp. 60–65). Barcelona.
- Mayor, S. (2004). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328(7449), 1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1152-a>
- Ministerio de Salud. (2018). Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y sistemas familiares* (Granica, Ed.). Barcelona.
- Mora, A. M., & Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 294–301.
- Mora, M. (2006). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38(3 SE-Psicología de la

- educación). <https://doi.org/https://doi.org/10.35362/rie3832657>
- Moreno, J., Echavarría, K., Pardo, A., & Quinonas, Y. (2014). Funcionalidad familiar, el comportamiento y el rendimiento académico internaliza en un grupo de adolescentes de Bogotá. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 8(2), 37–46.
 - Ochoa, A. (2011). *Funcionalidad familiar con adolsecetes programa niño trabajador área tres INFA Cuenca*. Universidad Estatal de Cuenca.
 - Organismo Andino de Salud - Covenio Hipólito Unanue, & UNFPA. (2016). Diagnóstico de Situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina.
 - Organización Mundial de la Salud. (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de La Organización Mundial de La Salud*, 87, 405–448.
 - Organización Mundial de la Salud. (2015). Desarrollo en la adolescencia. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 - Organización Mundial de la Salud. (2018). El embarazo en la adolescencia. Retrieved from Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 - Palacios, J. R., & Martínez, R. (2017). Descripción de características de personalidad y dimensiones socioculturales en jóvenes mexicanos. *Revista de Psicología*, 35(2), 453–484. <https://doi.org/10.18800/psico.201702.003>
 - Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12^o; McGrawHill S.A., Ed.).
 - Quinteros, P. (2015). *Estrategia de educación de la sexualidad en función de prevenir el embarazo en la adolescencia, orientada desde la atención primaria de salud por los médicos y las enfermeras de la familia* (Editorial Universitaria, Ed.).
 - Reyes, W. G., & Miranda, N. T. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452–460.
 - Rivadeneira, H. A. (2016). *Funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Luxemburgo de la Ciudad de Macas, durante el periodo 2015*. Universidad del Azuay.
 - Salas, F. G. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38(56), 1. <https://doi.org/10.15359/abra.38-56.3>
 - Sánchez, D., Hernández, L., Salim, Y., & Domínguez, M. (2017). Embarazo en la adolescencia: afrontamiento y sexualidad Artículo. *Revista Sexología y Sociedad*, 23(1), 94–105.
 - Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital status and happiness: A 17-nation study. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 60, pp. 527–536. <https://doi.org/10.2307/353867>
 - Suárez, P., & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12, 153–172.
 - Surichahui, D., & Vera, Z. (2018). *Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes de los consultorios externos del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Huancayo, 2018*. Universidad Nacional del Centro del Perú.
 - Urreta, M. (2008). Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. *Biblioteca - UNMSM*,

1–86.

- Wrzus, C., Hanel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *139*(1), 53–80. <https://doi.org/10.1037/a0028601>
- Zambrano, G., Vera, S., & Florez, L. (2012). Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Revista Ciencia y Cuidado*, *9*(2), 9–16. <https://doi.org/10.22463/17949831.334>

ANEXOS

Anexo 1.- Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

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

Anexo 2.- Escala de afrontamiento de Lazarus

Instrucciones:

Lea por favor cada uno de los cuestionamiento que se indican a continuación y escriba el numero que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

- 0.....En absoluto
 1.....En alguna medida
 2.....Bastante
 3.....En gran medida

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)....	(2)
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.....	(3)
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.....	(3)
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.....	(2)
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.....	(3)
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.....	(3)
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.....	(3)
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.....	(3)
9. Me criticqué o me sermoneé a mí mismo.....	(2)
10. No intenté quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta.....	(2)
11. Confié en que ocurriría un milagro.....	(3)
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).....	(3)
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.....	(3)
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.....	(3)
15. Busqué alguna rendija de esperanza, por así decirlo, intente mirar.....	(1)
16. Dormí más de lo habitual.....	(3)
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.....	(3)
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.....	(3)
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.....	(0)
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.....	(2)
21. Intenté olvidarme de todo.....	(3)
22. Busque la ayuda de un profesional.....	(3)
23. Cambié. Madure como persona.....	(3)
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.....	(3)
25. Me disculpé o hice algo para compensar.....	(3)
26. Desarrolle un plan de acción y lo seguí.....	(3)
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.....	(1)
28. De algún modo exprese mis sentimientos.....	(3)
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.....	(2)
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entre.....	(3)
31. Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.....	(3)
32. Me alejé del problema por un tiempo: intente descansar o tomarme unas vacaciones.....	(3)
33. Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos....	(0)
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.....	(2)
35. Intente no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.....	(3)
36. Tuve fe en algo nuevo.....	(3)
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.....	(3)
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida.....	(3)
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.....	(3)
40. Evite estar con la gente.....	(3)
41. No permití que me venciera: rehice pensar en el problema mucho tiempo.....	(0)
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.....	(3)
43. Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas.....	(3)
44. No me tome en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.....	(0)

45. Le conté a alguien cómo me sentía.....	(0)
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.....	(3)
47. Me desquité con los demás.....	(3)
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.....	(3)
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.....	(0)
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.....	(3)
51. Me prometí a mi mismo que las cosas serian distintas la próxima vez.....	(3)
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema.....	(3)
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.....	(3)
54. Intente que mis sentimientos no interfieran demasiado con mis cosas.....	(3)
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.....	(3)
56. Cambie algo en mí.....	(0)
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.....	(3)
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.....	(3)
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.....	(3)
60. Recé.....	(3)
61. Me prepare mentalmente para lo peor.....	(3)
62. Repasé mentalmente para lo peor.....	(3)
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tome como modelo.....	(3)
64. Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.....	(3)
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.....	(3)
66. Corrí o hice ejercicio.....	(0)
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor describalo).....	(0)

Anexo 3.- Ficha sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador

Fecha.....

Lugar de nacimiento.....

Fecha de nacimiento.....

Religión.....

Edad: _____ años cumplidos

Años de estudio

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> educación básica incompleta | 5 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico |
| 2 <input type="checkbox"/> educación básica completa | 6 <input type="checkbox"/> nivel superior |
| 3 <input type="checkbox"/> bachillerato incompleto | |
| 4 <input type="checkbox"/> bachillerato completo | |

otros si falta alguien.

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive solo |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as) |
| 7 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes..... |

Estado civil actual:

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> separado/a (de hecho) |
| 2 <input type="checkbox"/> unión de hecho | 5 <input type="checkbox"/> divorciado/a (legalmente) |
| 3 <input type="checkbox"/> casado/a | 6 <input type="checkbox"/> viudo/a |

(Con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa) | 06 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad |
| 2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada) | 07 <input type="checkbox"/> servicio militar |
| 3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente) | 08 <input type="checkbox"/> cesante |
| 4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral) | 09 <input type="checkbox"/> jubilado/a |
| 5 <input type="checkbox"/> estudiante | 10 <input type="checkbox"/> otro: _____ |

Anexo 4.- Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CANTON CHORDELEG

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE 10 A 20 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN CHORDELEG DEL AÑO 2019.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de permitir participar a su hija o representado (a) – o no -, en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Su hijo (a) o representado (a) ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es *analizar el* funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas entre 10 a 20 años en el centro de salud del cantón chordeleg del año 2018-2019.”

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta que su hijo (a) o representado (a) participe, al niño se le aplicarán varios test: un test **escala de afrontamiento de Lazarus**, un test de **escala de Funcionalidad Familiar (FF-SIL)** para la identificación de la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas que permite conocer cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Estas pruebas le tomarán a su hija un tiempo aproximado de 2 horas y serán aplicadas por psicólogos clínicos.

Las profesionales responsables de estas evaluaciones son las estudiantes de psicología clínica de la Universidad del Azuay, Estefanía Marin y Cecilia Solis.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted o para su hija o representado (a) por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del Centro de salud de Chordeleg, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para su hija o para su familia

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar la participación de su hijo (a) o representado (a) si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación de su hijo (a) o representado (a) en este estudio.

Si decide retirar a su hijo (a) o representado (a) del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor dirijase a las estudiantes Estefanía Marín y Cecilia Solís o al correo estefania.marin169@gmail.com o al número 0996101714.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante menor de edad: Alexandria Yanza.

Firma: _____

Fecha: _____

Estefanía Marín

Estudiantes de la Universidad del Azuay

Cecilia Solís

Estudiantes de la Universidad del Azuay