



Universidad Norbert Wiener

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DEL
CUIDADO AL RECIÉN NACIDO EN LAS MADRES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

**MUNARRIZ ULLOA, FERNANDA LUCIA
ROPA PUMA, VIOLETA IRIS**

**LIMA – PERÚ
2017**

Dedicatoria

Dedicado a nuestros familiares, que nos brindaron su apoyo incondicional, emocional, y así lograr nuestras metas, y objetivos trazados.

Agradecimiento

Agradecer a Dios y a nuestros familiares por el gran apoyo durante nuestra etapa Universitaria.

Agradecemos a nuestro asesor Mg. Alejandro Borda Izquierdo, por su apoyo en la realización de la presente investigación teniendo la comprensión, paciencia y sabiduría como sus mayores virtudes.

ASESOR

MG. ALEJANDRO BORDA IZQUIERDO

JURADO

PRESIDENTE: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas

SECRETARIA: Mg. Graciela Guevara Morote

VOCAL : Mg. Wilmer Calsin Pacompia

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Asesor de tesis	v
Jurado	vi
Índice	vii
Índice de Gráficos	ix
Índice de Tablas	x
Resumen	xi
Summary	xii
 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	16
1.3 Justificación	16
1.4. Objetivos	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivo específico	17
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	18
2.2. Base teórica	27
2.3. Hipótesis	56
2.4. Definición Operacional de Términos	57
 CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO	
3.1. Tipo de investigación	60
3.2. Población y muestra	60
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
3.4. Procesamiento y análisis de datos	62
3.5. Aspectos éticos	63
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	65

4.2. Discusión	84
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	89
5.2. Recomendaciones	90
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	91
ANEXOS	98

Índice de Gráficos

	Pág.
1. Nivel de Funcionalidad familiar de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	66
2. Nivel de la Organización o estructura de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	67
3. Nivel de Solución de Conflictos de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	68
4. Nivel del Ambiente emocional de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	69
5. Nivel de Prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	70
6. Nivel de Prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por dimensiones	71
7. Funcionalidad familiar y las Prácticas en el cuidado al recién nacido	73
8. Organización o estructura y las Prácticas en el cuidado al recién nacido	76
9. Solución de conflictos y las Prácticas en el cuidado al recién nacido	79
10. El Ambiente emocional y las Prácticas en el cuidado al recién nacido	82

Índice de Tablas

	Pág.
1. Funcionalidad familiar y las Prácticas en el cuidado al recién nacido	74
2. Nivel de la Organización o estructura de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.	77
3. Nivel de la solución de conflictos de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	80
4. Nivel del Ambiente emocional de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	83

Resumen

Objetivo: Fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Material y Métodos: el estudio fue de tipo transversal, descriptivo y observacional. La población estuvo constituida por 50 madres adolescentes a quienes se les aplicó dos instrumentos, el primero de funcionalidad familiar el cual consta de 32 enunciados y el segundo una lista de chequeo para las prácticas, con 26 enunciados. **Resultado:** El funcionamiento familiar del total de las madres adolescentes encuestadas, el 58% (29), poseen un funcionamiento familiar funcional y 42% (21) disfuncional. En cuanto a la práctica de las madres adolescentes sobre el cuidado al recién nacido del total de encuestadas, el 64% (32) realiza prácticas adecuadas y el 36% (18) prácticas inadecuadas. **Conclusiones:** La funcionalidad familiar en la gran mayoría de las madres adolescentes es funcional representado por el área de estructura familiar, área de solución de conflictos y en la misma proporción en el área de ambiente emocional. Las madres adolescentes la mayoría tienen prácticas adecuadas en el cuidado al recién nacido durante la vestimenta, la higiene, la identificación de signos de alarma, descanso y sueño, la lactancia materna y eliminación vesical e intestinal del recién nacido. Entre la funcionalidad familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes no existe relación según la prueba del Chi Cuadrado con p valor de $0,390 > 0,05$.

Palabras claves: “Funcionalidad familiar”, “Prácticas”, “Madres adolescentes”.

Abstract

Objective: to determine the relationship between family functionality and practices in the care of newborns in adolescent mothers attended in the National Teaching Hospital Madre Niño San Bartolomé. **Material and Methods:** the study was cross-sectional, descriptive and observational. The population was constituted by 50 adolescent mothers to whom two instruments were applied, the first of family functionality which consists of 32 statements and the second a checklist for practices, with 26 statements. **Result:** The family functioning of the total of the surveyed adolescent mothers, 58% (29), have functional family functioning and 42% (21) dysfunctional. Regarding the practice of adolescent mothers on newborn care of the total number of respondents, 64% (32) perform appropriate practices and 36% (18) practice inadequate. **Conclusions:** Family functionality in the great majority of adolescent mothers is functional, represented by the area of family structure, area of conflict resolution and in the same proportion in the area of emotional environment. Most adolescent mothers have adequate practices in newborn care during clothing, hygiene, identification of warning signs, rest and sleep, breastfeeding and bladder and bowel removal of the newborn. Between family functionality and practices in newborn care in adolescent mothers there is no relationship according to the Chi-square test with p value of $0.390 > 0.05$.

Keywords: "Family Functionality", "Practices", "Teenage Mothers".

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente una de las principales causas de la mortalidad materna e infantil es el embarazo en la adolescencia, la cual también con lleva a ser un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer, siendo en mucho de los casos producto de una conducta sexual precoz, violación, entre otros, implicando niveles de riesgo alto riesgo para la salud de la adolescente.

La organización mundial de la salud, en el año 2014 mencionó que “16 millones de muchachas entre 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años fueron madres, siendo la mayoría de países con ingresos de medianos a bajos” y que los neonatos de madres adolescentes tienen más riesgo de mortalidad frente los bebés que nacen de mujeres entre 20 a 24 años (1).

La Unicef refiere que en América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa en cuanto a los más altos índices de embarazos en adolescentes del mundo.

Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años y casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes, estos porcentajes son de tres a cinco veces más altos en sociedades de escasos recursos a diferencia de los que cuentan con recursos económicos (2).

En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dio a conocer que, en el año 2014, se estimó que existe 207 mil 800 adolescentes entre 15 a 19 años de edad que son madres o están embarazadas por primera vez. Esta cifra representa el 14,6% del total de adolescentes del país del cual el 11,7% de ellas son madres y el 2,9% están embarazadas por primera vez. Por su parte la Reniec en el año 2015, tuvo 1, 538 casos de madres entre los 11 y 14 años de edad que registraron el nacimiento de sus hijos, habiendo también 3,950 madres de 15 años de edad. El Minsa confirma la tendencia pues en los últimos 10 años, el número de madres que tienen menos de 15 años pasó de 936 casos en el 2005 a 1,040 en el año 2015 (3).

Por lo tanto en el Perú, a diario, al menos 4 niñas menores de 15 años de edad experimentan la maternidad, en cuanto a las adolescentes de 15 años estos tienen una media de 11 partos al día, situación que pone en riesgo no solo la salud de la madre si no también la del neonato y su futuro (4).

Se debe tener en cuenta que las madres adolescentes aún no han desarrollado la suficiente madurez física y mental para cumplir con el rol maternal, situación que ponen en grave riesgo su salud y la del recién nacido. Como dice Reeder, “una madre adolescente no está física ni intelectualmente madura, por lo que es incapaz de superar con éxito los problemas económicos y sociales que ocasionan la presencia de un nuevo ser. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé” (5).

Ante esta situación es importante que las instituciones de salud presenten políticas que integren el binomio madre adolescente y entorno familiar, pues la familia constituye una red fundamental de apoyo y es la principal trasmisora de conocimientos durante esta etapa.

Por ello se debe conocer que una familia funcional crea estrategias, organiza y coordina con los demás integrantes acciones orientadas a

proteger al más necesitado, identificando aquellos peligros que puedan desequilibrar su integridad, en cambio, una familia disfuncional es difícil que llegue a comprender la situación de la madre adolescente.

Chávez en Lambayeque, realizó un estudio titulado “Cuidado de la familia al binomio madre adolescente - recién nacido”, en el año 2012 encontró que los cuidados en el ambiente familiar influye en la relación afectiva de la madre y el recién nacido, tomando como base el ejemplo aprendido de su entorno que involucran creencias y prácticas, aspectos que deben ser considerados por el profesional de enfermería, ya que es la encargada del cuidado integral a la persona en las diferentes etapas de vida (6).

Al respecto en el “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” se observa que durante la atención a las madres adolescentes y al recién nacido muchas de ellas se encuentran solas con su hijo y refieren: “no sé qué hare cuando vaya a mi casa con mi hijo”, “no sé cómo cuidarlo”, “mi mama me dijo que me ayudara”, “espero que mis padres cambien de opinión al ver a mi hijo”, “le brindare todo el afecto del mundo”, “estoy feliz, pero a veces triste no quiero ser mala madre para él”.

Al interactuar con algunos integrantes de la familia de la madre adolescente ellos mencionan: “le ayudo a mi hija explicándole como debe de bañar a su bebe”, “a veces primero yo le cambio el pañal al bebe para que ella sepa cómo se hace”, “aún no sabe cómo darle de lactar a su hijo”, “pero hay momentos en que le dejo sola para que aprenda que tener un hijo no es fácil”.

Frente a ello surgen algunas interrogantes: ¿Influirá el funcionamiento familiar en el cuidado al recién nacido?, ¿Las madres adolescentes conocerán los cuidados básicos del recién nacido?, ¿Las madres adolescentes reciben el apoyo por parte de su familia?, ¿Las madres adolescentes cuidarán bien al recién nacido en su hogar?, ¿Las madres adolescentes estarán lo suficientemente preparadas para este nuevo reto?

1.2. Formulación del problema

Con el respaldo del marco teórico investigado anteriormente se planteó el siguiente problema a investigar.

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017?

1.3. Justificación

La familia constituye la forma más elemental y primitiva de comunidad y agrupación humana, mediante ella se transfiere la cultura, enseñando las creencias, valores, prácticas, normas y conductas a sus integrantes.

Aun cuando la mujer tiene la capacidad biológica de convertirse en madres a una determinada edad, las madres adolescentes no están psicológicamente preparadas para asumir la maternidad y por ende tendrá dificultad para brindar a su hijo un cuidado adecuado. Hecho que puede ocasionar que la madre adolescente maltrate y/o abandone al recién nacido a causa de su inmadurez e irresponsabilidad, problema que afecta a los países en desarrollo, pues supone un impacto negativo en la sociedad y en el crecimiento económico.

Por ello consideramos importante la realización de este estudio, no solo por el aumento de las madres adolescentes en nuestro país, sino, porque en nuestro medio se han realizado escasas investigaciones sobre la relación que hay entre la funcionalidad de la familia y las prácticas que la madre adolescente adquiere para cuidar al recién nacido.

La finalidad es brindar información válida, confiable y actualizada a la sede de estudio para que las autoridades de dicha institución en especial el departamento de enfermería desarrolle estrategias orientadas a fortalecer el entorno familiar como factor protector de la madre adolescente contribuyendo así al bienestar integral no solo de la madre si no del recién nacido.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- ✓ Describir la relación entre la funcionalidad familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Determinar la funcionalidad familiar en madres atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- ✓ Determinar la práctica en el cuidado en el recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- ✓ Determinar la relación entre la organización o estructura y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- ✓ Determinar la relación entre la Solución de conflictos y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- ✓ Determinar la relación entre el Ambiente emocional y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Se tomaron como referencia investigaciones relacionadas al tema en estudio, tanto de índole nacional como internacional.

Antecedentes Internacionales

Castellón H. en Colombia, en el año 2014, realizó un estudio de título “Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico)”, teniendo como objetivo el describir la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes, en la Comunidad de Mesolandia del Municipio de Malambo. Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, que tuvo una muestra conformada por 80 familias a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Ficha Sociodemográfica y Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E). Los resultados que destacan fueron de que el predominio de las familias que viven en unión libre (74%), con 4 y 6 integrantes (68%), en ciclo familiar con preescolar (47%), con un ingreso

mensual de un salario mínimo (42%), la mayoría de los integrantes de las familias han alcanzado el grado de escolaridad secundaria completa (38%) incompleta (27%). El 78% profesan mayoritariamente la religión católica. En cuanto al nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, predomina el nivel intermedio con un (63.75 %) seguido por el nivel alto (23.75%) y un nivel bajo de (12.5%). Se concluyó que predomina el nivel intermedio en la funcionalidad familiar, con un 63.75%, lo que nos podría indicar que éstas familias pueden presentar inflexibilidad ante las nuevas experiencias que viven sus adolescentes gestantes, y un (12.5%), con un nivel bajo de funcionalidad familiar posiblemente relacionado con serias dificultades para suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales en su núcleo (7).

Parada R. en Colombia, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes”, identificando las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con su recién nacido. Estudio cuantitativo, descriptivo de corte prospectivo, que tuvo una muestra conformado por 251 puérperas adolescentes y sus recién nacidos residentes en el municipio de Cúcuta a las cuales se les aplicó un formato de valoración por dominios para la puérpera y su recién nacido y el cuestionario “prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” versión 2010. Entre sus principales hallazgos se tuvo que dentro de los factores sociodemográficos se evidencia la escolaridad y condición socioeconómica bajo, relaciones de unión libre, madre solterísimo y tipo de familia extensa como variables prevalentes. Evidenciando la existencia de prácticas no adecuadas en lo que respecta a la alimentación y cuidados de la salud especialmente. Se concluyó que las adolescentes puérperas aplican cuidados aprendidos relacionados a su cultura y sin atender en muchos casos las recomendaciones brindadas por el personal profesional de salud durante el embarazo, no obstante, cuando el personal de enfermería ejerce el cuidado humanizado y respetuoso, se muestran cambios positivos en la salud de la madre y su familia, así como la adopción de prácticas saludables (8).

Cortes L. en Colombia, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el Municipio de Puerto Asís departamento del Putumayo”, cuyo

objetivo fue describir y comparar la efectividad de la funcionalidad familiar de las familias con adolescentes gestantes de 15 a 19 años pertenecientes a la cabecera municipal y las pertenecientes a comunidades indígenas, de un Hospital de Segundo Nivel en el Municipio de Puerto Asís. Estudio de tipo descriptivo, comparativo de corte transversal con abordaje cuantitativo que tuvo una muestra conformada por dos grupos de familias con adolescentes gestantes de las cuales el 50% pertenecen a las comunidades indígenas y la otra mitad a la cabecera municipal, para un total de 136 familias a los cuales se les aplicó un instrumento. Los resultados que destacan fueron el nivel bajo de Efectividad de la Funcionalidad Familiar de (94.11%) y (95.58%) respectivamente, seguido del nivel intermedio de Funcionalidad Familiar con un (5.8%) y (4.41%) respectivamente. Concluyéndose que el nivel de la efectividad en la funcionalidad familiar de las familias con adolescentes gestantes pertenecientes a la cabecera municipal es bajo a pesar de los resultados medios representados en algunas metas y dimensiones (9).

Pava L. en Colombia, en el año 2013, realizó un estudio titulado “Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar”, describiendo las prácticas dadas en el hogar al recién nacido prematuro o de bajo peso, una vez salidos de alta de las Unidades de cuidado neonatal de Pereira. Estudio cualitativo, con un abordaje etnográfico cuya población de estudio lo integraban madres de recién nacidos que al nacer tenían menos de 37 semanas de gestación o un peso menor de 2500 gramos, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada. Los resultados que destacaron fueron del análisis surgieron 44 códigos, seis (6) patrones y dos (2) temas: 1. “Cuidar a un prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos”, con tres patrones: la Institución de salud, fuente de cuidado específico; la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé y la madre cuida al bebé. 2. “La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro en el hogar” con tres patrones: evitar que se enferme para que crezca sano; estimular al bebé es una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo, y mantenerlo calentito y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre-hijo. Se concluyó que las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, están fundamentadas en patrones

de conocimiento ético que se evidencian en los temas propuestos, en los que se describe la universalidad y diversidad del cuidado cultural (10).

Hermoza D. en Ecuador, en el año 2012, realizó un estudio titulado “Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana”, cuyo objetivo fue conocer la estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas. Estudio correlacional, cuantitativo y cualitativo, que tuvo una muestra conformada por 40 adolescentes embarazadas a las cuales se les aplicó un instrumento de funcionabilidad familiar. Los resultados que destacan fueron que el 77% de las adolescentes mencionó que una familiar estuvo embarazada cuando era adolescente, por lo que se percibe que el embarazo en la adolescencia se ha naturalizado o se concibe como un proceso normal al interior del sistema familiar, existiendo también un complejo social denominado marianismo en donde la adolescente al estar embarazada no es bien vista por el círculo familiar y la sociedad en general, pero cuando da luz es venerada y por parte respetada, existiendo así una contradicción que observan las adolescentes menores del sistema familiar y así se forman una idea con respecto al embarazo. Se concluyó que la mayoría de adolescentes que salen embarazadas es algo normal o natural después de dar a luz, pero antes de ello la familia y la comunidad no lo ve adecuado (11).

Ramírez G. en México, en el año 2012, realizó un estudio cuyo título fue “Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl estado de México 2012”, con la finalidad de determinar la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México. Estudio de tipo Transversal, descriptivo, prospectivo y observacional, que tuvo una muestra conformada por 200 adolescentes embarazadas a las cuales se les aplicó el Apgar familiar instrumento de evaluación que fue elaborado por Smilkstein. Teniendo como principales resultados que más de la mitad de adolescentes embarazadas concretamente el 59.5%, percibían a sus familias como altamente disfuncionales, presentando además 34,5% una moderada disfunción familiar y sólo un 6% percibían a sus familias como funcionales. Concluyéndose como condición de alto riesgo al embarazo adolescente, ya

que este muchas veces no es planeada y comprometiendo de manera muy sustancial la vida de la madre gestante como la de su bebe, por estos motivos se deben establecer conductas perfectamente bien establecidas para tratar de prevenir o en su defecto diagnosticar y tratar a tiempo para evitar estas complicaciones (12).

Castro A. y Cárdenas E. en Ecuador, en el año 2011, realizaron un estudio titulado “Manejo materno en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio”, cuyo objetivo fue determinar el manejo que tienen las madres adolescentes en lo que se refiere a los cuidados del recién nacido. Estudio tipo analítico, transversal, aplicada y bibliográfica, que tuvo una población constituida por todas las madres adolescentes que acudieron al servicio, a quienes se les aplico un cuestionario. Los resultados que destacaron fueron el 32% tiene apoyo de su familia, el 28% cuenta con el apoyo de su pareja y el 30% tienen el apoyo de su familia y de su pareja, el 58% a cuidado anteriormente a un recién nacido antes de su embarazo, por lo que estas madres tienen mejor experiencia para cuidar al recién nacido. Concluyéndose que las madres adolescentes no poseen un conocimiento teórico práctico básico en el cuidado del recién nacido en su gran mayoría, puesto que tienen conocimientos empíricos sobre las necesidades básicas del recién nacido como la alimentación, termorregulación, afecto, sueño, higiene y signos de alarma; siendo así indispensable la educación a este grupo de madres, por parte del profesional de enfermería (13).

Antecedentes Nacionales:

Palomino E. en Trujillo, en el año 2015, realizó un estudio titulado “Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el hospital distrital Jerusalén de la esperanza en el período enero-febrero 2015”, cuyo objetivo fue determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza, febrero 2015. Estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, que tuvo una muestra conformada por

120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación. Los resultados que destacaron fueron que la frecuencia de disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32% y 17% respectivamente. El odds ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ($p < 0.05$) el cual fue significativo. Se concluyó que la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. No existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio (14).

Palacios C. en Áncash, en el año 2012, realizó un estudio titulado “Prácticas y conocimientos de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos en relación con el nivel de prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud de Coishco en Ancash, 2012. Estudio de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo y correlacional de corte transversal, que tuvo una población conformado por 64 madres primíparas, a quienes se les aplicó un cuestionario de nivel de conocimiento y otro de nivel de práctica sobre lactancia materna exclusiva. Los resultados que destacaron fueron, el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva es adecuado en un 57,8 %, mientras que el 42,2 % presenta una inadecuada práctica sobre la lactancia materna exclusiva. El nivel de conocimiento de las madres primíparas sobre la lactancia materna exclusiva es regular (45,3 %), bueno (29,5 %) y deficiente (25,0 %). Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular en su gran mayoría, y las prácticas fueron adecuadas. Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado, se demostró una alta significancia estadística $p < 0,05$ y relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva en las madres primíparas que acuden al centro de salud de Coishco, lo que comprueba la hipótesis planteada (15).

Chávez G. en Lambayeque, en el año 2012, realizó un estudio titulado “Cuidado de la familia al binomio madre adolescente - recién nacido”, cuyo objetivo fue describir, analizar y comprender el cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar y discutir las implicancias para enfermería del cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar. Estudio cualitativo con enfoque estudio de caso, la muestra estuvo conformada por siete madres adolescentes y sus familiares cuidadores a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada previo consentimiento informado. Se usó el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías: Cuidado familiar para la simbiosis madre adolescente - recién nacido, reorganización de roles familiares para el cuidado a la madre adolescente –recién nacido y Afrontando problemas legales – económicos por la paternidad. Se concluyó que los cuidados brindados en el ambiente familiar, favorecen el vínculo afectivo entre la adolescente y su recién nacido; para ello cada familiar se reorganiza para apoyarla, ya sea económicamente, cuidando al bebé, cuidándola en el puerperio mediano y enseñándole a que aprenda a desempeñar su rol maternal, basado en las creencias y prácticas aprendidas de su entorno familiar/cultural; aspectos que deben ser considerados por el personal de salud al brindar sus cuidados (6).

Vásquez D. en Lima, en el año 2009, realizó un estudio titulado “Prácticas, conocimiento y actitudes en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis”, teniendo como fin el de determinar los el nivel de conocimiento o comprensión, reacciones ante las situaciones y el que hacer en cuanto a la lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, su muestra estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED a quienes se les aplicó una encuesta, considerando el consentimiento informado. Se obtuvieron los siguientes resultados entre los que destacaron fueron, del 100 % (60), 40% (24) tienen conocimiento medio, 16.7% (10) bajo y 43.3% (26) alto, en cuanto a las prácticas 63.3% (38) es adecuada y

36.7% (22) inadecuado, acerca de la actitud 50% (30) tienen una actitud medianamente favorable, 20% (12) desfavorable y 30% (18) favorable. Se llegó a la conclusión que los niveles predominantes en cuanto al conocimiento de la lactancia materna son de Medio y bajo, teniendo como puntos débiles el desconocimiento la alimentación de la madre que da de lactar, el desconocimiento de la misma actividad de lactancia, y además el de cómo es la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre.

Más del 50% de las madres objeto de estudio tienen un nivel Medio-favorable a desfavorable en cuanto a la importancia de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, no conociendo los beneficios que esta trae como ser un niño sano, fuerte e inteligente, además que con el mismo acto de amamantamiento es fuente transmisora de amor, seguridad y afecto.

Resalta los resultados en un nivel Adecuado en cuanto a las actividades de aseo personal (lavado de manos antes de dar de lactar) por parte de las madres objetos de estudio, además de las posturas que esta debe tomar (posición adecuada), y en el proceso mismo de lactancia (tiempo- retiro de pezón) (16).

Urreta P. en Lima, en el año 2008, realizó un estudio titulado “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”, teniendo como objetivo principal medir el grado de relación entre las variables funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; identificando sus áreas principales.

Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, su población-muestra lo conformaban las adolescentes embarazadas usuarias del HSJL. Teniendo como muestra 78 adolescentes embarazadas representando al 100%, se obtuvo que 40 de ellas que representan el 51,3% presentan un nivel funcional en su funcionamiento familiar, el 38 (48.7%) presenta un nivel disfuncional. En cuanto al área

estructura 41 de ellas que representan el 52.6%, tiene una estructura familiar funcional y 37 que representan el 47.4% disfuncional. En lo referente al área solución de conflictos más de la mitad de ellas 41 representando el 52.6%, tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37(47.4%) disfuncional. En cuanto al área ambiente emocional un número considerable de adolescentes gestantes 47 que representan el 60.3%, tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y sólo 31 representando el 39.7% funcional.

Tuvo como conclusión final que la mayoría de adolescentes embarazadas presentan un funcionamiento familiar funcional, teniendo sus ejes principales en el área de solución de conflictos, y estructura familiar, contrariamente a ello se tuvo resultados de conductas disfuncionales en el área de ambiente emocional seguido por las otras áreas (17).

Carrillo E y Tuya C, en Chimbote, en el año 2008, realizaron un estudio titulado "Clima Social Familiar y Actitudes Maternas en Madres Adolescentes del A.A.H.H. San Pedro", estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, de diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal; cuyo objetivo fue relacionar el clima social familiar y las actitudes maternas en madres adolescentes, las que conformaron un universo de 110 madres adolescentes, pero se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión quedando solo 61 madres a investigar. Su principal hallazgo fue que sólo existe relación al 28,9%, con chi cuadrado $p=0,499 > 0,05$, entre el clima social familiar y las actitudes maternas, por lo cual se concluye que tal relación no es significativa (18).

Todas las investigaciones presentadas, aportarán al estudio en la metodología, la base teórica y la dimensionalización de las variables, así como en el análisis de los resultados y el fortalecimiento de la discusión.

2.2. Base teórica

2.2.1. Aspectos conceptuales de la familia

2.2.1.1. La familia

Etimológicamente familia procede de la voz “famulus”, que a su vez deriva del Hosco “famell” que significa siervo, y más remotamente del sánscrito “vama”, hogar o habitación, significando, por consiguiente, el conjunto de personas y esclavos que moraban con el señor de la casa (19).

La OMS, define a la familia como los “miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Es su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia; y se encuentra ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea” (1).

La familia, según la ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos, “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (20).

Carbonell, refiere que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (21).

Entonces definimos a la familia la célula básica de la sociedad conformado por un conjunto de personas que conviven en un determinado lugar, durante un lapso prolongado de tiempo y que están unidos o no por lasos consanguíneos.

2.2.1.2. Tipos de familia

Quintero, manifiesta algunos tipos de familia como:

Familia Nuclear: Está conformada por padres e hijos agrupando dos generaciones, pudiendo ser concebidos biológicamente o adoptados, estos cohabitan en un mismo lugar lo cual hace que los lazos de afecto se hagan más intensos haciéndose íntima la relación. Esta familia puede estar compuesta por dos miembros esposo y esposa.

Familia extensa: En esta clase de familia conviven varias generaciones padres, hijos, abuelos, tíos, tías sobrinos, primos compartiendo espacio común y roles, estos están unidos por vínculos de consanguinidad. Es también conocida como “familia trigeracional” ya que el mínimo de generaciones es tres, la clase media baja o grupos socioeconómicos inferiores son las que presentan con más frecuencia este tipo de familia.

Familia ampliada: Derivación de la familia extensa exceptuando que no solo son miembros no consanguíneos los que la integran desempeñando roles de forma temporal o definitiva, como por ejemplo vecinos, compadres y conocidos; este sistema familiar se caracteriza por la solidaridad y el apoyo.

Familia simultánea, antes denominada superpuesta o reconstituida: Formada por personas separadas o divorciadas que rehacen su vida marital formando pareja con otra persona también separada que haya terminado con su vínculo anterior.

Pueden afrontar problemas en sus comienzos por la presencia de hijos de uno de ellos haciéndose la relación más compleja por tratarse de personas que tienen un pasado. La segunda unión y las siguientes contribuyen al fenómeno de la nupcialidad reincidente, la repitencia conyugal se da con más frecuencia en los hombres que en las mujeres.

Familias con un solo progenitor, monoparentales o uniparentales. Solo está integrada por uno de los padres quien asume toda la responsabilidad conviviendo con los hijos, dándose en los casos de separación, abandono, divorcio o muerte. Uno de los padres tiene el deber de criar a los niños, ocasionando que los roles no sean definidos, en la mayoría de los casos son las mujeres que cumplen esta función cuando los hijos son aún pequeños (23).

2.2.1.3. Ciclo familiar

Por otra parte, el modelo de la OMS, divide en seis etapas evolutivas el ciclo familiar:

- Formación: desde el matrimonio hasta que nace el primer hijo.
- Extensión: desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo.
- Extensión completa: desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo deja el hogar.
- Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.
- Contracción completa: desde que el último hijo deja el hogar hasta el fallecimiento del primer cónyuge.
- Disolución: desde el fallecimiento del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge sobreviviente (1).

2.2.1.4. Función de la familia

Se perciben como las responsabilidades que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

Función biológica. - Mediante la reproducción realiza la preservación de la especie, se basa en relaciones de afecto, apoyo, y amor que trasciende en los hijos y es conservado y prolongado en el tiempo.

Función educativa o social. - Enseña a los hijos a convivir con su entorno, insertándolos en la comunidad, definiendo su rol según su género, identificando sus funciones dentro del grupo.

Función económica. - Provee todo lo relacionado al sustento en alimentación, vestimenta y todo lo relacionado a la subsistencia.

Función solidaria o psicológica. - Se orienta al campo de las emociones, orientándose al apoyo positivo, ayudando a determinar una ruta hacia la identidad y aceptándose tal cual. Cada integrante de la familia debe afianzar sus talentos dentro del respeto y tolerancia y ser tratados de forma individual.

La familia representa uno de los pilares más importantes del desarrollo humano: el afectivo, lo cual contribuye fundamentalmente a la formación de seres humanos que tengan actitudes positivas y constructivas con respecto al mundo.

2.2.2. Aspectos teóricos de la funcionalidad familiar

2.2.2.1. Teorías de la Funcionalidad familiar

Oyarzún, “la familia cambia y continuará cambiando, pero persistirá, ya que es la unidad humana más adecuada en la sociedad; como tal, la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que pertenece” (24).

Hacer un análisis de su estructura, los procesos que la integran además de sus dinámicas relacionales tanto internos como externos y el conjunto de valores y creencias respecto de lo que debe ser la familia, dicho de otro modo, los paradigmas familiares nos ayudarán a entender la funcionabilidad familiar. Por ello cabe destacar lo siguiente:

a. Teoría estructural del funcionamiento familiar.

Cuyo principal exponente es Minuchin, “se refiere a la familia como sistema que tiene una estructura dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción que se repiten; la estructura le da la forma a la organización”.

Al tener diferencias el sistema familiar en cuanto a roles, funciones o tareas específicas se compone de subsistemas que realizan tareas puntuales. Los subsistemas principales son el conyugal (marido y mujer), parental (padre y madre), fraterno (hermanos) y filial (hijos) (25).

La propuesta estructural de Minuchin, toma como punto de origen el manejo de límites en el funcionamiento familiar, determinando los roles y participaciones en una determinada

situación, por ejemplo, quién participa en decisiones como en qué se utiliza el presupuesto familiar y de qué forma lo hacen. Su función es proteger la diferenciación del sistema y sus subsistemas. Estos límites establecidos señalan fronteras, divisiones demarcando lo que se halla dentro o fuera manteniendo por lo tanto la identidad del sistema y su diferenciación.

Dichos límites deben de estar bien definidos, pero a su vez tener cierto grado de flexibilidad de modo que les permita a los subsistemas adecuarse a las demandas funcionales (25).

La claridad de los límites al interior de la familia es un buen parámetro para evaluar su funcionamiento Minuchin, habla de familias aglutinadas a aquellas que se vuelcan sobre sí mismas aumentando en forma exagerada su comunicación y la preocupación de unos sobre otros, perdiendo así la distancia entre sus miembros y haciéndose difusos los límites y la diferenciación de los subsistemas; poseen una limitada autonomía individual y un alto grado de reactividad emocional. Se mantienen distantes emocionalmente e insensibles a las necesidades de los demás, haciéndose difícil la función protectora de la familia.

Para realizar alguna operación donde existe la unión de dos o más miembros del sistema, existen los alineamientos, existiendo en la estructura familiar con diferentes alineamientos para operar según las tareas que enfrente. Incluye los conceptos de alianza que corresponde a una relación positiva entre dos o más miembros de la familia para lograr una meta o interés común (por ejemplo, la relación de cooperación entre la madre y el padre. Dichos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales dependiendo del tiempo que perdura y si se obedecen a los límites de los subsistemas.

La jerarquía nos indica cómo está distribuida el poder y como está organizada la cadena de mando dentro de la familia. Los sistemas familiares jerárquicos son sistemas funcionales, donde existe cadena de mandos y distribución del poder. Definido como la capacidad de influencia que ejerce un sujeto determinado controlando la conducta del otro, el poder dentro de la familia es delegado o asumido a aquel individuo que ocupa una posición de autoridad.

Por lo general los padres tienen mayor autoridad que sus hijos, y de ahí que se sitúen por encima de ellos en la jerarquía familiar. Sin embargo, esto no siempre ocurre y a veces un miembro de la familia tiene el poder y no la autoridad.

b. Teoría interaccional de la comunicación.

La interacción se da cuando se intercambian una serie de mensajes entre dos individuos, se dice que en los sistemas interaccionales estables, donde las relaciones son relevantes y correspondientemente extensas en el tiempo como la familia, que rigen el funcionamiento de los miembros de la familia (pautas de interacción); la organización de un sistema está determinada por las pautas de interacción entre sus elementos. En el sistema familiar la interacción que existe entre sus miembros hace que la conducta de uno afecta a todos y de forma individual.

En una comunicación funcional, existe una relación coherente entre la comunicación verbal y no verbal; las interacciones son circulares y flexibles, se establecen relaciones simétricas y complementarias de acuerdo al contexto relacional, sin rigidizar relaciones que lleven a disfuncionalidades comunicacionales (25).

El Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares “es un intento de integración entre la teoría, la investigación y la práctica clínica en familia; ha sido utilizado muy ampliamente en investigaciones publicadas y ha dado origen a los

instrumentos de evaluación familiar más conocidos. Este modelo se basa en tres dimensiones centrales de la vida familiar: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación” (26).

Las cohesiones familiares son identificadas como aquellos lazos emocionales que agrupa a todos los miembros de la familia, incluye también lazos de cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. El modelo divide en cuatro los niveles de cohesión, que van desde extremadamente bajo (familias desapegadas), a moderada (separadas, conectadas) a extremadamente alto (familias aglutinadas).

La capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, roles, normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales o del desarrollo es conocido como la adaptabilidad familiar.

La adaptabilidad ha sido clasificada en cuatro niveles diferentes, que van desde extremadamente bajo (rígido), moderado (estructurado, flexible) que corresponde a los niveles óptimos de adaptabilidad, a extremadamente alto (caótico).

La comunicación es la tercera dimensión del modelo circunflejo. Facilita el movimiento en las otras dos dimensiones, postula que las familias que se encuentran en el área balanceada del modelo circunflejo tienen mejores destrezas de comunicación que las que se encuentran en los tipos extremos. Esto implica destrezas para escuchar, empatía, capacidad para hablar de sí mismo y de otros, apertura y asertividad (26).

Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, subdivididos de forma individual por sus cuatro niveles, se pueden colocar en un modelo circunflejo bidireccional dando

como resultado un total de dieciséis combinaciones posibles de cohesión y adaptabilidad. Las familias que obtienen niveles moderados en las dos dimensiones presentaran un funcionamiento óptimo, sin embargo, las familias que presentan niveles extremos, altos o bajos, presentarían disfuncionalidad familiar.

2.2.2.2. Grados de funcionalidad y disfuncionalidad

La cuantificación del funcionamiento funcional no basa en los extremos, ya que el método de cuantificación va desde el nivel o grado óptimo hasta el más funcional.

Según la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) las familias que tienen un nivel de funcionamiento satisfactorio los caracteriza el acuerdo en las rutinas diarias y flexibilidad para implementar los cambios necesarios. La resolución de conflictos se hace utilizando la comunicación y negociación. Existen acuerdos referidos a los roles o tareas también la existencia de un clima cálido donde se expresan libremente los sentimientos, se comparten valores y hay relaciones sexuales satisfactorias (27).

El funcionamiento familiar es importante ya que mejora el desarrollo de sus integrantes, siendo la base necesaria para el desempeño familiar e individual; es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, midiendo el nivel de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, teniendo como ejes principales las dimensiones de cohesión y adaptabilidad; estos ayudan al mejoramiento de las relaciones interpersonales repercutiendo favorablemente en el sostenimiento de la salud.

En lo referente al clima psicosocial en el funcionamiento familiar este es muy diverso y diferenciado ya que existen algunos

hogares que presentan un clima interno bueno, mientras que en otros es totalmente inverso, y más aún existen hogares donde se podría decir que existe una tercera categoría de hogares con clima variable.

La socialización y la formación de valores son elementos esenciales para formar a la persona de manera integral, y esto se da en la vida familiar.

Las asociaciones que se dan entre los miembros de la familia son de mucha importancia como la funcionalidad o disfuncionalidad que depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes.

a. Las familias funcionales o adaptativas.

Fomentan un desarrollo positivo a la salud en conjunto de la familia, para ello es necesario el trazado de límites, roles y jerarquías bien definidos, además de tener comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. Esta clase de familia son generalmente las que cumplen sus metas auto realizándose, siendo expresivos en todo aspecto, además de poder manifestar tanto sus logros como sus fracasos, buscan y logran encontrar y aceptar la felicidad. Tienen identidad aceptándose tal como son y perteneciendo a un grupo familiar determinado, son de autoestima elevada, comunicando sus sentimientos tanto positivos como negativos, dentro de un marco por llamarlos así ecológico, donde no dañe el entorno (28).

El carácter optimista es característico de los hijos nacidos en ambientes funcionales, además de ser sujetos preparados para enfrentar la vida, que tienen confianza en sí mismo, asumiendo comportamientos de modestia frente a los éxitos, y preparados para afrontar el fracaso, preparándolos

para aprender de los mismos, teniendo como objetivo el hacer y no lo contrario, son los buscadores de soluciones y no de culpables, asumen con suma responsabilidad y dignidad su rol en la sociedad.

b. Las familias disfuncionales o inadaptativas.

Ante situaciones problemáticas por lo general lo profundizan más, se hacen resistentes al cambio, no son flexibles por el contrario incrementan la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carentes de motivación; tienen marcadas diferencias con respecto a las familias funcionales ya que utilizan modelos de interacción que merman la mejora en los campos psicosocial, adaptación y resolución de problemas dentro de la familia. Tienen limitaciones para encaminar a un modo adecuado las funciones familiares, tales como la función de culturización-socialización. Los hijos que viven en familias disfuncionales se ven afectados en los campos educativos, y el desarrollo afectivo y relacional las cuales influyen de forma negativa en la obtención de objetivos lúdicos, estimulación y aprendizaje (28).

Generalmente esto viene como consecuencia de la ausencia de uno o ambos padres (falta de la función parental), que puede ser por diferentes motivos muerte, trabajo, divorcio o separación, repercutiendo negativamente en la motivación para el estudio, afectando tanto a los niños y adolescentes, haciéndose un bucle circular. Estas actitudes pueden ser heredadas generacionalmente, creando comportamientos negativos que merman su capacidad competitiva dentro de la sociedad. Asimismo, esta clase de familia es potencialmente propensas a volverse nocivas ya que por su desconocimiento o de forma involuntaria no cumple con su rol, haciendo que las interacciones familiares sean desfavorables.

2.2.2.3. Áreas de la funcionalidad familiar

Para poder diferenciar entre interacciones funcionales y las disfuncionales se debe de cumplir con algunas condiciones que pueden ser enmarcados en tres componentes principales: organización o estructura, solución de problemas o conflictos, y finalmente el clima emocional.

a. Organización o estructura.

Se refiere a como cada integrante de la familia se encuentra relacionada, las cuales forman su propio arreglo organizándose dentro de su sistema de tal forma que sea muy recíproca y reiterada. La forma de la organización está determinada por la estructura, la cual va formando la disposición de los elementos internos y va estableciendo las normas para con el ecosistema. Los puntos neurálgicos dentro de la estructura familiar están basados en la jerarquización, Las dimensiones centrales de la estructura familiar son la jerarquía, las asociaciones, límites o fronteras, funciones o papeles y las normas de conducta.

La jerarquía es referida a la cadena de mando que debe de existir entre los integrantes y subsistemas en el interior del clan familiar.

En condiciones normales para que la familia tenga un buen funcionamiento, la cadena de mando debe estar encabezada por los padres. Lo afirmado no quiere decir que se tiene que tomar una actitud autoritaria dentro del clan, sino que por el contrario se debe de tomar en cuenta las opiniones de los hijos o demás miembros de la familia, pero a todo esto no se debe de eximir la ausencia de un líder (27).

Las alianzas se dan cuando existe un grado de asociación entre dos o más integrantes de la familia, Siendo la fundamental la alianza que se da entre la cabeza de grupo (padre y madre) lo cual conlleva a un buen funcionamiento del mismo, principalmente en lo referente a las normas de convivencia, y a la formación educativa de los hijos. La no existencia de esta alianza principal ya sea por razones de enfrentamiento entre pareja, existe un alto grado de probabilidad de que los hijos asimilen las repercusiones negativas, principalmente si los padres cualquiera de ellos o ambos buscan el apoyo de ellos buscando de alguna forma el de obtener ventaja en la disputa conyugal. (27).

Los límites o fronteras están ligados a los aspectos de demarcación estableciendo puntos de referencia de cercanía o distancia entre los integrantes de la familia o los subsistemas que lo integran. Estas demarcaciones son de aspecto imaginario las cuales norman la interacción con los demás, dando atributos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Tiene como objetivo principal el establecer entre los subsistemas, y debe de ser correctamente definido y claro para que se dé un buen funcionamiento familiar.

Las funciones o papeles se refieren a aquellas conductas donde existe mucha iteración las cuales son reciprocas entre los integrantes de la familia. Los roles que deben de cumplir o desempeñar cada integrante de la familia es una exigencia relevante para que se puedan realizar las actividades o tareas que hacen posible la vida en familia. La coherencia y estabilidad con la cual se diseñan los papeles dentro de la familia van a determinar su funcionalidad, la cual se logra si existe un efecto espejo dentro de cada integrante de

la familia (me veo tal como me ven), y existen acuerdos de lo esperado en él (27).

El control del comportamiento, dirigido principalmente a los hijos es importante ya que de alguna manera es un ejercicio de supervisión de que los roles y actividades se desarrollen satisfactoriamente. Los controles que tienen cierto grado de flexibilidad son los más recomendados o funcionales, ya que se combinan lo predecible con lo constructivo. La claridad en sus reglas que es su componente principal y necesario, ya que facilita a los integrantes de la familia conocer lo que se espera de los demás y de uno mismo, sin sacrificar los aspectos de individualidad y Un control flexible es el más deseable o funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas, permite a los familiares saber qué esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y espontaneidad (27).

b. Solución de conflictos o respuesta ante los problemas.

La comunicación es el pilar fundamental que debe de existir entre los integrantes de la familia para la solución de conflictos, esto debe ir aunando a la actividad de negociación y la adaptación al estrés. Todo ello se pone a prueba en las situaciones de crisis, las diversas reacciones que toma la familia ya sea actuando con rigidez extrema (sin cambios) o teniendo flexibilidad va a ser determinantes en su buen funcionamiento.

El funcionamiento balanceado debe de ser una característica principal del sistema familiar para ello el uso de sus capacidades es fundamental especialmente en el uso de recursos y conductas de afrontamiento, las cuales sirven para satisfacer las demandas (estresares y tensiones). El significado que la familia anexa a las demandas que

experimenta y las capacidades que tiene para manejarlas son los factores cruciales para alcanzar un funcionamiento balanceado. La tarea de conseguir un equilibrio familiar o mantenerlo, conlleva al ajuste familiar y su adaptación, siendo ambos procesos un continuo separado por las crisis familiares (27).

La gran mayoría de los contratiempos suscitados dentro de la familia están ligados a la discrepancia en lo referente a significados y actitudes específicas. Principalmente se da con gran notoriedad en familias con hijos adolescentes, en donde existen marcadas diferencias en lo referente a las expectativas de comportamiento, reglas y roles entre padres y jóvenes.

Existe cierto grado de vulnerabilidad en aquellas familias que presentan crisis continuamente, generalmente son familias que no llevan una correcta funcionabilidad en la solución de conflictos. El desbalance entre las demandas familiares y la capacidad de la misma da lugar a una desorganización del sistema familiar.

La crisis implica en desequilibrio severo y la familia no puede funcionar física y psicológicamente en los niveles óptimos.

Para tener un correcto manejo de las situaciones de crisis o por lo menos hacerlo menos estresante se debe de utilizar la comunicación, que es la medula de las relaciones interpersonales, aquellas familias donde exista relaciones positivas se correlación de forma inversa con la probabilidad de presentar problemas de conducta en general, y de consumo de sustancias en particular.

c. Ambiente emocional.

Es variante y depende mucho del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de la vida en el aspecto sexual. La expresión de sentimientos tanto positivos como negativos es característico de una familia funcional. Los climas emocionales son distintos en cada familia y esto hace que el relacionarse y de convivir sea de manera especial para cada una de ellas. Existen familias que presentan carácter alegre y triste, serio y divertido, hay familias donde se respira un “aire” tenso y en otras se respira un “aire” más relajado o más expresivo (29).

Cada familia es diferente y no existe el modelo o prototipo de la “familia ideal” o adecuada. Incluso el clima emocional positivo y agradable para una familia puede no serlo para otra. A pesar que existen diferencias existen algunos componentes comunes entre aquellas en que sus miembros se sienten seguros, apoyados y comprendidos. Para que una familia pueda tener un ambiente emocional positivo debe de:

- ✓ El reconocimiento, respeto y valoración de las personas, de sus acciones y logros, más que en la crítica son la base para formar las relaciones interpersonales.
- ✓ Cada integrante de la familia es indispensable y valoran el lugar que ocupa, que si no está queda un lugar sin ocupar.
- ✓ El modelo familiar es de suma importancia para los hijos ya que ellos tienden a repetir lo que ven. Si las personas de la familia son positivas, acogedoras, cooperadoras, solidarias ellos harán lo mismo y el clima familiar tenderá a ser positivo.
- ✓ El ser inflexible repercute de forma negativa el clima familiar. El que exista reglas y deberes rígidas y de perfeccionismo o la exigencia extrema lleva a los hijos a

sentirse permanentemente agobiados y con la sensación de nunca lograr dar gusto a sus padres.

2.2.3. Implicancia de la familia en la madre adolescente

Se debe tener en cuenta que cuando una adolescente es madre ellas abandonan los estudios y esto ocasiona implicaciones económicas como las de contar con menos oportunidades de empleo y un nivel económico más bajo para la familia y su entorno social, lo que afecta directamente a cada país. Por ello es importante conocer el cambio de roles que enfrentan las madres adolescentes en el entorno social, porque comienza el temor por cómo se desempeñará el papel de madre, miedo a la responsabilidad y la discriminación social, en la actualidad cada vez más mujeres son las que se constituyen en jefas de familia. Esta situación las coloca frente a la necesidad de abandonar sus estudios (30).

En un contexto más amplio, el funcionamiento familiar integral es generadora de procesos afectivos que replican en el ámbito de la conducta individual de sus miembros y se refleja de forma sistémica en el comportamiento del colectivo familiar. Generalmente se conoce que los hijos se desarrollan bien cuando se crían en el seno de una familia sana o saludable.

Las familias que funcionen como un sistema abierto teniendo reglas variables dependiendo a la situación a enfrentar, existiendo la comunicación dejando las diferencias tienden a ser saludables, favoreciendo lo que favorece la unión y genera el crecimiento de sus miembros. Es indispensable que los padres se ocupen y atiendan a sus hijos para que se propicie la comunicación, disminuyendo problemáticas sociales como las madres adolescentes, mejorando el cuidado en el recién nacido afín de evitar situaciones desagradables a futuro, pues un acercamiento entre la familia y la madre adolescente propiciara un rol maternal adecuado (31).

2.2.4. Generalidades sobre la madre adolescente

2.2.4.1. La adolescencia

La OMS, define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Es uno de los periodos de transformación de mucha importancia en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de constantes cambios. Sin embargo, el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto de este año, ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (1).

Ampuero, menciona que la adolescencia “es una de las etapas más saludables de la vida, pero también es un periodo en el que se producen diversos cambios biopsicosociales y culmina con la incorporación a la sociedad, lo que implica el desarrollo de su sexualidad impresa en toda la vida como unidad integral en el ser humano, sin embargo en la adolescencia este aspecto es de suma importancia porque es en este periodo donde se fortalece el acontecimiento y el desarrollo e identidad de sí mismo” (32).

Casas y Ceñal, refieren que, para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, se dividen en fases madurativas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años).

Adolescencia temprana (11-13 años) tiene como característica principal el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se desvía la atención hacia los cambios físicos olvidando en gran parte su aspecto anterior. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Tienen sentimiento de ser observados constantemente lo cual paramétrica su comportamiento (y con un sentido del ridículo exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas.

Adolescencia media (14-17 años) la fase de crecimiento prácticamente llega a su fin (95% talla que tendrá de adulto) conjuntamente con su madurez sexual, teniendo cambios más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Piensan que “todo lo pueden”, teniendo sensaciones de invulnerabilidad teniendo siempre en su pensamiento que no les ocurrirá ningún percance; generando como consecuencia varias conductas de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. Las relaciones con el otro sexo son más plurales, pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno desarrollo.

Adolescencia tardía (17-21 años) la fase de crecimiento ya ha culminado, y ya físicamente llegan a la madurez. Su pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Piensan en el futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Sus relaciones llegan a ser más estables y brindando cariño mutuo y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro (33).

2.2.4.2. Embarazo en la adolescencia

La mortalidad materna e infantil, las enfermedades y la pobreza, son aumentadas considerablemente por el factor del embarazo en la adolescencia.

Según OMS, en el mundo unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, gran porcentaje de ellos provienen de países de ingresos bajos y medios. Para las adolescentes entre 15 a 19 la causa principal de morbilidad son las complicaciones que se dan en la etapa del embarazo o parto, ocupando el segundo lugar, el aborto también no está excepto ya que aproximadamente cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 año (1).

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales indican que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. La cultura del embarazo en la adolescencia generalmente se da en aquellas comunidades que tienen baja instrucción, donde predomina la pobreza y que están alejadas de la ciudad.

“Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo” (39). Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

2.2.4.3. Situación de la madre adolescente

Los resultados del Censo de Población y Vivienda realizado por el INEI, muestran que en el país existen 160 mil 258 madres cuyas edades es entre 12 a 19 años de edad. Del total de madres de este

grupo de edad: 4 mil 562 son niñas madres, es decir, tienen entre 12 a 14 años de edad y 155 mil 696 tienen entre 15 a 19 años. En el área rural del país, el 10,4% (56 mil 709) de la población de 12 a 19 años de edad ya son madres. En el área urbana, es el 6,2% (103 mil 549)

La Selva peruana presenta las mayores tasas de maternidad adolescente siendo los departamentos más representativos Loreto, Ucayali, San Martín y Madre de Dios, donde más del 20% de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ya se convirtieron ya en madres . Mientras que en menor porcentaje de embarazos adolescente es observado en la Provincia Constitucional del Callao, Lambayeque, Lima, Tacna, Puno y en Arequipa.

El aspecto que quizás resalta más en la maternidad adolescente es el hecho de que se ausenta en gran medida las uniones legales tanto así que solamente el 6,9% son casadas. La gran mayoría de ellas el 66,9% se encuentra en unión consensual. Una parte menos representativa 17,9%, son madres solteras, es decir, enfrentan su maternidad con ausencia del padre de su hijo, el 7,9% se encuentran separadas o están divorciadas (3).

Entre los problemas que acarrea la maternidad en la adolescencia es la baja adquisición de capital educativo, ya que constituye un obstáculo para la acumulación del logro educativo, esto por las razones de tiempo que es en gran medida consumido dedicándose a la crianza del hijo, y esto interfiere con la dedicación a los estudios o en la participación en el mercado laboral. El nivel educativo en las adolescentes embarazadas se ve también mermada ya que el 58,3% de las madres adolescentes entre los 12 a 19 años de edad alcanzaron a estudiar algún año de educación secundaria y el otro 31,2% tienen a lo más algún año de educación primaria; el resto, es decir, el 4,5% alcanzó a estudiar educación superior no universitaria incompleta, el 2,6% superior universitaria incompleta. Cosa distinta muestran las adolescentes que no han experimentado aún la maternidad ya que esas sí presentan mayor nivel educativo.

2.2.5. Cuidados básicos del recién nacido

La OMS, refiere que un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (1).

Bejarano, Argote y Vásquez, mencionaron que “el neonato es un ser humano que es totalmente dependiente de sus progenitores, necesitando de su atención para satisfacer sus necesidades básicas o para realizar actividades básicas elementales: Ante cualquier necesidad o incomodidad, el neonato llora para atraer la atención de los adultos” (34).

2.2.5.1. Lactancia materna

Muñoz y Dalmau, refieren que “tras el parto la madre produce el alimento óptimo para el recién nacido que cubre todas sus necesidades nutritivas, se aporta a demanda y se regula al volumen adecuado para su crecimiento sin sobrecarga para el aparato digestivo ni de otros sistemas aún inmaduros. La leche materna (LM), suple y estimula el desarrollo del sistema inmune del recién nacido (RN) que no funciona de forma completa durante los primeros meses de vida”.

Siendo la lactancia materna la forma básica y principal de alimentación del ser humano al nacer, este es el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en él bebe como en su madre (35).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), “recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su

administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida y a libre demanda. Asimismo, recomienda que, a partir de los 6 meses de edad, la lactancia materna debe mantenerse junto a la introducción de alimentación complementaria en forma progresiva, manteniéndose al menos durante los dos primeros años de vida” (1).

Existe ventaja de los niños recién nacidos en cuanto a algunos ítems de la escala de desarrollo psicomotor esto debido a que de recién nacidos han sido alimentados con leche materna y no con fórmulas de inicio.

El bebe recién nacido debe tomar leche materna por lo menos durante los 6 primeros meses de nacido ya que esta contiene cantidades apropiadas de carbohidratos proteínas y grasa y suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan.

Por contener también una serie de anticuerpos como la inmunoglobulina A que protege el estómago del infante, la leche materna ayuda a resistir las infecciones. El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento, la buena disposición y confianza de la madre.

Behrman, Kliegman, y Jenson, mencionan que “en la posición sentada o de cuna él bebe debe tener la cabeza en el ángulo interno del codo de la madre, formando una línea recta con la espalda y cadera, acercándolo contra el seno y manteniéndolo próximo a su cuerpo en contacto con su abdomen.”

La madre debe sostener el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con

los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada (36).

Cordero, refiere que la “madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón, debe de estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, bajar suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión”.

Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo (37).

2.2.5.2. Higiene

a. Higiene corporal

González-Meneses, mencionan que el “baño del recién nacido es un momento muy esperado por las madres. Permite tanto un mayor contacto con su hijo, piel con piel, como cumplir con las necesidades normales de higiene. Hasta que el cordón umbilical no se haya caído, no es conveniente sumergir al niño en agua para evitar que éste se reblandezca o tarde en cicatrizar”. Antes que ello ocurra se puede utilizar una esponja suave o una manopla para su higiene. Cuando ya el cordón haya caído ya podemos meterlo en el agua que debe estar a una temperatura de unos 37 a 38° grados centígrados.

Para realizar el baño al bebe el tiempo estimado es de 5 a 10 minutos y resulta de suma importancia el secado de los pliegues después del mismo, teniendo la temperatura de la habitación donde se desarrolla el baño de forma templada evitando temperaturas frías.

Se debe bañar al infante todos los días generalmente en horario intermedio o regular. Los accesorios con las que nos ayudamos para realizar el baño deben de ser de uso exclusivo del niño tales como: bañera con agua caliente, jabón neutro, esponja natural (vegetal) y toalla de baño. Se recomienda la utilización de cremas hidratantes con la finalidad de mantener una correcta hidratación en la piel del niño, estos tienen que ir de acuerdo según la composición de la piel del niño o un aceite hidratante para restaurar y mantener la capa grasa de la piel y que permita mantener la piel del niño hidratada y sana (38).

b. Higiene de áreas específicas

Durante la limpieza de los ojos, boca, nariz y oído primera se tiene que realizar el lavado de manos. Reeder, Martin y Koniak, menciona que:

Para la limpieza de la nariz y oído no es necesario utilizar hisopos. La nariz por su misma naturaleza generalmente no necesita limpieza ya que el niño al estornudar realiza el proceso de las vías nasales. Para el caso del retiro del moco seco de la nariz ahí si se hace necesario utilizar un pedacito de algodón y humedecerlo con agua. La limpieza del oído se realiza solo la parte externa con una gasa o una toalla de baño suave. Se debe de tener especial cuidado de no introducir ningún objeto al interior del oído.

Los ojos se limpian de la comisura interna hacia la externa con un pedazo algodón humedecido en agua, sin utilizar jabones ni líquidos especiales para cada ojo. Cualquier enrojecimiento, inflamación o descarga debe reportarse al profesional de salud.

Para la limpieza de la boca se procede de la parte interna; paladar, encías y lengua, donde se almacena resto de la leche materna con la finalidad de evitar el crecimiento

bacteriano y micótico. La utilización de un pedazo de gaza mediano humedecido en agua hervida es suficiente para la higiene.

El recortado de las uñas largas es necesario ya que el infante puede arañarse con estas. Debe hacerse un corte recto y con tijera de punta roma. Se aconseja que se recorten las uñas mientras el recién nacido este dormido para evitar que se le pueda lastimar por un movimiento brusco (5).

c. Higiene del cordón umbilical

González-Meneses, refiere que “el cuidado más importante para el cordón del recién nacido es tenerlo adecuadamente limpio y seco hasta que se desprenda y cicatrice. Habitualmente lo limpiaremos una o dos veces al día con una solución de alcohol de 70° que permitirá una adecuada cicatrización evitando infecciones. Es importante no utilizar antisépticos con yodo en la cura del cordón”.

Después de la correcta limpieza del cordón umbilical, el pañal de debe colocarse por debajo del ombligo nunca encima, no es necesario poner vendaje o puntas sobre el área del cordón pues no favorece la cicatrización. El cordón se desprenderá del muñón entre el sexto a octavo día de nacimiento (38).

d. Higiene de los genitales

Camayo, refiere que “la higiene de los genitales en las mujeres recién nacidas se debe de pasar una gasa o toallita húmeda de adelante hacia atrás para evitar que se introduzcan bacterias intestinales en la vagina y produzcan infecciones. Además, es importante secar bien todos los pliegues para evitar irritaciones”.

Para el caso de los infantes de sexo masculino debemos de limpiar bien todos los muslos, la base de los genitales y luego el pene nunca trates de retraer el prepucio ya que

puedes lesionarlo y esta es una zona que se limpia naturalmente (39).

2.2.5.3. Descanso del recién nacido

Alcarraz, menciona que “los recién nacidos que están bien y se sienten cómodos en general duermen la mayor parte del tiempo y se despiertan y lloran cuando tienen hambre o se sienten incómodos. Algunos duermen hasta 20 de las 24 horas (aunque esto varía en forma considerable de uno a otro niño)”.

Además, refiere que el sueño de los recién nacidos no es profundo como el del adulto, esto debido a que tienden a moverse mucho y es muy frecuente que despierten de forma momentánea. Se debe tener en cuenta que es necesario insistir en la importancia de evitar colocar al niño de espaldas para que duerma (las aspiraciones son más frecuentes cuando se producen en esta posición).

Envolver al recién nacido con una manta ajustada alrededor del cuerpo del puede asemejarse al seno materno y ayudar a tranquilizarlo (40).

La American Academy of Pediatrics (AAP), dice “que cuando se hace correctamente, envolver al recién nacido (como tamalito o burrito) puede ser una técnica eficaz para promover el sueño”.

Es necesario que la madre observe al recién nacido cuando está durmiendo para evitar que se acalore demasiado. El recién nacido podría estar acalorado si la madre nota sudor, cabello humedecido, mejillas sonrosadas, sarpullido (miliaria) y respiración rápida (41).

2.2.5.4. Eliminación vesical e intestinal del recién nacido

Ladewing, refiere que “los pequeños orinan de seis a ocho veces al día. Si lo hacen menos de cinco veces al día, podría ser necesario darle más líquidos (lactancia materna), la orina debe ser

inodora e incolora. Las primeras heces son verde oscuro (meconio)”.

Las deposiciones del recién nacido que son de moco y billis llamada meconio son las primeras que se dan, van tomando gradualmente un color verde amarillento ya pasados los tres o cuatro días. Estas heces de transición son menos pegajosas que el meconio y conteniendo algunos coágulos de leche.

Las heces de los niños que son alimentados con la leche materna tienden a ser más suaves y frecuentes tomando una tonalidad amarillo mostaza, su olor también no es tan desagradable que en ocasiones se describe como “dulce”. Estos niños orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida. Se debe prestar mucha atención a las deposiciones de los bebés ya que ello también nos puede indicar algún síntoma de alguna patología por ejemplo si se presenta un “círculo de agua” alrededor de los sólidos de las heces, esto indica la posibilidad de diarrea; los niños pueden deshidratarse muy rápidamente por la pérdida de líquidos (42).

2.2.5.5. Vestimenta del recién nacido

Benavides, menciona que “la ropa del recién nacido debe ser holgada cómoda, fácil de poner y de sacar, sin tiras o cintas que pueda producir algún problema (o que generen peligros para la seguridad de tu hijo). “

Se recomienda el uso del algodón como insumo principal en la confección de las prendas ya que estas permiten que el cuerpo respire y pueda absorber el sudor, por ello el material ideal a utilizar es el algodón, procura que no contenga fibras sintéticas, en especial aquellas que están en contacto más directo con el cuerpo del recién nacido (43).

2.2.5.6. Signos de alarma del recién nacido

Hay que prestar especial interés a aquellos signos de alarma más importantes en el recién nacido que son:

- Fiebre: Tomar especial atención al aumento de la temperatura corporal, ya que temperaturas por encima de lo que se considera normal (37 grados), es causado por un evento fisiopatológico (infección, inflamación).
- Hipotermia: Si la temperatura corporal se encuentra entre los 33 y 35 grados se considera hipotermia, que es generalmente acompañada de temblores, confusión mental y torpeza de movimientos.
- Ictericia: Es un signo objetivo clínico caracterizado por el color amarillento de la piel, conjuntiva y mucosa. El que haya ictericia significa que hay un aumento de bilirrubina en sangre.
- Vómitos continuos: si el infante realiza expulsiones violentas por la boca del contenido del estómago y de las proporciones altas del duodeno provocado por un aumento de la actividad motora de la pared gastrointestinal y abdomen, puede traer como consecuencia la deshidratación en caso se manifieste de forma más continúa.
- Deposiciones con presencia de moco o sangre: se debe tomar especial atención a este síntoma ya que puede significar que el algún tipo de infección o alteraciones el sistema digestivo.
- Irritabilidad: Quizás el infante se encuentre fastidiado por algún evento interno o externo que lo manifiesta con llanto incontrolable.
- Dificultad respiratoria: Síntoma muy peligroso en los recién nacidos ya que una respiración anormal o falta continua de esta puede comprometer hasta su propia vida.

2.2.6. El rol del profesional de enfermería

El profesional de enfermería, en el campo de la promoción de la salud, busca desarrollar las habilidades personales y generar mecanismos de acción juntamente con la familia, que faciliten a las madres adolescentes a brindar un cuidado básico al recién nacido.

Es muy importante conocer las prácticas que puedan poseer las madres y que fueron adquiridos en su hogar, esto exige un conocimiento y como dice Leininger, “describir como las culturas tienen diferentes modelos del cuidado y maneras diferentes para sentirse bien y enfermarse es un asunto vital para la enfermería”. El reconocer el aspecto cultural que envuelven las prácticas del cuidado al recién nacido, y la obligatoria participación de la familia en el cuidado (44).

Reidemann, menciona que “Ramona en su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol”. El cual se entiende como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

Por ello es necesario la identificación previa de las prácticas que las madres adolescentes adquirieron en el seno familiar sobre los cuidados al recién nacido y de esta manera dirigir y aplicar programas educativos para modificar o fortalecer las prácticas (45).

2.2.7. Prácticas

La práctica es la realización constante de una tarea o actividad que trae como consecuencia la perfección o experiencia en dicha actividad, es sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica sus conocimientos; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz. Chaverra, menciona que “es una manera de transformar una realidad, de acercarnos a ella y plantear alternativas de solución hacia determinadas dificultades, aun desconociendo cuál será la solución verdadera y real para cada situación”. Sin embargo la práctica debe ir conjuntamente con conocimientos teóricos ya que esto solo representa la parte operativa y no debe ir solo o aislado (46).

Muñoz, refiere que “las prácticas de cuidado materno-perinatales son actividades que realizan las mujeres con ellas mismas y con sus hijos durante el periodo del posparto, para seguir viviendo, mantener la salud, atender sus necesidades y conservar su bienestar, basadas en un sistema de creencias, tradiciones culturales, difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y además desconocidas por quienes ofrecen cuidados” (47).

2.3. Hipótesis

General.

Ho: La Funcionalidad familiar no se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.

Ha: La Funcionalidad familiar se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.

2.4. Definición operacional de términos

Funcionalidad familiar: Es la respuesta expresada por la madre adolescente del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, respecto a la dinámica de los miembros de su familia, el cual será obtenido a través de un cuestionario cuyo criterio final será funcional y disfuncional.

Prácticas: Son las actividades que refieren realizar las madres adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, sobre el cuidado al recién nacido. El cual será valorado en adecuado e inadecuado.

Recién nacido: Todo neonato que se encuentre en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en edades de 0 – 28 días.

Cuidado del Recién nacido: Prácticas diversas (higiene, soporte emocional, signos de alarma, vestimenta, alimentación, entre otros) enfocadas al cuidado que se le realizan al recién nacido.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Numero de Ítems e ítem	Valor Final	Criterio de asignar valores
Funcionalidad familiar de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.	Tipo de variable: Cuantitativa	Es la dinámica interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar mediante las dimensiones de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad)	Entendida como la dinámica interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y será medido a través de un cuestionario cuyo criterio final será funcional y disfuncional.	Organización o estructura	Jerarquía Alianzas Fronteras o límites Funciones o papeles	12 al 21	Familia disfuncional	Familia funcional: = 0 >72
				Solución de conflictos	Comunicación Afrontamiento de problemas	22 al 25		Familia disfuncional: = 0 <71
				Ambiente emocional	Afecto Confianza	26 al 32	Familia funcional	
	Según su naturaleza: Ordinal							

Prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.	Es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. Es el uso continuado o habitual que se hace de una cosa.	Es la respuesta expresada por la madre adolescente acerca de todas las acciones que refiere realizar sobre el cuidado del recién nacido. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en adecuado e inadecuado.	Lactancia materna	Posición adecuada	1 al 6	Practicas Inadecuadas	Practicas Adecuadas: = 0 > 19
			Higiene	Tec. De baño al RN y cuidados	7 al 12		
			Descanso y sueño	Posición, abrigo y Vigilancia durante El sueño	13 al 15		
			Eliminación	Frecuencia de cambio del pañal y cuidados específicos	16 al 19		
			Vestimenta	Característica de las prendas Evitar el exceso de abrigo	20 al 22		
			Signos de alarma	Observación del apetito y vómitos Vigilancia de la zona del cordón umbilical	23 al 26		

CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño correlacional, porque midió el grado de relación que existe entre dos variables (48).

Descriptivo, ya que permitió mostrar la información tal y como se obtuvo de acuerdo a la realidad; transversal, porque los datos se recolectaron en un periodo determinado de tiempo y observacional, puesto que se registraron los acontecimientos sin ninguna intervención (48).

3.2. Población y muestra

La población fue 300 madres adolescentes puérperas, que se encontraban en el servicio de ginecoobstetricia en los meses de abril, mayo y junio en el “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”.

La selección de la unidad muestral fue de manera intencional por conveniencia (No probabilística), previa coordinación con 50 madres

adolescentes hospitalizadas y según el cumplimiento de los criterios de inclusión. Los criterios de selección de la población en estudio fueron:

Criterios de inclusión

- ✓ Madres adolescentes que se encuentren en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- ✓ Madres adolescentes cuyas edades comprendan de 12 a 17 años.
- ✓ Madres adolescentes que sepan leer y escribir.
- ✓ Madres adolescentes que hayan tenido un parto sin complicaciones.
- ✓ Madres adolescentes que acepten participar de la investigación.
- ✓ Madres adolescentes que firmen el consentimiento informado.
- ✓

Criterios de exclusión

- ✓ Madres adolescentes que hablen una lengua distinta al castellano.
- ✓ Madres adolescentes que no firmen el consentimiento informado.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con el fin de obtener información se utilizó como técnica la encuesta y la observación. Los instrumentos a utilizar fueron un formulario tipo cuestionario para el funcionamiento familiar creado por la Lic. Elsa Urreta Palacios. Dicho formulario consta de 32 preguntas distribuidas en tres grupos: datos generales, datos relacionados al embarazo y hechos vividos en la familia antes del embarazo. Esta técnica empleada nos permite recopilar información verídica e importante para la investigación realizada.

Por otro lado, elaboramos de manera propia una lista de chequeo para las prácticas que cuenta con 26 enunciados referidos a una serie de actividades que fueron seleccionadas en respuesta a los indicadores (Anexo 2).

El instrumento fue sometido a validación a través de un grupo de jueces expertos que son profesionales del área de salud entre enfermeras especialistas y metodólogas en investigación cuyos aportes nos ayudaron

a realizar las adecuaciones respectivas; Siendo los resultados de la validación

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa $P = 0.027 / 7 = 0.0038571$

Entonces se encontró concordancia es significativa en los 7 criterios de la evaluación del cuestionario (Anexo 4).

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para la aplicación de los instrumentos se realizó previamente los trámites administrativos correspondientes mediante un oficio dirigido al director del “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” para la respectiva autorización.

La recolección de datos se realizó durante las semanas del mes abril y mayo según cronograma establecido, empleándose 4 semanas en los turnos de mañana y tarde, considerando entre 15 a 20 minutos aproximadamente para su aplicación, previa firma y autorización de la madre adolescente.

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados utilizando el programa SPSS versión 22 previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo 5) y tabla matriz (Anexo 6), Para la variable práctica se asignó 1 a la respuesta correcta y 0 a la incorrecta y para la presentación de los resultados se empleó gráficos y cuadros estadísticos, contribuyendo de esta manera en su análisis e interpretación.

Para la medición de la variable de funcionalidad familiar en las madres adolescentes se calculó la media, dividiéndolo en 2 valores: funcional y disfuncional (Anexo 7).

Para la medición de la variable prácticas de las madres adolescentes se calculó la media, dividiéndolo en 2 valores: adecuadas e inadecuadas (Anexo 8).

Aplicándose en ambos instrumentos la estadística descriptiva, el promedio aritmético y las frecuencias absolutas

La prueba de hipótesis se realizó utilizando el análisis de la asociación entre el funcionamiento familiar y la práctica de la madre adolescente sobre el cuidado del recién nacido, con la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Se consideró el siguiente método de análisis de la información:

1. Revisión de los datos. - Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos aplicados a fin de comprobar la integridad de sus respuestas.
2. Procesamiento de los datos. - Se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 22 en español y se registró los datos procedentes de los instrumentos. Luego se procedió a elaborar las tablas y respectivas figuras, según lo establecido en los objetivos de la investigación.
3. Análisis Descriptivo. - se determinó las frecuencias y porcentajes.
4. Análisis Inferencial: Se utilizó el chi cuadrado (test de independencia) cuya fórmula es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

O_i = frecuencia observada

E_i = frecuencia esperada

3.5. Aspectos éticos

Para la ejecución de la investigación se tuvo en cuenta puntos éticos importantes para el desarrollo de esta. Es por ello, que un aspecto de suma importancia es el consentimiento de las madres adolescentes encuestadas. Por esa razón, se le informaba para que serviría dicha encuesta y además, que esta iba a ser anónima. Con ello, podemos dar

confiabilidad de que las encuestadas han tenido en todo momento la libertad de decisión para participar; sin presión ni persuasión para su participación (Anexo 3).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Se observó que del total de las madres adolescentes encuestadas 100% (50), el 82% (41) se encuentran entre 17 a 19 años de edad, 70% (35) cuentan con estudios secundarios inconclusos, 70% (35) son solteras y 32% (16) son la menor entre sus hermanos(as). (ANEXO 10).

Se observó que del total de las madres adolescentes encuestadas 100% (50), el 22% (11) se encuentran en el 8vo mes de gestación, 18% (9) en el 5to y 7mo mes de gestación, 12% (6) en el 4to, 6to y 9no mes de gestación, 4% (2) en el 3er mes de gestación y solo 2% (1) en el segundo mes de gestación. (ANEXO 11).

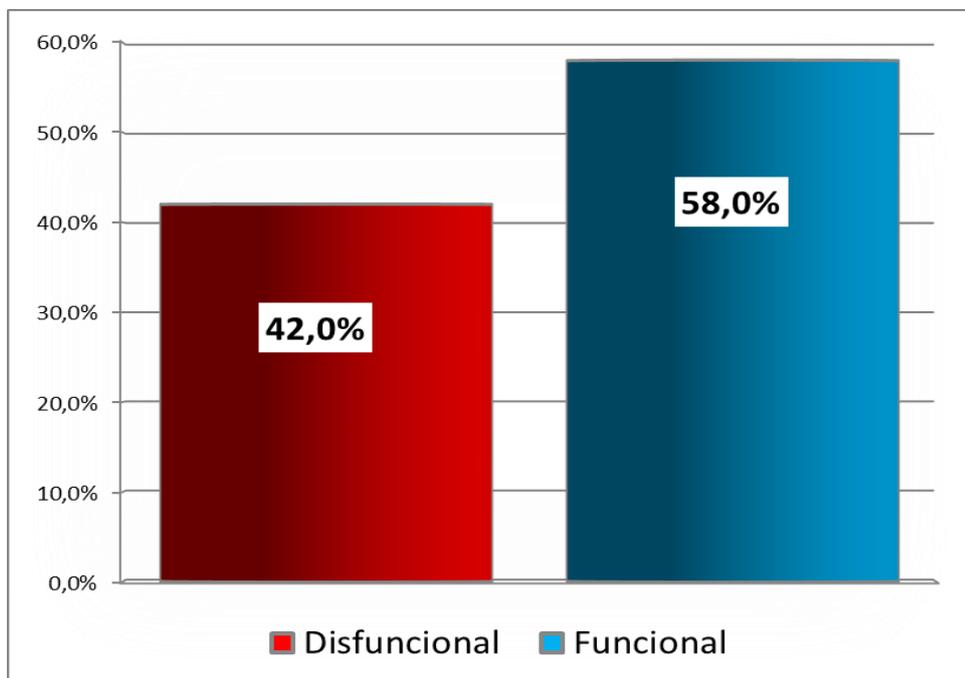
Se observó que del total de las madres adolescentes encuestadas 100% (50), el 38% (19) no presentan antecedente familiar de embarazo a temprana edad, 36% (18) presentan un antecedente familiar de embarazo adolescente en la madre. (ANEXO 12).

Se observó que del total de las madres adolescentes encuestadas 100% (50), el 46% (23) viven con ambos padres y hermanos, 38% (19) vive

solo con la madre y hermanos, 12% (6) vive solo con los humanos(as) y solo el 2% (1) vive con el padre y los hermanos. (ANEXO 13).

Se observó que del total de las madres adolescentes encuestadas 100% (50), el 78% (39) inició las relaciones sexuales por decisión propia, 16% (8) se di por la presión de la pareja, 4% (2) por la presión de los amigos y solo el 2% (1) por abuso sexual. (ANEXO14).

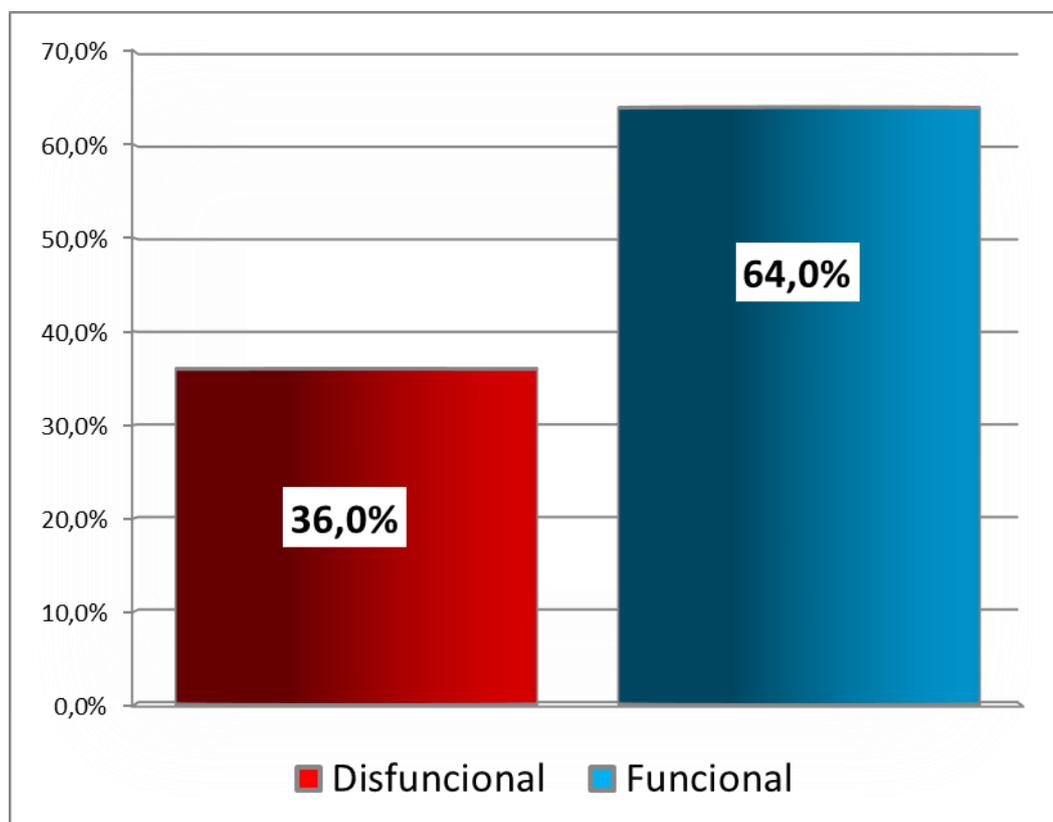
Gráfica 1: Nivel de Funcionalidad familiar de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé



Fuente: Elaboración Propia

El gráfico expuesto anteriormente nos permite concluir que el nivel de Funcionalidad familiar de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, es funcional con un 58%(29 madres), mientras un 42%(21 madres) es disfuncional.

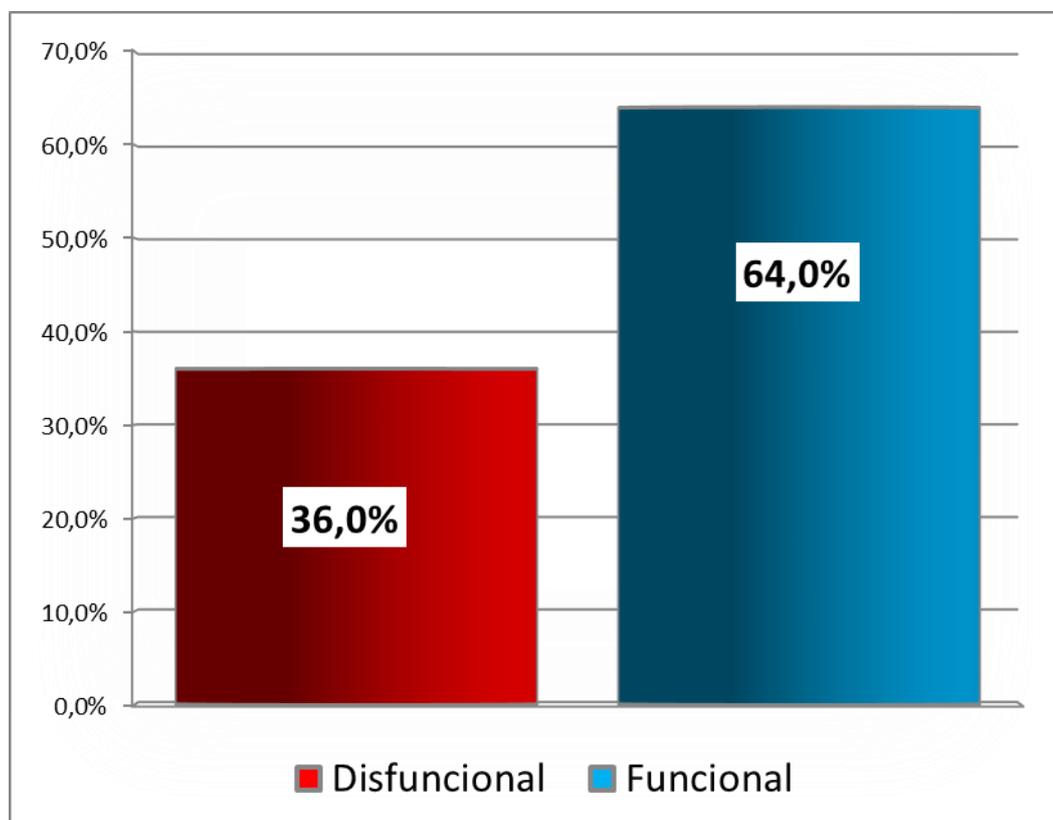
Gráfico 2: Nivel de la organización o estructura de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por dimensiones.



Fuente: Elaboración Propia

Con el gráfico anterior podemos concluir que el nivel de organización o estructura de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, es funcional con un 64%(32 madres), mientras un 36%(18 madres) es disfuncional.

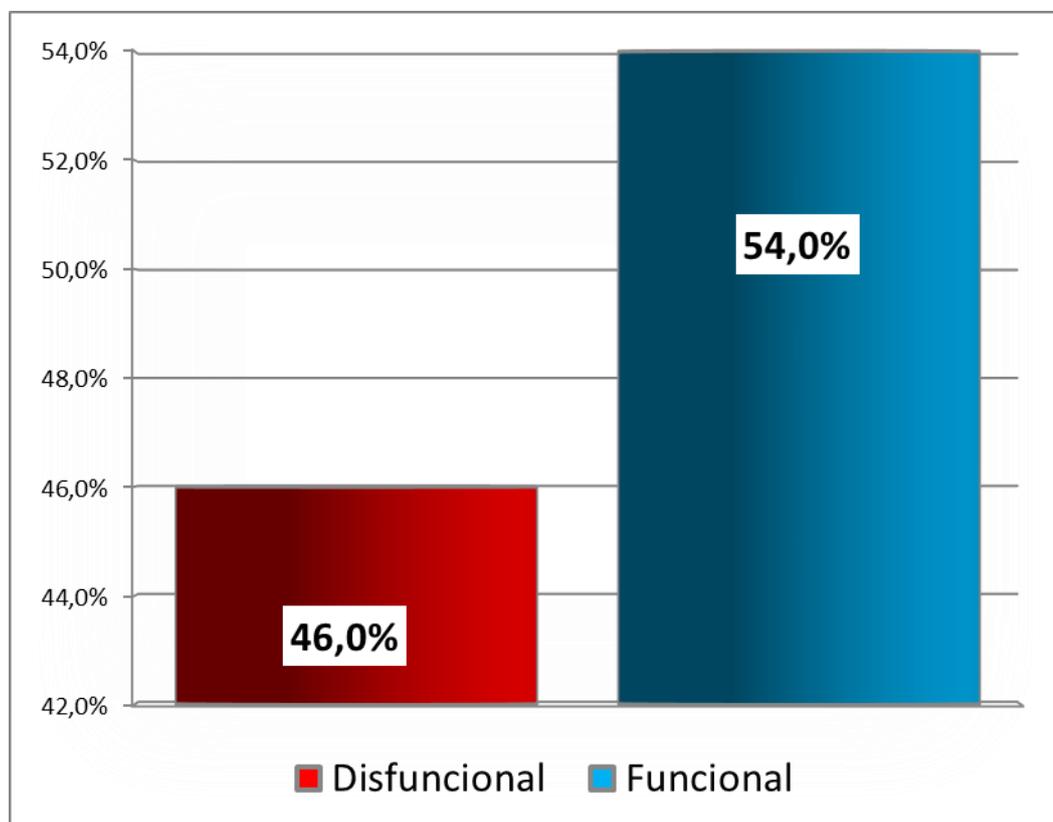
Gráfico 3: Nivel de Solución de Conflictos de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé



Fuente: Elaboración Propia

Al observar el gráfico 3 se concluye que el nivel de Solución de Conflictos de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, es funcional con un 64%(32 madres), mientras un 36%(18 madres) es disfuncional.

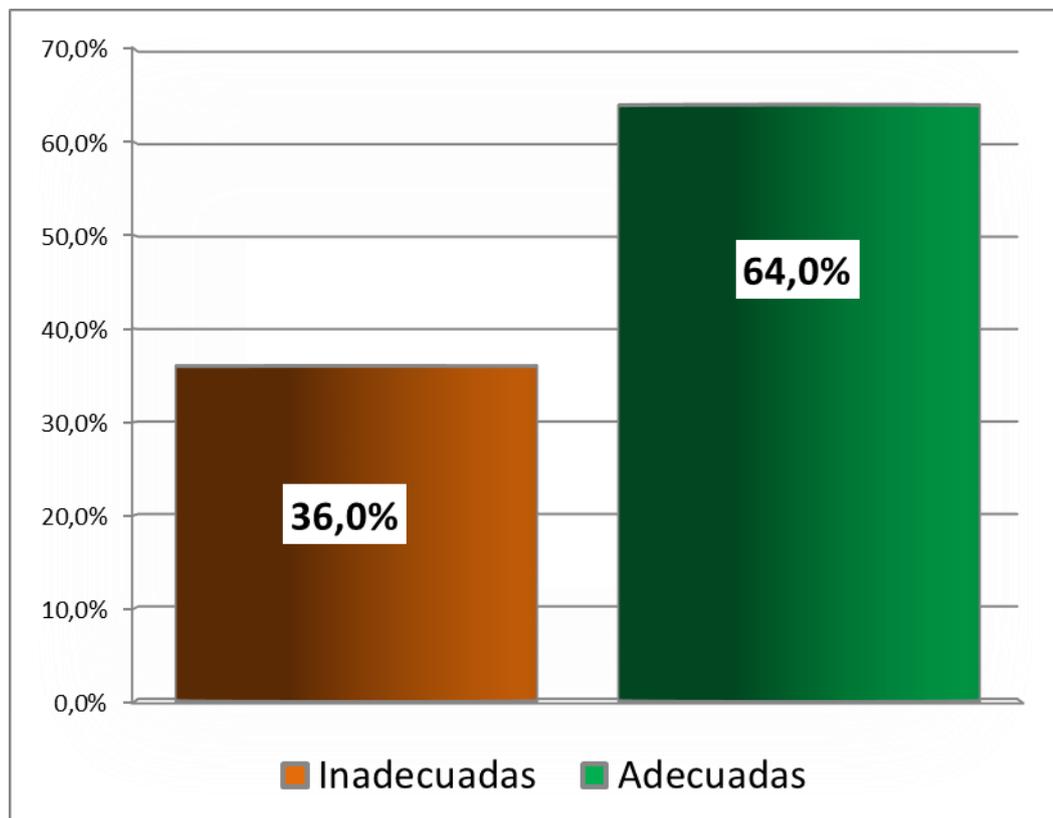
Gráfico 4: Nivel del Ambiente emocional de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé



Fuente: Elaboración Propia

Al observar el gráfico expuesto anteriormente se puede concluir que el nivel del ambiente emocional de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, es funcional con un 54%(27 madres), mientras un 46%(23 madres) es disfuncional.

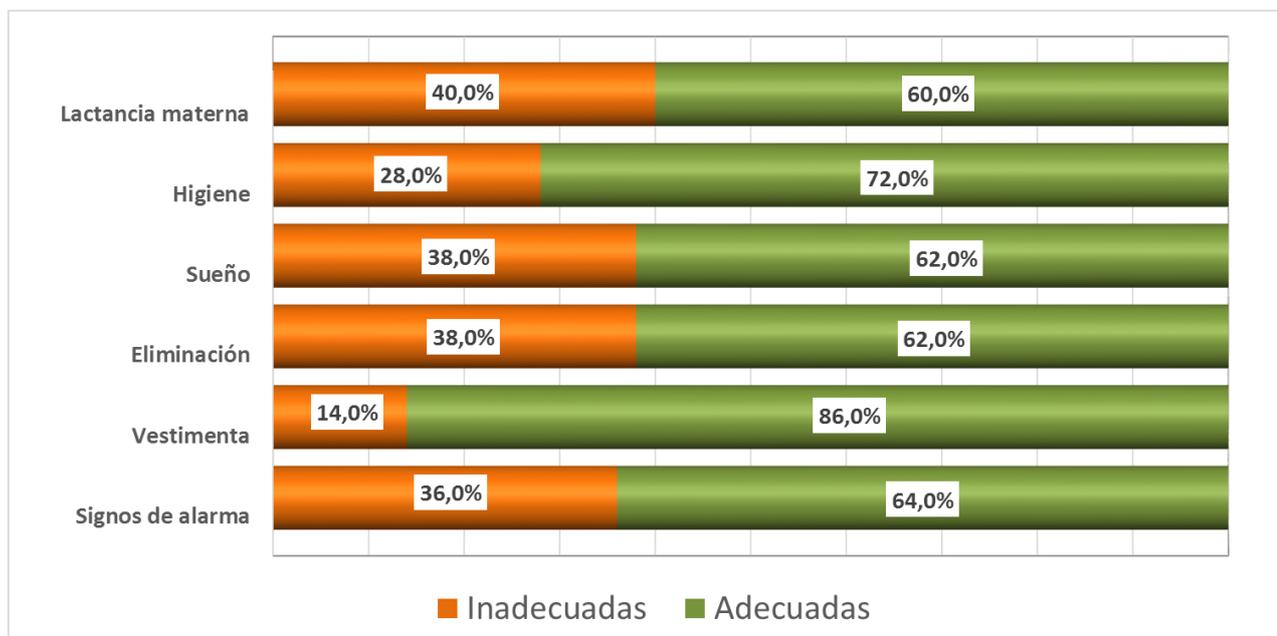
Gráfico 5: Nivel de Prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



Fuente: Elaboración Propia

Al observar el gráfico 5 se concluye que el nivel de prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, es Adecuada con un 64%(32 madres), mientras un 36%(18 madres) es disfuncional.

Gráfico 6: Nivel de Prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



Fuente: Elaboración Propia

Con la gráfica 6 expuesta en la parte superior podemos concluir que el nivel prácticas en el cuidado al recién nacido de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por dimensiones, es Adecuada en todas sus dimensiones.

El 60% (30) realiza practicas adecuadas durante la lactancia materna (contacto abdomen con abdomen) y el 40% (20) practicas inadecuadas (sentada sin comodidad). El 72% (36) realizan prácticas adecuadas durante la higiene al (temperatura del agua) y el 28% (14) realiza practicas inadecuadas (limpieza de los ojos).

El 62% (31) efectúa practicas adecuadas durante del descanso (cubrir con manta) y el 38% efectúa (19) practicas inadecuadas al observa frecuentemente al recién nacido. Por otro lado, el 62% (31) realiza practicas adecuadas y el 38% (19) realiza practicas inadecuadas observan cambio de consistencia y color de las deposiciones. Además, el 86% (43) procede a prácticas adecuadas durante la vestimenta (prendas de algodón) para vestir

al recién nacido y el 14% (7) practicas inadecuadas porque evita el exceso de abrigo en el recién nacido.

Finalmente, el 64% (32) ejecuta prácticas adecuadas durante la identificación de signos de alarma observa la coloración de los labios, la mucosa de la boca y la coloración de la piel y el 36% (18) practicas inadecuadas ya que, observa constantemente la respiración del recién nacido.

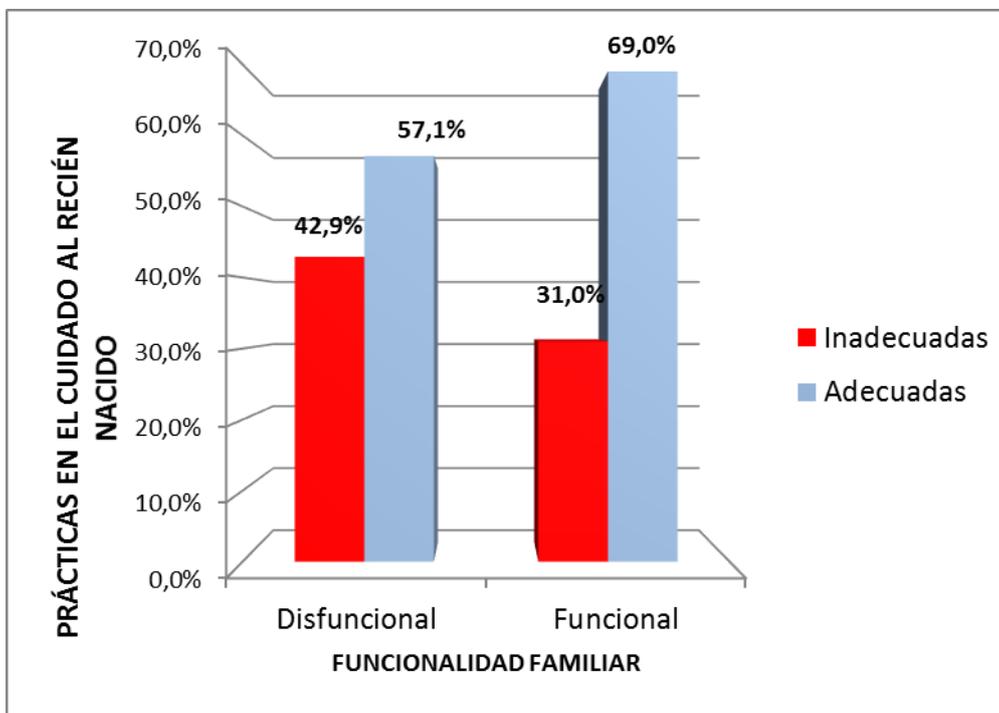
4.4.2 Análisis Inferencial y Contraste de Hipótesis.

Hipótesis General

Ho ($r_{xy} = 0$). “La Funcionalidad familiar no se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el presente año.”

Ha. ($r_{xy} \neq 0$) La Funcionalidad familiar se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el presente año.”

Gráfica 7: Funcionalidad familiar y las Prácticas en el cuidado al recién nacido



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 1: Funcionalidad familiar y las Prácticas en el cuidado al recién nacido

		PRÁCTICAS EN EL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO			
			Inadecuadas	Adecuadas	Total
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Disfuncional	n	9	12	21
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Funcional	n	9	20	29
		%	31,0%	69,0%	100,0%
	Total	n	18	32	50
		%	36,0%	64,0%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson	0,739	gl = 1	p=0,390		

Según la gráfica 7 y tabla 1 anterior no existe una relación directa entre la Funcionalidad familiar y las Prácticas en el cuidado al recién nacido, esto según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a $0,739 < 3,8415$ (valor crítico) y su p valor $0,390 > 0,05$ el cual no es significativo es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas no son dependientes por lo tanto aceptamos la hipótesis nula (H_0 de no relación) concluyendo que:

“La Funcionalidad familiar no se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017”

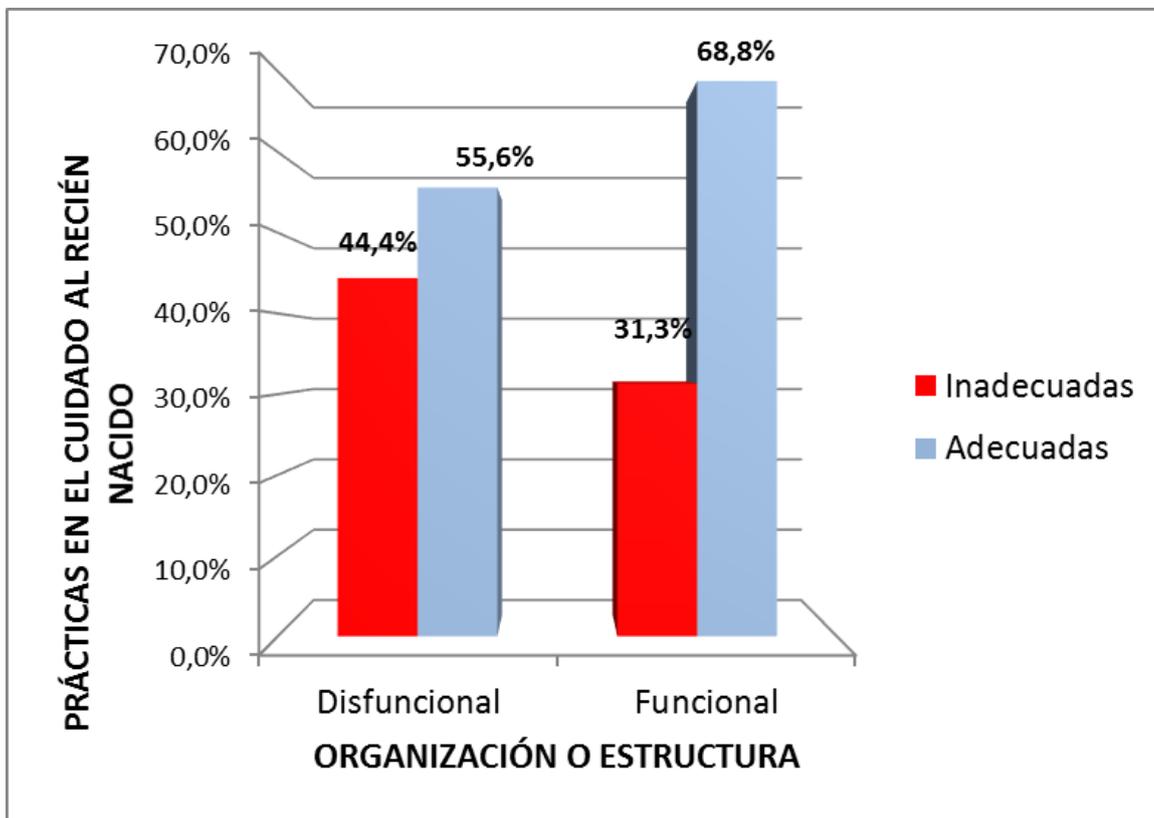
Hipótesis Especifica 1

$H_0 (r_{xy} = 0)$. “La Organización o estructura no se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las

madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.”

Ha. ($r_{xy} \neq 0$) “La Organización o estructura se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.”

Gráfica 8: Organización o estructura y las Prácticas en el cuidado al recién nacido.



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2: Organización o estructura y las Prácticas en el cuidado al recién nacido

PRÁCTICAS EN EL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO					
			Inadecuadas	Adecuadas	Total
ORGANIZACIÓN O ESTRUCTURA	Disfuncional	N	8	10	18
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	Funcional	N	10	22	32
		%	31,3%	68,8%	100,0%
	Total	N	18	32	50
		%	36,0%	64,0%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson	0,870	gl = 1	p=0,351		

Fuente: Elaboración Propia

Según la gráfica 8 y tabla 2 anterior no existe una relación directa entre la Organización o estructura y las Prácticas en el cuidado al recién nacido, esto según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a $0,870 < 3,8415$ (valor crítico) y su p valor $0,351 > 0,05$ el cual no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas no son dependientes. Por ello, aceptamos la hipótesis nula (H_0 de no relación) concluyendo que:

“La Organización o estructura no se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017”

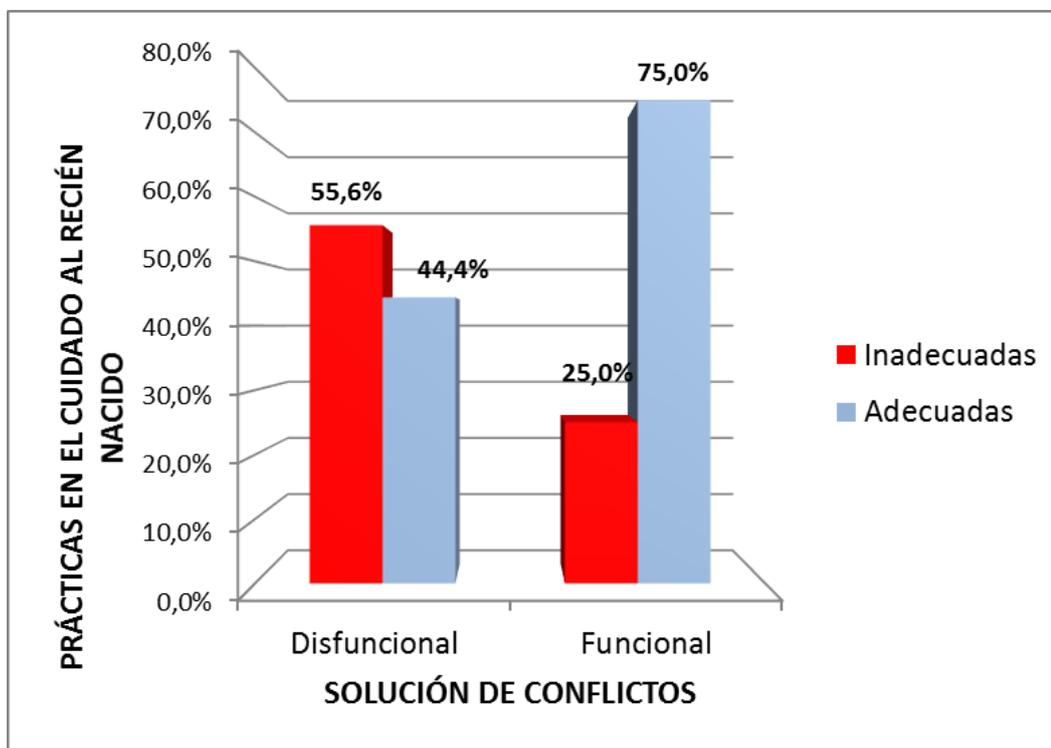
Hipótesis Especifica 2

Ho ($r_{xy} = 0$). “La Solución de conflictos no se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.”

Ha. ($r_{xy} \neq 0$) “La Solución de conflictos se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre N podemos observar que existe una relación directa entre la Solución de conflictos y las Prácticas en el cuidado al recién nacido, esto según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a $4,668 > 3,8415$ (valor crítico) y su p valor $0,031 < 0,05$ el cual es significativo es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes. Por esta razón rechazamos la hipótesis nula (Ho de no relación) concluyendo que:

“La Solución de conflictos se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017”

Gráfico 9: Solución de conflictos y las Prácticas en el cuidado al recién nacido.



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3: Solución de conflictos y las Prácticas en el cuidado al recién nacido

PRÁCTICAS EN EL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO					
			Inadecuadas	Adecuadas	Total
SOLUCIÓN DE CONFLICTOS	Disfuncional	n	10	8	18
		%	55,6%	44,4%	100,0%
	Funcional	n	8	24	32
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Total	n	18	32	50
		%	36,0%	64,0%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson	4,668	gl = 1	p=0,031		

Fuente: Elaboración Propia

Según el gráfico 9 y la Tabla 3 adjuntas podemos observar que existe una relación directa entre la Solución de conflictos y las Prácticas en el cuidado al recién nacido, esto según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a $4,668 > 3,8415$ (valor crítico) y su p valor $0,031 < 0,05$ el cual es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes. Por esta razón rechazamos la hipótesis nula (H_0 de no relación) concluyendo que:

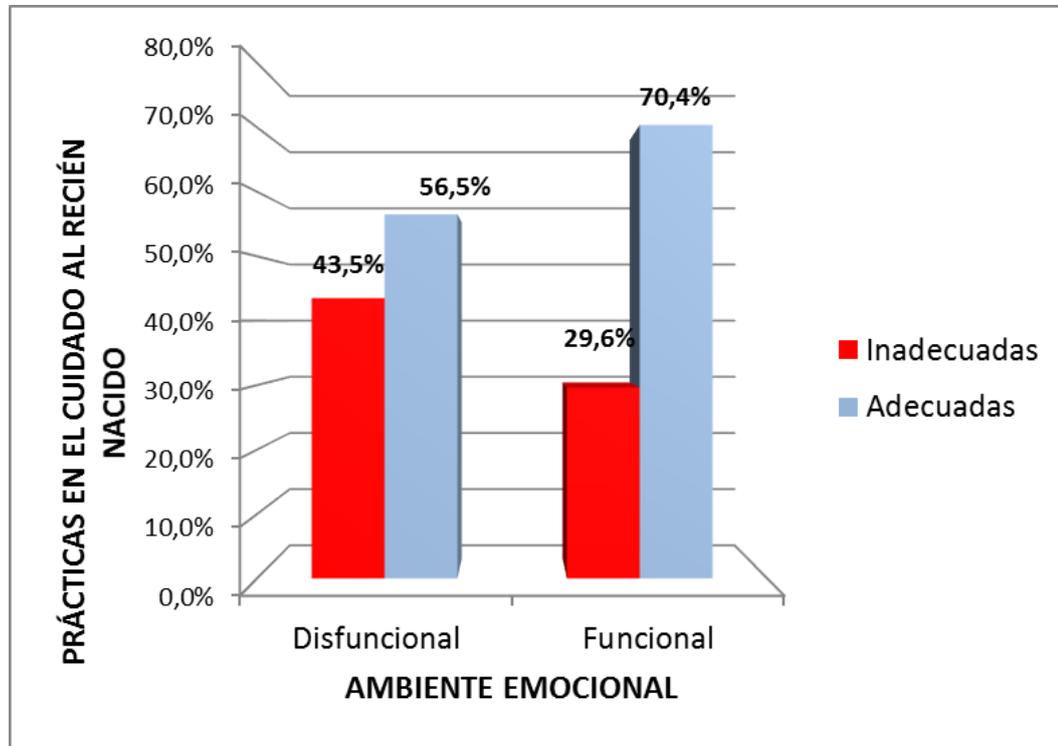
“La Solución de conflictos se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017”

Hipótesis Especifica 3

Ho ($r_{xy} = 0$). “El Ambiente emocional no se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.”

Ha. ($r_{xy} \neq 0$) “El Ambiente emocional se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.”

Gráfica 10. El Ambiente emocional y las Prácticas en el cuidado al recién nacido



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4: El Ambiente emocional y las Prácticas en el cuidado al recién nacido

PRÁCTICAS EN EL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO					
			Inadecuadas	Adecuadas	Total
AMBIENTE EMOCIONAL	Disfuncional	n	10	13	23
		%	43,5%	56,5%	100,0%
	Funcional	n	8	19	27
		%	29,6%	70,4%	100,0%
Total		n	18	32	50
		%	36,0%	64,0%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson		1,034	gl = 1 p=0,309		

Fuente: Elaboración Propia

Según la gráfica 10 y tabla 4 anterior no existe una relación directa entre el Ambiente emocional y las Prácticas en el cuidado al recién nacido, esto según la prueba del Chi-cuadrado, cuyo estadístico es igual a 1,034 < 3,8415 (valor crítico) y su p valor 0,309 > 0,05 el cual no es significativo es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas no son dependientes, por lo que aceptamos la hipótesis nula (Ho de no relación) concluyendo que:

“El Ambiente emocional no se relaciona de manera directa y significativa con las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017”

4.2 Discusión

El funcionamiento familiar es el soporte necesario para el desempeño familiar e individual; es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, su atmosfera psicosocial en el hogar varía notablemente entre uno y otro, pues ciertos hogares gozan de un buen clima interno y en otros sucede lo contrario. Según los datos obtenidos en el estudio el funcionamiento familiar de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (gráfica 1) la mayoría expresa poseer un funcionamiento familiar funcional, seguido de un menor porcentaje significativo que refiere tener un funcionamiento familiar disfuncional. Al respecto Burgos Campos, Dote Poblete, Gajardo Gangas, y Miño Lagos. (Chile 2012) concluyeron que la mayoría de madres adolescente provenían de una familia funcional, del mismo modo Urreta Palacios. (Perú 2008) concluyó en su estudio que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional.

En cuanto al funcionamiento familiar de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé tanto en el área estructura, solución de conflictos y ambiente emocional (gráficos 2, 3 y 4) la mayoría expresa poseer un funcionamiento familiar funcional, seguido de un menor porcentaje significativo que refiere tener un funcionamiento familiar disfuncional. Estudio que puede ser comparado parcialmente por el realizado por Urreta Palacios. (Perú 2008) quien concluyo que en el área estructura y solución de conflictos la gran mayoría presentaba una estructura familiar funcional con capacidad de solución de conflictos, sin embargo, en el área ambiente emocional el mayor porcentaje tiene un ambiente emocional familiar disfuncional.

La estructura familiar debe ser variable y flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, facilitando de este modo el desarrollo familiar, frente a los resultados obtenidos podemos concluir que la mayoría de las madres adolescentes

tienen una estructura familiar funcional, la cual está relacionada a que las decisiones son tomadas por ambos padres, reciben apoyo de los padres en los problemas de salud y escolares, existentes reglas en el hogar que las adolescentes se preocupan por cumplir y/o tratan de hacer cumplir.

En la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis, ante las cuales la familia puede actuar con rigidez o con flexibilidad, por lo expuesto, podemos deducir que la mayoría de las madres adolescentes tienen una capacidad de solución de conflictos familiar funcional referida por la comunicación frecuente entre los miembros de la familia.

El ambiente emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de la vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos, frente a lo expuesto podemos mencionar que la mayoría de las madres adolescentes tienen una estructura familiar funcional.

La transición hacia la maternidad no es fácil para la adolescente, a menudo sus necesidades de desarrollo como adolescentes aún no han sido cubiertas. Las madres adolescentes suelen sentirse excluidas de actividades deseables que eran sus diversiones, muchas de ellas no están adecuadamente preparada ni tienen la práctica suficiente para criar a un recién nacido. Según los datos obtenidos en el estudio sobre las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (gráfico 5) la mayoría realiza prácticas adecuadas, seguido de un menor porcentaje significativo que realiza practicas inadecuadas.

Por lo tanto, podemos decir que aún hay madres adolescentes que aún no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido. Debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en sus vidas, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas. Al respecto Palacios Carranza (Ancash, 2012) concluyo que la mayoría de las prácticas fueron adecuadas. Del mismo modo Vásquez Delgado (Lima, 2009) menciona que la mayoría presento prácticas adecuadas durante el cuidado al recién nacido.

Frente a ello Chévez Guevara menciona que los cuidados brindados en el ambiente familiar, favorecen el vínculo afectivo entre la adolescente y su recién nacido; para ello cada familiar se reorganiza para apoyarla, ya sea económicamente, cuidando al bebé, cuidándola en el puerperio mediato y enseñándole a que aprenda a desempeñar su rol maternal, basado en las creencias y prácticas aprendidas de su entorno familiar/cultural; aspectos que deben ser considerados por el personal de salud al brindar sus cuidados.

En relación a nuestro contraste de Hipótesis general hemos hallado que no existe la relación entre La Funcionalidad familiar y las Prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017, estos hallazgos guardan relación a lo reportado por Carrillo bautista y Tuya reyes (Chimbote-2008), quienes concluyeron que no existe la relación entre clima social familiar y las actitudes maternas en madres adolescentes del A.A.H,H San Pedro Distrito Chimbote 2008, con χ^2 (p valor=0,499>0,05) no significativa, esto se sustenta en que la maternidad es un instinto que se presenta no sólo en el ser humano, sino también en los mamíferos que viven el mismo proceso de reproducción que los humanos, es por ello que la maternidad representa un cambio de vida, en el cual las prioridades como persona cambian totalmente, teniendo la responsabilidad de velar por el bienestar del recién nacido, asumiendo

como ejes principales el amor y la protección, todo esto lo fundamentamos con la Teoría del desarrollo cognitivo (Piaget 1925) donde señala que en la Etapa de las Operaciones Formales, se desarrollan una mayor comprensión del mundo y de la idea de causa y efecto.

Para el caso de la de la Hipótesis específica 1, se comprobó que no existe relación entre La Organización o estructura familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017 ya que no existe mucha diferencia entre el porcentaje de prácticas adecuadas tanto en familias disfuncionales (55,6%) y familias funcionales (68,8) corroborado por el valor del chi cuadrado p valor=0,351>0,05; demostrando la capacidad de la familia flexibilidad y apertura al cambio en cuanto a las funciones, roles, etc., ante situaciones específicas o en un momento determinado. La no existencia de dicha flexibilidad impediría a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento rígido a patrones negativos, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución factible a la situación familiar problemática, todo esto se fundamenta en el modelo circunflejo de Olson, Sprenkle y Russell. El clima familiar, 1979 que es un modelo que facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica.

Para el caso de la de la Hipótesis específica 2, se comprobó que existe relación entre la Solución de conflictos y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017 ya que existe diferencia entre el porcentaje de prácticas adecuadas tanto en familias disfuncionales (44%) y familias funcionales (75%) corroborado por el valor del chi cuadrado p valor=0,031<0,05; esto se sustenta debido a que las soluciones de conflicto que se entre los seres humanos muchas veces no puede ser manejable y al tener un comportamiento dinámico este se mueve, ramifica, crece, trasciende e invade otras áreas de la vida. Produce el cambio social en su doble forma de evolución y revolución, es decir, cambio gradual o brusco, todo ello es parte del estudio de la

inteligencia emocional popularizado por Goleman D. Estudio de la inteligencia emocional popularizado; 1995.

Para el caso de la de la Hipótesis específica 3, se comprobó que no existe relación entre El Ambiente emocional y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017, ya que no existe mucha diferencia entre el porcentaje de prácticas adecuadas tanto en familias disfuncionales (56,5%) y familias funcionales (70,4) corroborado por el valor del chi cuadrado p valor=0,309>0,05; Olson, Russell, y Sprenkle. el clima familiar; 1979. llama al Ambiente Emocional como cohesión la cual lo define “como la vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido, es decir, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan”, a pesar que una de las causas que puede provocar un desajuste en la adaptación emocional es el embarazo a temprana edad, debido a que la adolescente no está preparada fisiológica y psicológicamente, ya que por naturaleza la mujer tiene una edad adecuada para procrear según las etapas del desarrollo. Arriagada S. Sexualidad, reproducción y desigualdades de género. Lima. Perú; 2011. Menciona que “la madre joven que decide dar a luz, suele tener limitantes a lo largo de la vida en áreas como lo es la física, social, académica y a nivel personal”. Generalmente en la mayoría de estos embarazos se cree que el resultado será poco satisfactorio para la joven y la calidad de vida no sea la que se espera, pues es evidente que las limitantes están presentes como lo refiere el autor; a pesar de ello nuestros resultados señalan que esto no repercute en las prácticas del cuidado del recién nacido que la madre adolescente brinda a su hijo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ La funcionalidad familiar en la mayoría en las madres adolescentes es funcional representado por el área de estructura familiar, área de solución de conflictos y en la misma proporción en el área de ambiente emocional.
- ✓ La mayoría de las madres adolescentes tiene una capacidad de solución de conflictos familiar funcional referida por la comunicación frecuente entre la madre y la adolescente. Mientras que la capacidad de solución de conflictos disfuncional debido a que la adolescente no contaba con el apoyo de nadie frente a problemas con sus padres.
- ✓ La mayoría de madres adolescentes tiene un ambiente emocional funcional relacionado a que consideran que sus padres eran afectuosos entre ellos y con ella. Mientras que el ambiente emocional familiar disfuncional relacionado a que no había confianza con el padre.

- ✓ Las madres adolescentes en su gran mayoría tienen prácticas adecuadas en el cuidado al recién nacido durante la vestimenta, la higiene, la identificación de signos de alarma, descanso y sueño, la lactancia materna y eliminación vesical e intestinal del recién nacido.

5.2. Recomendaciones.

- ✓ Sería de mucha importancia la implementación de programas dirigida a mejorar o fortalecer el entorno familiar como factor protector en la salud de cada miembro familiar, con la finalidad de evitar embarazos y maternidad en adolescentes.
- ✓ Realizar más estudios de tipo cuantitativo y cualitativo en los diferentes estratos socioeconómicos y distritos de Lima Metropolitana con el fin de conocer diversas realidades observando las diferencias en cuanto a frecuencia y magnitud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. El embarazo en la adolescencia. 2014 [Fecha de acceso: 3 de enero del 2017]. URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
2. UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe. [Fecha de acceso: 3 de enero del 2017]. URL disponible en:
<https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chro>.
3. INEI. Situación Social de las Madres Adolescentes. Perú; 2007. [Fecha de acceso: 14 de enero del 2017] URL disponible en:
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0871/libro.pdf
4. Sausa M. La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años. Perú 21. Lima. 2016. [fecha de acceso: 5 de febrero del 2017]. URL disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/maternidad-peru-esta-empezando-desde-11-anos-2253344>.
5. Redeer S. Enfermería Materna Infantil. 17ªEd. México: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
6. Chévez G. Cuidado de la familia al binomio madre adolescente recién nacido. [Tesis magister]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Perú, 2012. [Fecha de acceso: 5 de febrero del 2017]. URL disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/592/1/TM_Chévez_Guevara_Delia_Esther.pdf
7. Castellón H. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo. [Tesis Magíster] Atlántico: Universidad Nacional de Colombia; 2014. [fecha de acceso: 5 de febrero del 2017]. URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12811/1/59829.2014.pdf>.

8. Parada D. Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes. Colombia; 2014. [fecha de acceso: 6 de febrero del 2017]. URL disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/4/137>.
9. Cortes L. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el Municipio de Puerto Asís departamento del Putumayo. [Tesis Magister]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. [Fecha de acceso: 9 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.pdf>.
10. Pava C. Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar. [Tesis Magister]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11155/1/539568.2013.pdf>.
11. Hermoza D. Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana [Tesis de Psicólogo Clínico]. Ecuador: Universidad central del ecuador, 2012. [Fecha de acceso 10 de enero del 2017]. URL Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2757/1/T-UCE.pdf>.
12. Ramírez D. Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derecho habiente de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl. [Tesis Diploma]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013. [Fecha de acceso 16 de enero del 2017]. URL disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14018/396880.pdf?sequence=1>.
13. Castro M. y Cárdenas M. Manejo materno en el recién nacido por parte de las madres adolescentes que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila de la Ciudad de Tulcán durante el periodo de enero a junio. [Tesis Licenciatura]. Ecuador: Universidad Politécnica Estatal del Carchi, 2011. [Fecha de acceso 6 de enero del 2017]. URL disponible en: <https://es.scribd.com/document/317331477/004-Manejo-Materno-en-EI->

Recien-Nacidos-Por-Parte-de-Las-Madres-Adolescentes-Que-Acuden-Al-Servicio-de-Gineco-obstetricia-Luis-Gabriel-Davila-Astro.

14. Palomino E. Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el hospital distrital Jerusalén de la esperanza en el período enero febrero 2015 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú, 2015. [fecha de acceso 14 de noviembre del 2016]. URL disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1281/1/PALOMINO_ELIZABETH_RIESGO_EMBARAZO_ADOLESCENTE.pdf.
15. Palacios E. Prácticas y conocimientos de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco Ancash, 2012. In Crescendo. Ciencias de la Salud. 2015; 2(2): 22-30 [fecha de acceso 11 de noviembre del 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1029-3631-1-PB.pdf>.
16. Vásquez R. Prácticas, conocimiento y actitudes en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. [Tesis Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú; 2012. [fecha de acceso: 8 de febrero del 2017] URL disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf.
17. Urreta M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Perú; 2008. [fecha de acceso: 10 de enero del 2017] URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta_pm.pdf.
18. Carrillo E, Tuya C. Clima Social Familiar y Actitudes Maternas en Madres Adolescentes Del A.A.H.H. San Pedro [Tesis no publicada]. Lima: Universidad Cesar Vallejo Facultad de Psicología, Perú; 2008. [fecha de acceso: 14 de febrero del 2017] URL disponible en:

<https://vdocuments.site/documents/clima-social-familiar-y-actitudes-maternas-en-madres-adolescentes-del-a.html>

19. Ramos R. Derecho de Familia. 6 ed. Santiago: Editorial jurídica de Chile; 2007. P. 9.
20. ONU. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris, 1948. [Fecha de acceso: 14 de enero del 2017]. URL disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml.
21. Carbonell J, Carbonell M, González N. Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho. México, D.F: UNAM IJ, 2012.
22. De Pina Vara R. Diccionario de Derecho. México: Porrúa; 2005.
23. Quintero A. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires, Argentina: Lumen. Humanitas; 2001.
24. Oyarzún. E. Estructura y dinámica familiar. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999.
25. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Editorial Crónica, 1977. [Fecha de acceso: 21 de enero del 2017]. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B08c1LEUictRUFFnTDITZkFLOEU/view>.
26. Ferrer P, Miscán A, Pino M, Pérez V. Funcionamiento familiar según el modelo Circunflejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Rev. enferm Herediana. 2013; 6 (2):52-58. 2013. [Fecha de acceso: 21 de enero del 2017]. URL disponible en: http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamiento_familiar_segun_el_modelo_circunflejo_de_olson.pdf.
27. Saucedo J, Maldonado M. La Familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. p. 3.
28. Mendoza A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Perú: DEVIDA; 2004. p. 63

29. Pérez A, Medina C, Alcaraz M, Berenguer M. Factores Sociales asociados al Embarazo en el área de salud 28 de setiembre. Cuba; 1997. [Fecha de acceso: 21 de enero del 2017]. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_1_01/san06101.htm.
30. Alonso RM, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Rev. Cubana Medicina General Integral. Cuba, 2008. [Fecha de acceso: 23 de enero del 2017]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500009.
31. Menéndez E, Navas I, Hidalgo Y. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol. Cuba, 2012. [Fecha de acceso: 23 de enero del 2017]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006.
32. Ampuero A. Sexualidad y Deseo: Hablan los adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali. Lima: Movimiento Manuela Ramos. Perú, 1999.
33. Casas J, Ceñal G, Fierro M. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Madrid, España: Pediatra Integral; 2005.
34. Bejarano N, Argote L, Vásquez L. Protegiendo al recién nacido durante del puerperio, la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte [Tesis licenciatura]. Colombia; 2012.
35. Muñoz A, Dalmau J. Alimentación del recién nacido sano. España, 2008. [Fecha de acceso: 27 de diciembre del 2017]. URL disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf.
36. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría. 17ª ed. España, 2004.
37. Cordero M. Lactancia Materna. ed. Aula magna. España; 2004.
38. González A. Cuidados del recién nacido. 2014. [Fecha de acceso: 17 de enero del 2017]. URL disponible en: http://gonzalezmeneses.es/Cuidados_del_RN.pdf

39. Camayo E. Conocimientos de las madres adolescentes primerizas sobre los cuidados básicos del neonato, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2011. [Fecha de acceso: 18 de enero del 2017]. URL disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4622/1/Camayo_Alva_Edith_Carla_2015.pdf.
40. Alcarraz K. Conocimientos de madres primíparas sobre los cuidados del recién nacido en el hogar del servicio de alojamiento conjunto del C.S. Materno Infantil Miguel Grau – Chosica [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2014. [Fecha de acceso: 18 de enero del 2017]. URL disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4943/1/Alcarraz_Cortez_Karol_Josselyn_2015.pdf.
41. American Academy of Pediatrics. Envolver al bebé: ¿es una práctica segura? 2013. [Fecha de acceso: 11 de febrero del 2017]. URL disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/diapers-clothing/Paginas/swaddling-is-it-safe.aspx>.
42. Ladewing P. Enfermería maternal y del recién nacido. 5° ed. España: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2006.
43. Benavides I. Neonatología de Clínica Vespucio Cómo vestir a tu bebé recién nacido. 2016. [Fecha de acceso: 3 de febrero del 2017]. URL disponible en: <http://www.facemama.com/recien-nacido/como-vestir-al-bebe-recien-nacido.html>.
44. Leininger M y McFarland M. Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. New York: McGrawHill; 1995.
45. Reidemann M. Perfil de las madres adolescentes y sus necesidades en relación con el cuidado de su hijo [Tesis Licenciatura]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2004. [Fecha de acceso: 3 de febrero del 2017]. URL disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmr551p/pdf/fmr551p.pdf>.

- 46 Chaverra B. Una aproximación al concepto de práctica en la formación de profesionales en educación física. Colombia; 2003. [Fecha de acceso: 19 de febrero del 2017]. URL disponible en:<http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf>.
- 47 Muñoz S. Experiencia de la práctica de cuidado transcultural en el área materno perinatal. Revista Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Cauca. Colombia; 2006. [Fecha de acceso: 5 de febrero del 2017]. URL disponible en:
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/backweb/Revista/Revista/PDF/2006/080206200605.pdf>.
- 48 Slideshare. Metodología y técnicas de investigación megatendencia investigativas en salud. 2010 [Fecha de acceso: 28 mayo 2017].URL disponible en: <https://es.slideshare.net/uci2c/tipo-y-diseo-de-la-investigacion>.

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO : FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS PRACTICAS DEL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO EN LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ AUTORES: FERNANDA LUCIA MUNARRIZ ULLOA- VIOLETA IRIS ROPA PUMA					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema principal: ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1- ¿Cuál es la relación entre la Organización o estructura y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas</p>	<p>Objetivo general: Describir la relación entre la funcionalidad familiar y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>1- Determinar la relación entre la Organización o estructura y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas</p>	<p>Hipótesis general: La funcionalidad familiar se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>1- La Organización o estructura se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al</p>	<p>Variable 1: FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p> <p>Dimensiones</p> <p>1. Organización o estructura de 2. Solución de Conflictos</p> <p>3. Ambiente emocional</p> <p>Variable 2. PRÁCTICAS EN EL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO</p>	<p>TIPO: Investigación aplicada</p> <p>ENFOQUE: Cuantitativo,</p> <p>DISEÑO : Descriptivo – Correlacional. No experimental de corte transversal</p>	<p>POBLACIÓN: Madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé</p> <p>MUESTRA: Muestra intencional por conveniencia.(No probabilística)</p> <p>50 Madres adolescentes</p>

<p>en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017?</p> <p>2- ¿Cuál es la relación entre la Solución de conflictos y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017?</p> <p>3¿Cuál es la relación entre el Ambiente emocional y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017?</p>	<p>en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017.</p> <p>2- Determinar la relación entre la Solución de conflictos y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017.</p> <p>3- Determinar la relación entre el Ambiente emocional y las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2017.</p>	<p>recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.</p> <p>2- La Solución de conflictos se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.</p> <p>3- El Ambiente emocional se relaciona de manera directa y significativa con las prácticas en el cuidado al recién nacido en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2017.</p>	<p>Dimensiones</p> <p>Lactancia materna</p> <p>Higiene</p> <p>3. Sueño</p> <p>Eliminación</p> <p>Vestimenta</p> <p>6. Signos de alarma</p>	<p>TECNICA : V1. Encuesta V2. Observación</p> <p>INSTRUMENTO : V1. Cuestionario. V2. Lista de chequeo</p>	
---	---	---	--	---	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO

INTRODUCCIÓN

Estimada participante, somos Violeta Iris Ropa Puma y Fernanda Lucia Munarriz Ulloa, estudiantes de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener y en esta oportunidad me es grato dirigirme a Ud., para hacerle llegar el presente instrumento que tiene como finalidad obtener información sobre la funcionalidad familiar y su relación con las practicas del cuidado al recién nacido. Este instrumento es **ANÓNIMO** y los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración

INSTRUCCIONES

A continuación, te presentamos una serie de preguntas, las cuales deberás:

- Leer detenidamente y responder todas las preguntas
- Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible leerlas
- Marcar una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario)

A. DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| a) 10 años () | e) 14 años () | i) 18 años () |
| b) 11 años () | f) 15 años () | j) 19 años () |
| c) 12 años () | g) 16 años () | |
| d) 13 años () | h) 17 años () | |

2. ¿Qué año de estudios secundarios has terminado?

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| a) 1er año () | c) 3er año () | e) 5to año () |
| b) 2do año () | d) 4to año () | |

3. ¿Cuál es tu estado civil?

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

4. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- a) Soy hija única en mi familia ()
- b) Soy la mayor de mis hermanos ()

c) Estoy entre el mayor y el menor de mis hermanos ()

d) Soy la menor de mis hermanos ()

B. DATOS RELACIONADOS AL EMBARAZO

5. ¿Cuánto tiempo de gestación tienes actualmente?

a) 1er mes ()

d) 4to mes ()

g) 7mo mes ()

b) 2do mes ()

e) 5to mes ()

h) 8vo mes ()

c) 3er mes ()

f) 6to mes ()

i) 9no mes ()

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

a) 1er mes ()

b) 2do mes ()

c) 3er mes ()

d) 4to mes ()

e) 5to mes ()

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

a) 1er mes ()

d) 4to mes ()

g) 7mo mes ()

b) 2do mes ()

e) 5to mes ()

h) 8vo mes ()

c) 3er mes ()

f) 6to mes ()

i) 9no mes ()

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

a) ellos se enteraron por mi ()

b) ellos mismos se dieron cuenta ()

c) ellos se enteraron por otras personas ()

d) ellos se enteraron de casualidad ()

9. En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?

a) Si ()

b) No ()

En caso afirmativo, ¿Quién tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?

a) Madre ()

b) Hermana ()

c) Abuela ()

10. ¿Con quién vivías antes de embarazarte?

a) solo con mi madre y hermanos ()

b) solo con mi padre y hermanos ()

c) con ambos padres y hermanos ()

d) solo con mis hermanos ()

e) otros (Especificar).....

11. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?

- a) decisión propia ()
- b) presión de pareja ()
- c) presión de amigos ()
- d) abuso sexual ()

Para que contestes a las preguntas que a continuación se te presentan es necesario que recuerdes hechos vividos en tu familia **ANTES DE TU EMBARAZO.**

12. ¿Quién tomaba las decisiones en tu familia?

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

13. ¿Las decisiones que se tomaban en tu familia tenían en cuenta tu opinión?

- a) siempre ()
- b) a veces ()
- c) nunca ()

14. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema de salud has recibido apoyo de:

- a) solo mi madre ()
- b) solo mi padre ()
- c) ambos padres ()
- d) solo mis hermanos ()
- e) padres y hermanos ()
- f) todos indiferentes ()
- g) desconocían mis problemas ()
- h) de ninguna persona ()
- i) otros (Especificar).....

15. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema escolar has recibido apoyo de:

- a) solo mi madre ()
- b) solo mi padre ()
- c) ambos padres ()

- d) solo mis hermanos ()
- e) padres y hermanos ()
- f) todos indiferentes ()
- g) desconocían mis problemas ()
- h) de ninguna persona ()
- i) otros (Especificar).....

16. ¿Cuándo estuviste frente a algún problema sentimental (enamorado) has recibido apoyo de:

- a) solo mi madre ()
- b) solo mi padre ()
- c) ambos padres ()
- d) solo mis hermanos ()
- e) padres y hermanos ()
- f) todos indiferentes ()
- g) desconocían mis problemas ()
- h) de ninguna persona ()
- i) otros (Especificar).....

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

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

18. Las reglas existentes en tu familia ¿Sobre qué temas se establecían? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) la hora de llegada a la casa ()
- b) tipo de amigos ()
- c) salida a fiestas o reuniones ()
- d) notas escolares aprobatorias ()
- e) vestimenta ()
- f) quehaceres del hogar ()
- g) otros (Especificar).....

19. ¿Qué reglas establecidas en tu familia eran aquellas que tus padres se preocupaban de que se cumplieran? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) la hora de llegada a la casa ()
- b) tipo de amigos ()
- c) salida a fiestas o reuniones ()
- d) notas escolares aprobatorias ()
- e) vestimenta ()
- f) quehaceres del hogar ()
- g) otros (Especificar).....

20. ¿Qué reglas establecidas en tu familia te preocupabas tú de cumplir? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) la hora de llegada a la casa ()
- b) tipo de amigos ()
- c) salida a fiestas o reuniones ()
- d) notas escolares aprobatorias ()
- e) vestimenta ()
- f) quehaceres del hogar ()
- g) otros (Especificar).....

21. ¿Qué funciones cumplían tus padres contigo? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) alimentación y vestido ()
- b) protección y seguridad ()
- c) afectivas ()
- d) educativas ()
- e) recreativas ()
- f) ninguna ()

22. La comunicación entre tu padre y tu era:

- a) Casi siempre ()
- b) de vez en cuando ()
- c) casi inexistente ()

23. La comunicación entre tu madre y tu era:

- a) Casi siempre ()
- b) de vez en cuando ()
- c) casi inexistente ()

24. ¿Cómo afrontaban tus padres los problemas con los hijos?

a) conversaban entre ellos ()

b) buscaban ayuda ()

c) no hacían nada ()

25. ¿Cuándo tenías problemas con tus padres, a quién acudías para encontrar apoyo?

a) a mis hermanos ()

b) a mis parientes (abuela, tía) ()

c) a mis amigos ()

d) a mi enamorado ()

e) a nadie ()

26. ¿Consideras que tus padres eran afectuosos entre ellos?

a) afectuosos ()

b) poco afectuosos ()

d) indiferentes ()

27. ¿Cómo era el cariño de tu madre hacia ti?

a) afectuosa ()

b) poco afectuosa ()

d) indiferente ()

28. ¿Cómo era el cariño de tu padre hacia ti?

a) afectuoso ()

b) poco afectuoso ()

d) indiferente ()

29. ¿Cómo era el cariño de tus hermanos hacia ti?

a) afectuosos ()

b) poco afectuosos ()

d) indiferentes ()

30. ¿Cómo calificarías el grado de confianza con tu madre? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

a) Me era fácil expresarle todos mis sentimientos ()

b) Ella podía saber cómo me sentía aún sin preguntármelo ()

c) Cuando tenía dificultades, podía comentárselo ()

- d) No confiaba en ella ()
- e) Siento que ella no le tomaba importancia a lo que hablábamos ()
- f) Ella nunca se daba cuenta de lo que me pasaba ()

31. ¿Cómo calificarías el grado de confianza con tu padre? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) Me era fácil expresarle todos mis sentimientos ()
- b) Él podía saber cómo me sentía aún sin preguntármelo ()
- c) Cuando tenía dificultades, podía comentárselo ()
- d) No confiaba en él ()
- e) Siento que él no le tomaba importancia a lo que hablábamos ()
- f) Él nunca se daba cuenta de lo que me pasaba ()

32. ¿Cuáles de las siguientes actividades se realizaban en tu familia? (en esta pregunta puedes marcar más de una respuesta)

- a) La familia tomaba un tiempo para conversar ()
- b) Hacíamos algo como familia por lo menos una vez por semana ()
- c) Nos gustaba pasar juntos el tiempo libre ()
- d) No dedicábamos un tiempo para conversar toda la familia ()
- e) Difícilmente compartíamos alguna actividad todos juntos ()
- f) Preferíamos pasar el tiempo libre cada uno por su cuenta ()

Gracias por su participación.

Lista de verificación del desempeño de la madre adolescente en el cuidado al recién nacido.

Lactancia materna	
<input type="checkbox"/>	Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe.
<input type="checkbox"/>	Al acerca al bebe a su seno se observa el contacto abdomen con abdomen.
<input type="checkbox"/>	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados.
<input type="checkbox"/>	Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera.
<input type="checkbox"/>	Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente.
<input type="checkbox"/>	Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente.
Higiene	
<input type="checkbox"/>	Alista todos los materiales y la ropa del recién nacido antes que lo bañe.
<input type="checkbox"/>	Verifica la temperatura del agua antes de bañar al recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Limpia los ojos del RN de la comisura interna hacia la externa con un pedazo algodón humedecido.
<input type="checkbox"/>	La limpieza del condón umbilical lo realiza con una solución de alcohol de 70°.
<input type="checkbox"/>	Durante la higiene de los genitales limpia y seca bien los pliegues de los muslos.
<input type="checkbox"/>	Evitando el uso de hisopos al momento de limpiar el oído del recién nacido.
Descanso y sueño	
<input type="checkbox"/>	Coloca lateralmente al recién nacido para que duerma.
<input type="checkbox"/>	Envuelve con una manta al recién nacido para que duerma.
<input type="checkbox"/>	Cuando está durmiendo el recién nacido observa frecuentemente si esta acalorado, presenta cabello humedecido, mejillas sonrosados y sudor.
Eliminación vesical e intestinal	
<input type="checkbox"/>	Cuando se orina el recién nacido lo cambia inmediatamente.
<input type="checkbox"/>	Se preocupa por el cambio de consistencia y color de las deposiciones del recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Antes de cambiar el pañal limpia los genitales con gasa o toallita húmeda de adelante hacia atrás.
<input type="checkbox"/>	Al cambiar el pañal del recién nacido lo mantiene doblado por debajo del cordón.

Vestimenta	
<input type="checkbox"/>	Utiliza prendas de algodón para vestir al recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Evita el exceso de abrigo en el recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Utiliza prendas amplias que faciliten el movimiento en el recién nacido.
Signos de alarma	
<input type="checkbox"/>	Al momento de cambiar al recién nacido observa la coloración de los labios, la mucosa de la boca y la coloración de la piel.
<input type="checkbox"/>	Se preocupe por la ausencia de apetito del recién nacido ò por la presencia de vómitos.
<input type="checkbox"/>	Verifica si hay enrojecimiento en la zona del cordón umbilical en el recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Observa constantemente la respiración del recién nacido.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

... Identificado con DNI.....; acepto participar libremente en la aplicación del cuestionario sobre la Funcionalidad familiar y su relación con las practicas del cuidado al recién nacido en las madres adolescentes Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé., previa orientación por parte del investigador, a sabiendas que la aplicación del cuestionario no perjudicará en ningún aspecto en mi bienestar y que los resultados obtenidos mejorarán mi calidad de vida.

Fecha:

.....

Firma del investigador

.....

Firma del Participante

ANEXO 4

TABLA DE CONCORDANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS Y PRUEBA

BINOMIAL

Criterios	Jueces						P
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	1	0.001
6	1	1	1	1	1	0	0.011
7	1	1	1	1	1	0	0.011

Positiva =1 (Si)

Negativa =0 (No)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

$P = 0.027 / 7 = 0.0038571$

Entonces se encontró concordancia es significativa en los 7 criterios de la evaluación del cuestionario.

ANEXO 5

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	DATOS DEL EMBARAZO	DATOS ESPECÍFICOS	
<p>1. 10-13 = 3 14-16 = 2 17-19 = 1</p> <p>2. 1er año = 1 2do año = 2 3er año = 3 4to año = 4 5to año = 5</p> <p>3. Soltera = 1 Conviviente = 2 Casada = 3</p> <p>4. Hija única = 1 Mayor de mis hermanos = 2 Entre el mayor y el menor = 3 Menor de mis hermanos = 4</p>	<p>5. 1er mes = 1 2do mes = 2 3er mes = 3 4to mes = 4 5to mes = 5 6to mes = 6 7mo mes = 7 8vo mes = 8 9no mes = 9</p> <p>6. 1er mes = 1 2do mes = 2 3er mes = 3 4to mes = 4 5to mes = 5</p> <p>7. 1er mes = 1 2do mes = 2 3er mes = 3 4to mes = 4 5to mes = 5</p> <p>8. Enteraron por mi = 4 Dieron cuenta = 3 Enteraron por otras personas = 2 Enteraron de casualidad = 1</p> <p>9. Madre = 3 Hermana = 2 Abuela = 1 Ninguna = 0</p> <p>10. Solo hermanos = 1 Madre y hermanos = 2 Padre y hermanos = 3 Ambos padres y hermanos = 4</p> <p>11. Decisión propia = 4 Presión de pareja = 3 Presión de amigos = 2 Abuso sexual = 1</p>	<p>12. 1 = a 2 = b 3 = c 4 = d 0 = e</p> <p>13. 1 = a 2 = b 3 = c</p> <p>14. 5 = a 6 = b 7 = c 4 = d 8 = e 3 = f 2 = g 1 = h 0 = i</p> <p>15. 5 = a 6 = b 7 = c 4 = d 8 = e 3 = f 2 = g 1 = h 0 = i</p> <p>16. 5 = a 6 = b 7 = c 4 = d 8 = e 3 = f 2 = g 1 = h 0 = i</p> <p>17. 2 = a 3 = b 4 = c 1 = d 0 = e</p> <p>18. 6 = a 5 = b 4 = c 3 = d 2 = e 1 = f 0 = g</p>	<p>21. 2 = a 5 = b 6 = c 3 = d 4 = e 1 = f</p> <p>22. 3 = a 2 = b 1 = c 23. 3 = a 2 = b 24. 3 = a 2 = b 1 = c 25. 4 = a 5 = b 3 = c 2 = d 1 = e 26. 3 = a 2 = b 1 = c 27. 3 = a 2 = b 1 = c 28. 3 = a 2 = b 1 = c 29. 3 = a 2 = b 1 = c 30. 5 = a 6 = b 4 = c 1 = d 2 = e 3 = f 31. 5 = a 6 = b 4 = c 1 = d 2 = e 3 = f 32. 5 = a 6 = b 4 = c</p>

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

ANEXO 6

MATRIZ GENERAL

Funcionalidad familiar

N°	DATOS GENERALES				DATOS DEL EMBARAZO							AREA ESTRUCTURA											AREA SOLUCION DE CONFLICTOS					AREA AMBIENTE EMOCIONAL						
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°	27°	28°	29°	30°	31°	32°		
1	1	1	5	2	2	8	1	1	4	0	3	4	3	1	8	8	7	4	6	6	6	6	6	3	3	3	5	3	3	3	3	5	6	6
2	3	1	2	4	8	2	2	1	3	3	4	3	1	7	7	2	4	3	3	3	2	3	3	3	5	2	2	2	2	6	6	4		
3	1	5	1	4	8	1	1	2	0	1	4	1	3	4	4	7	4	4	4	3	2	1	2	1	4	1	1	1	3	3	2			
4	1	5	1	2	9	1	1	4	3	3	4	3	2	7	7	2	4	4	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	5	2	1			
5	2	4	1	4	3	2	4	3	0	3	4	2	2	5	2	2	4	6	6	4	5	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2		
6	1	5	1	3	9	2	4	4	2	3	4	2	2	8	8	2	2	6	6	6	3	2	3	3	4	2	3	2	3	6	6	2		
7	1	4	2	1	8	2	3	1	0	1	4	3	2	5	7	1	4	4	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	2	1	1	2		
8	1	4	1	2	8	1	2	2	0	3	4	3	2	7	8	7	2	4	5	5	4	3	2	2	2	3	2	2	2	5	5	2		
9	1	5	2	2	7	3	4	4	0	3	4	3	3	8	7	2	4	3	6	6	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2		
10	1	5	1	1	9	1	1	4	3	1	4	1	1	8	8	8	4	6	6	0	6	3	3	3	4	3	2	2	3	5	6	6		
11	1	5	1	4	7	1	2	4	0	1	4	1	2	5	5	5	3	3	6	3	3	2	2	1	4	2	2	1	2	2	3	3		
12	1	4	2	2	8	1	1	4	0	1	4	1	2	5	5	5	3	6	6	6	2	2	3	3	3	2	3	2	3	5	1	1		
13	1	5	2	1	7	2	2	4	3	0	4	0	1	0	5	0	6	6	6	6	1	3	3	5	1	3	3	1	1	6	3	6		
14	1	5	2	3	5	1	2	4	3	0	4	3	2	6	6	2	4	6	6	6	6	6	3	1	3	1	3	1	3	3	1	6	5	
15	1	4	2	2	8	1	1	4	0	1	4	1	2	5	5	5	3	6	6	6	3	2	3	3	3	2	3	2	2	5	2	3		
16	1	4	1	2	4	2	2	2	0	3	4	3	2	7	7	7	4	6	6	6	3	3	3	3	2	5	2	2	3	6	6	4	2	
17	1	5	2	3	5	2	4	3	2	3	3	2	2	3	2	1	2	1	3	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
18	1	4	1	2	9	2	2	4	1	1	4	1	1	8	8	8	2	6	6	6	3	2	3	3	4	2	2	2	3	4	1	6		
19	1	5	2	4	7	2	2	4	3	1	4	4	1	7	8	5	2	3	3	3	5	3	3	3	1	3	3	3	3	5	4	5		
20	1	5	1	4	9	2	2	3	3	1	4	1	2	5	5	3	3	6	3	3	3	1	2	3	3	2	3	1	3	6	1	2		
21	1	5	2	2	8	2	2	4	3	3	4	2	2	2	2	5	2	6	6	6	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	
22	1	5	2	4	9	2	3	4	2	3	4	3	2	8	8	4	2	6	6	3	3	2	2	3	5	2	2	2	3	6	6	6	6	
23	1	5	1	3	8	2	2	4	3	3	4	2	2	6	6	2	2	6	6	6	5	2	2	3	3	2	2	2	3	5	5	5	5	
24	1	4	1	1	7	2	2	4	0	1	4	1	2	2	5	5	3	6	6	6	6	1	2	3	3	1	2	1	1	3	3	5	5	
25	2	3	1	3	8	2	4	3	3	3	3	2	2	7	8	2	2	6	6	4	5	2	2	3	3	2	2	2	2	4	4	4	2	
26	1	5	1	2	7	3	5	3	0	3	4	3	2	7	7	8	4	3	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	4	2	
27	1	5	1	3	7	2	4	2	0	1	4	1	2	5	5	2	3	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3
28	2	4	1	4	6	3	5	1	2	1	3	1	2	5	5	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	5	1	1	2	
29	1	5	1	3	6	3	3	3	3	3	3	3	7	7	2	2	6	6	6	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	4	2	
30	1	5	1	2	2	3	2	3	0	4	1	2	5	5	1	3	6	3	4	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	
31	1	4	1	3	6	2	4	3	0	1	4	4	2	5	4	2	3	6	6	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	
32	1	5	1	4	6	2	2	2	0	4	4	0	2	2	4	4	1	6	6	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	2	3	
33	1	5	2	2	5	1	3	1	3	3	4	4	2	5	7	2	4	6	6	6	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	
34	1	4	1	4	6	4	4	4	2	1	3	4	2	5	5	5	3	6	6	6	3	1	1	2	2	2	2	2	1	3	3	3	3	
35	1	5	1	4	5	1	1	3	1	4	4	0	2	4	4	2	1	6	6	6	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	
36	1	5	2	4	3	3	5	4	3	1	4	4	2	5	5	2	3	6	6	6	3	2	2	1	1	2	1	1	1	3	1	3	3	
37	1	5	1	3	5	1	1	1	2	2	4	3	2	6	6	6	2	6	6	6	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	4	2	4	2
38	1	5	1	4	4	1	1	2	2	3	4	2	2	5	5	2	4	6	6	6	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	5
39	1	5	1	2	4	1	1	1	1	1	4	4	2	5	5	5	3	6	6	6	6	2	2	1	5	2	2	2	3	5	2	5	5	
40	2	5	1	1	4	2	2	3	1	1	2	4	3	5	4	5	3	6	6	6	4	3	3	2	4	2	3	2	2	5	6	6	6	
41	1	5	1	1	4	1	1	1	1	1	4	4	2	5	5	5	3	6	6	6	4	3	3	3	4	3	3	3	3	6	3	5	5	
42	2	4	1	1	4	1	1	2	3	0	3	4	3	5	5	5	4	6	6	6	4	1	3	1	2	2	3	1	3	6	3	5	5	
43	1	5	1	4	6	2	4	2	3	3	4	2	7	5	5	4	6	6	6	6	5	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	5	
44	1	5	2	2	5	2	2	3	3	3	4	2	2	7	5	5	4	6	6	6	5	2	2	3	3	3	3	3	3	3	5	5	1	
45	1	4	1	1	5	1	1	1	0	3	4	2	2	7	7	2	4	6	6	6	5	3	3	3	5	3	3	3	3	4	6	1	1	
46	1	5	1	1	7	2	5	2	0	0	3	2	3	7	7	7	4	6	6	6	5	3	3	2	2	3	3	3	3	6	4	6	6	
47	1	5	1	2	5	2	4	2	0	3	3	2	2	5	5	2	4	6	6	6	5	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	
48	2	5	1	4	7	2	3	3	3	3	4	2	3	7	5	5	4	6	6	6	5	3	3	2	3	3	3	3	3	2	4	2	2	
49	2	5	1	4	5	2	4	2	3	3	4	2	2	7	5	5	4	6	6	6	5	2	2	3	3	3	3	3	3	5	5	1	1	
50	2	5	1	1	8	2	4	2	1	1	2	4	3	5	5	5	3	6	6	6	4	3	3	3	4	2	3	2	3	5	6	2	2	

Practicas

N°	LACTANCIA MATERNA						HIGIENE						SUENO			ELIMINACION				VESTIMENTA			SIGNOS DE ALARMA					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°	26°		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	
4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
5	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	
6	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	
8	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
12	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
13	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	
14	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	
17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	
18	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
19	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	
22	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
23	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
24	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
25	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	
26	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	
27	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
28	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	
29	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
30	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	
31	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
32	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	
34	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	
35	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
36	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
37	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	
39	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
41	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	
42	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	
43	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	
44	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
45	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
46	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
47	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
48	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
49	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	

ANEXO 7

MEDICIÓN DE LA VARIABLE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para la medición de funcionalidad familiar en las madres adolescentes se calculó la media, dividiéndolo en 2 valores: funcional y disfuncional.

1. Promedio $X = 72.4$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a < X < b = X + 1 \quad a < X_{\max}$$

$$a = 71 \quad a < 72 \quad b = 73 \quad a < 103$$

3. Funcionalidad familiar en las madres adolescentes

- ✓ Disfuncional = menos o igual de 71
- ✓ Funcional = igual o más de 72

ESTRUCTURA FAMILIAR

1. Promedio $X = 42.18$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a < X < b = X + 1 \quad a < X_{\max}$$

$$a = 41 \quad a < 42 \quad b = 43 \quad a < 59$$

3. Funcionalidad familiar en las madres adolescentes

- ✓ Disfuncional = menos o igual de 41
- ✓ Funcional = igual o más de 42

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

1. Promedio $X = 10$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a \leq X \leq b = X + 1 \quad a \leq X_{\max}$$

$$a = 4 \quad a \leq 9 \quad b = 10 \quad a \leq 14$$

3. Funcionalidad familiar en las madres adolescentes

- ✓ Disfuncional = menos o igual de 9
- ✓ Funcional = igual o más de 10

AMBIENTE EMOCIONAL FAMILIAR

1. Promedio $X = 20.26$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a \leq X \leq b = X + 1 \quad a \leq X_{\max}$$

$$a = 7 \quad a \leq 19 \quad b = 20 \quad a \leq 30$$

3. Funcionalidad familiar en las madres adolescentes

- ✓ Disfuncional = menos o igual de 19
- ✓ Funcional = igual o más de 20

ANEXO 8

MEDICIÓN DE LA VARIABLE PRÁCTICAS

Para la medición de prácticas de las madres adolescentes se calculó la media, dividiéndolo en 2 valores: adecuadas e inadecuadas.

1. Promedio $X = 18.8$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a \leq X \leq b = X + 1 \quad a \leq X_{\max}$$

$$a = 1 \quad a \leq 18 \quad b = 19 \quad a \leq 26$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual de 18
- ✓ Adecuadas = igual o más de 19

LACTANCIA MATERNA

1. Promedio $X = 4.58$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a \leq X \leq b = X + 1 \quad a \leq X_{\max}$$

$$a = 1 \quad a \leq 4 \quad b = 5 \quad a \leq 6$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual de 4
- ✓ Adecuadas = igual o más de 5

HIGIENE

1. Promedio $X = 5.2$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a < X < b = X + 1 \quad a < X_{\max}$$

$$a = 1 \quad a < 4 \quad b = 5 \quad a < 6$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual de 4
- ✓ Adecuadas = igual o más de 5

SUEÑO Y DESCANSO

1. Promedio $X = 1.7$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a < X < b = X + 1 \quad a < X_{\max}$$

$$a = 1 \quad b = 2 \quad a < 3$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual a 1
- ✓ Adecuadas = igual o más de 2

ELIMINACIÓN VESICAL E INTESTINAL

1. Promedio $X = 2.68$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a < X < b = X + 1 \quad a < X_{\max}$$

$$a = 2 \quad b = 3 \quad a < 4$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual a 2

- ✓ Adecuadas = igual o más de 3

VESTIMENTA

1. Promedio $X = 2.82$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a \leq X \leq b = X + 1 \quad a \leq X_{\max}$$

$$a = 2 \quad b = 3 \quad a \leq 4$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual a 2
- ✓ Adecuadas = igual o más de 3

SIGNOS DE ALARMA

1. Promedio $X = 1.82$

2. Valores de a y b:

$$a = X_{\min} \quad a \leq X \leq b = X + 1 \quad a \leq X_{\max}$$

$$a = 1 \quad b = 2 \quad a \leq 4$$

3. Prácticas en las madres adolescentes

- ✓ Inadecuadas = menos o igual a 1
- ✓ Adecuadas = igual o más de 2

ANEXO 9

PRUEBA CHI CUADRADO

RESULTADOS APLICACIÓN ESTADÍSTICA

Hipótesis general

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,739 ^a	1	,390
Corrección de continuidad ^b	,315	1	,575
Razón de verosimilitud	,736	1	,391
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,724	1	,395
N de casos válidos	50		

Medidas simétricas

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,122	,142	,849	,400 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,122	,142	,849	,400 ^c
N de casos válidos	50			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Hipótesis Específica 1

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,870 ^a	1	,351
Corrección de continuidad ^b	,392	1	,531
Razón de verosimilitud	,862	1	,353
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,853	1	,356
N de casos válidos	50		

Medidas simétricas

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,132	,143	,922	,361 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,132	,143	,922	,361 ^c
N de casos válidos	50			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Hipótesis Especifica 2

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,668 ^a	1	,031
Corrección de continuidad ^b	3,436	1	,064
Razón de verosimilitud	4,622	1	,032
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	4,575	1	,032
N de casos válidos	50		

Medidas simétricas

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por R de Pearson	,306	,139	2,223	,031 ^c
Ordinal por Correlación de Spearman	,306	,139	2,223	,031 ^c
N de casos válidos	50			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Hipótesis Específica 3

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,034 ^a	1	,309
Corrección de continuidad ^b	,520	1	,471
Razón de verosimilitud	1,034	1	,309
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,013	1	,314
N de casos válidos	50		

Medidas simétricas

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por R de Pearson	,144	,141	1,007	,319 ^c
Ordinal por Correlación de Spearman	,144	,141	1,007	,319 ^c
N de casos válidos	50			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Valores Críticos de la Distribución Chi Cuadrado χ^2

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	21,3370

ANEXO 10

Datos generales de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

	Nº	%
EDAD		
10 a 13 años	1	2%
14 a 16 años	8	16%
17 a 19 años	41	82%
TOTAL	50	100%
AÑO DE ESTUDIOS SECUNDARIOS		
1er año	1	2%
2er año	0	0
3er año	1	2%
4er año	13	26%
5er año	35	70%
TOTAL	50	100%
ESTADO CIVIL		
Soltera	35	70%
Conviviente	15	30%
Casada	0	0
Otros	0	0
TOTAL	50	100%
LUGAR QUE OCUPAS ENTRE TUS HERMANOS		
Soy hija única en mi familia	10	20%
Soy la mayor de mis hermanos	15	30%
Estoy entre el mayor y el menos de mis hermanos	9	18%
Soy la menor de mis hermanos	16	32%
TOTAL	50	100%

ANEXO 11

Tiempo de gestación actual de la madre adolescente atendida en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

TIEMPO DE GESTACIÓN		
ACTUAL	N	%
1er mes	0	0
2do mes	1	2%
3er mes	2	4%
4to me	6	12%
5to mes	9	18%
6to mes	6	12%
7mo mes	9	18%
8vo mes	11	22%
9no mes	6	12%
TOTAL	50	100%

ANEXO 12

Antecedente familiar de embarazo precoz en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

ANTECEDENTE FAMILIAR	N	%
No	19	38%
Madres	18	36%
Hermana	7	14%
Abuela	6	12%
TOTAL	50	100%

ANEXO 13

Composición familiar de la madre adolescente atendida en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

COMPOSICIÓN FAMILIAR	N	%
Solo madres y hermanos	19	38%
Solo padre y hermanos	1	2%
Ambos padres y hermanos	23	46%
Solo hermanos	6	12%
Otros	4	8%
TOTAL	50	100%

ANEXO 14

Inicio de relaciones sexuales en la madre adolescente atendida en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	N	%
Decisión propia	39	78%
Presión de pareja	8	16%
Presión de amigos	2	4%
Abuso sexual	1	2%
TOTAL	50	100%

ANEXO 15

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL ÁREA ESTRUCTURA POR ITEM

Ítems del Área Estructura	Funcional		Disfuncional		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
12. Toma de decisiones en la familia	37	74%	13	26%	50	100%
13. Tenían en cuenta la opinión de las adolescentes en la toma de decisiones	45	90%	5	10%	50	100%
14. Apoyo frente a algún problema de salud	28	56%	22	44%	50	100%
15. Apoyo frente a algún problema escolar	39	78%	11	22%	50	100%
16. Apoyo frente a algún problema sentimental	26	52%	24	48%	50	100%
17. Establecimiento de reglas en la familia	38	76%	12	24%	50	100%
18. Temas que se establecían sobre las reglas existentes en la familia	42	84%	8	16%	50	100%
19. Preocupación de los padres sobre el cumplimiento de las reglas existentes	41	82%	9	18%	50	100%
20. Preocupación de las adolescentes sobre el cumplimiento de las reglas existentes	34	68%	16	32%	50	100%
21. Funciones que cumplían los padres	22	44%	28	56%	50	100%

ANEXO 16

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL ÁREA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS POR ITEMS

Ítems del Área Estructura	Funcional		Disfuncio nal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
22. Comunicación entre el padre y la adolescente	41	82%	9	18%	50	100%
23. Comunicación entre la madre y la adolescente	45	90%	5	10%	50	100%
24. Afrontamiento de los padres frente a problemas con los hijos	34	68%	16	32%	50	100%
25. Apoyo que buscaban las adolescentes frente a problemas con sus padres	18	36%	32	64%	50	100%

ANEXO 17

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL ÁREA AMBIENTE EMOCIONAL POR ITEMS

Ítems del Área Estructura	Funcional		Disfuncio nal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
26. Afecto entre los padres	45	90%	5	10%	50	100%
27. Afecto de la madre hacia la adolescente	45	90%	5	10%	50	100%
28. Afecto del padre hacia la adolescente	37	74%	13	26%	50	100%
29. Afecto de los hermanos hacia la adolescente	35	70%	15	30%	50	100%
30. Grado de confianza hacia la madre	31	62%	19	38%	50	100%
31. Grado de confianza hacia el padre	22	44%	28	56%	50	100%
32. Actividades familiares	28	56%	22	44%	50	100%