

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LAS RELACIONES PATERNO FILIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE
LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: López López, Luis Marcelo

Tutor: Psicólogo Clínico Sandoval Villalba, Juan Francisco

Ambato – Ecuador
Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“LAS RELACIONES PATERNO FILIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO” de López López Luis Marcelo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Diciembre del 2014.

EL TUTOR

.....

Psicólogo Clínico Sandoval Villalba, Juan Francisco

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación:

“LAS RELACIONES PATERNO FILIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Diciembre del 2014.

EL AUTOR

.....

López López, Luis Marcelo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en líneas patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión Pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Diciembre del 2014.

EL AUTOR

.....

López López, Luis Marcelo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“LAS RELACIONES PATERNO FILIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”** de López López Luis Marcelo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo del 2015.

Para constancia firman.

.....

PRESIDENTE	PRIMER VOCAL	SEGUNDO VOCAL
-------------------	---------------------	----------------------

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo y los resultados del mismo de manera especial a mi madre y mi abuelo quienes han sido mi inspiración y fortaleza en este trajinar profesional; a mi familia quienes acompañan mi camino compartiendo sus sueños como también sus mensajes de apoyo en cada momento y por supuesto a mi esfuerzo personal durante todos estos años de lucha y superación para hoy permitirme orientar mi vocación.

López López Luis Marcelo

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento profundo a la Sala de Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato, y a sus integrantes, profesionales que permitieron ser parte de sus experiencias y conocimiento del trabajo integral y de ayuda hacia los más vulnerables.

También agradezco a la Universidad Técnica de Ambato, a sus docentes y personal administrativo por su apoyo de forma incondicional y efectiva en su momento, en especial al Psicólogo Clínico Juan Sandoval por sus enseñanzas y paciencia en este trayecto de formación, sabiendo ser un guía de forma asertiva y oportuna.

Finalmente agradezco a quienes apoyaron la culminación de mi proyecto como lo fueron las madres adolescentes del Área de Ginecología del H.P.D.A, quienes serán parte fundamental de este emprendimiento quienes sin su colaboración nada de esto sería posible, siempre los tendré presentes en mis mejores recuerdos.

Gracias a todos.

López López Luis Marcelo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

Portada.....	i
Aprobación del Tutor	ii
Autoría del Trabajo de Grado.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice General.....	vii
Resumen.....	xiv
Summary.....	xv

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema de investigación.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.2.1. Contextualización.....	2
1.2.2. Análisis Crítico.....	12
1.2.3. Prognosis.....	17
1.2.4. Formulación del Problema.....	18
1.2.5.- Interrogantes De La Investigación.....	18
1.2.6.- Delimitación del objeto de investigación.....	18
1.3. Justificación.....	19

1.4.- Objetivos.....	21
1.4.1. Objetivo General.....	21
1.4.2. Objetivos Específicos.....	21

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones Previas	22
2.2. Fundamentaciones.....	27
2.2.1. Fundamentación Filosófica.....	27
2.2.2. Fundamentación Epistemológica.....	28
2.2.3. Fundamentación Psicológica.....	29
2.3. Categorías Fundamentales.....	31
2.3.1. Red de Inclusiones Conceptuales.....	31
2.3.2. Constelación de ideas.....	32
2.3.3 Las Relaciones Paterno Filiales.....	34
2.3.3.1 Familia y la Sociedad.....	34
2.3.3.2 La Familia.....	35
2.3.3.3 Factores dentro de las relaciones Paterno Filiales.....	37
2.3.3.4 Dimensiones de los Estilos Parentales.....	38
2.3.3.5 Estilos de Crianza Parentales.....	39
2.3.3.6 Consecuencias Psicológicas y Conductuales.....	44
2.3.4 Calidad De Vida.....	45
2.3.4.1 Tipología De La Calidad De Vida.....	46
2.3.4.2 Dimensiones De La Calidad De Vida.....	49
2.3.4.3 Características De La Calidad De Vida.....	49
2.3.4.4 Factores relacionados a la Calidad De Vida.....	52

2.4. Fundamentación Legal.....	54
2.5. Planteamiento de Hipótesis.....	60
2.5.1. Hipótesis Nula.....	60
2.5.2. Hipótesis Alterna.....	60
2.6. Señalamiento de Variables.....	60

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque investigativo.....	61
3.2. Modalidad Básica de la Investigación.....	61
3.3. Nivel o tipo de Investigación.....	62
3.4. Población y Muestra.....	63
3.5. Operacionalización de Variables.....	64
a) Variable Independiente: Las relaciones Paterno filiales.....	64
b) Variable Dependiente: Calidad de Vida.....	65
3.6. Técnicas e Instrumentos.....	67
3.7. Plan de recolección de la información.....	68

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis del aspecto cuantitativo.....	69
4.2. Interpretación de resultados.....	156
4.3. Verificación de hipótesis.....	158

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	163
5.2 Recomendaciones.....	164

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos.....	165
6.2. Antecedentes de la propuesta.....	166
6.3. Justificación.....	166
6.4. Objetivos.....	167
6.4.1. Objetivo General.....	167
6.5. Análisis de Factibilidad.....	168
6.5. Fundamentación Científico -Técnica.....	168
6.6. Metodología y Plan Operativo.....	180
6.7. Administración.....	193
6.8. Previsión de la evaluación.....	194

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía.....	195
Linkografía.....	196
Citas Bibliográficas - Base De Datos Uta.....	198
Anexos.....	201

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO II

Gráfico 1 Red de Inclusiones Conceptuales.....	31
Gráfico 2 Constelación de Ideas de la Variable Independiente.....	32
Gráfico 3 Constelación de Ideas de la Variable Dependiente.....	33

CAPÍTULO III

Cuadro 1 Operacionalización de Variables Independiente.....	63
Cuadro 2 Operacionalización de Variables Dependiente.....	65
Cuadro 3 Plan de recolección de la información.....	68

CAPÍTULO IV

Tabla 1 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	70
Tabla 2 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	71
Tabla 3 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	72
Tabla 4 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	73
Tabla 5 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	74
Tabla 6 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	76
Tabla 7 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	77
Tabla 8 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	78
Tabla 9 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	79
Tabla 10 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	80
Tabla 11 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	81
Tabla 12 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	83
Tabla 13 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	84
Tabla 14 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	85
Tabla 15 Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	87

Tabla 16	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	89
Tabla 17	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	90
Tabla 18	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	91
Tabla 19	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	92
Tabla 20	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	94
Tabla 21	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	95
Tabla 22	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	96
Tabla 23	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	97
Tabla 24	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	98
Tabla 25	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	99
Tabla 26	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	100
Tabla 27	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	101
Tabla 28	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	102
Tabla 29	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	103
Tabla 30	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	104
Tabla 31	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	105
Tabla 32	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	106
Tabla 33	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	108
Tabla 34	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	109
Tabla 35	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	110
Tabla 36	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	112
Tabla 37	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	113
Tabla 38	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	114
Tabla 39	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	116
Tabla 40	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	117
Tabla 41	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	118

Tabla 42	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	120
Tabla 43	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	121
Tabla 44	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	122
Tabla 45	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	123
Tabla 46	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	125
Tabla 47	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	126
Tabla 48	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	127
Tabla 49	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	129
Tabla 50	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	130
Tabla 51	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	131
Tabla 52	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	132
Tabla 53	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	134
Tabla 54	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	135
Tabla 55	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	136
Tabla 56	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	137
Tabla 57	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	139
Tabla 58	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	140
Tabla 59	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	141
Tabla 60	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	142
Tabla 61	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	144
Tabla 62	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	145
Tabla 63	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	146
Tabla 64	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	147
Tabla 65	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	149
Tabla 66	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	150
Tabla 67	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	151

Tabla 68	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	152
Tabla 69	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	154
Tabla 70	Análisis e Interpretación De Los Resultados.....	155
Tabla 71	Interpretación De Los Resultados.....	156
Tabla 72	Interpretación De Los Resultados.....	157
Tabla 73	Tabla de Contingencia.....	158
Grafico 4	Análisis e Interpretación De Los Resultados	69
Grafico 5	Análisis e Interpretación De Los Resultados	71
Grafico 6	Análisis e Interpretación De Los Resultados	72
Grafico 7	Análisis e Interpretación De Los Resultados	73
Grafico 8	Análisis e Interpretación De Los Resultados	74
Grafico 9	Análisis e Interpretación De Los Resultados	75
Grafico 10	Análisis e Interpretación De Los Resultados	76
Grafico 11	Análisis e Interpretación De Los Resultados	78
Grafico 12	Análisis e Interpretación De Los Resultados	79
Grafico 13	Análisis e Interpretación De Los Resultados	80
Grafico 14	Análisis e Interpretación De Los Resultados	81
Grafico 15	Análisis e Interpretación De Los Resultados	82
Grafico 16	Análisis e Interpretación De Los Resultados	84
Grafico 17	Análisis e Interpretación De Los Resultados	85
Grafico 18	Análisis e Interpretación De Los Resultados	87
Grafico 19	Análisis e Interpretación De Los Resultados	88
Grafico 20	Análisis e Interpretación De Los Resultados	90
Grafico 21	Análisis e Interpretación De Los Resultados	91
Grafico 22	Análisis e Interpretación De Los Resultados	92
Grafico 23	Análisis e Interpretación De Los Resultados	93

Grafico 24 Análisis e Interpretación De Los Resultados	94
Grafico 25 Análisis e Interpretación De Los Resultados	95
Grafico 26 Análisis e Interpretación De Los Resultados	96
Grafico 27 Análisis e Interpretación De Los Resultados	97
Grafico 28 Análisis e Interpretación De Los Resultados	98
Grafico 29 Análisis e Interpretación De Los Resultados	99
Grafico 30 Análisis e Interpretación De Los Resultados	101
Grafico 31 Análisis e Interpretación De Los Resultados	102
Grafico 32 Análisis e Interpretación De Los Resultados	103
Grafico 33 Análisis e Interpretación De Los Resultados	104
Grafico 34 Análisis e Interpretación De Los Resultados	105
Grafico 35 Análisis e Interpretación De Los Resultados	106
Grafico 36 Análisis e Interpretación De Los Resultados	107
Grafico 37 Análisis e Interpretación De Los Resultados	108
Grafico 38 Análisis e Interpretación De Los Resultados	110
Grafico 39 Análisis e Interpretación De Los Resultados	112
Grafico 40 Análisis e Interpretación De Los Resultados	113
Grafico 41 Análisis e Interpretación De Los Resultados	114
Grafico 42 Análisis e Interpretación De Los Resultados	115
Grafico 43 Análisis e Interpretación De Los Resultados	117
Grafico 44 Análisis e Interpretación De Los Resultados	118
Grafico 45 Análisis e Interpretación De Los Resultados	119
Grafico 46 Análisis e Interpretación De Los Resultados	120
Grafico 47 Análisis e Interpretación De Los Resultados	122
Grafico 48 Análisis e Interpretación De Los Resultados	123
Grafico 49 Análisis e Interpretación De Los Resultados	124

Grafico 50 Análisis e Interpretación De Los Resultados	126
Grafico 51 Análisis e Interpretación De Los Resultados	127
Grafico 52 Análisis e Interpretación De Los Resultados	128
Grafico 53 Análisis e Interpretación De Los Resultados	129
Grafico 54 Análisis e Interpretación De Los Resultados	131
Grafico 55 Análisis e Interpretación De Los Resultados	132
Grafico 56 Análisis e Interpretación De Los Resultados	133
Grafico 57 Análisis e Interpretación De Los Resultados	135
Grafico 58 Análisis e Interpretación De Los Resultados	136
Grafico 59 Análisis e Interpretación De Los Resultados	137
Grafico 60 Análisis e Interpretación De Los Resultados	138
Grafico 61 Análisis e Interpretación De Los Resultados	139
Grafico 62 Análisis e Interpretación De Los Resultados	141
Grafico 63 Análisis e Interpretación De Los Resultados	142
Grafico 64 Análisis e Interpretación De Los Resultados	143
Grafico 65 Análisis e Interpretación De Los Resultados	144
Grafico 66 Análisis e Interpretación De Los Resultados	146
Grafico 67 Análisis e Interpretación De Los Resultados	147
Grafico 68 Análisis e Interpretación De Los Resultados	148
Grafico 69 Análisis e Interpretación De Los Resultados	149
Grafico 70 Análisis e Interpretación De Los Resultados	151
Grafico 71 Análisis e Interpretación De Los Resultados	152
Grafico 72 Análisis e Interpretación De Los Resultados	153
Grafico 73 Análisis e Interpretación De Los Resultados	154
Grafico 74 Interpretación De Los Resultados	156
Grafico 75 Interpretación De Los Resultados	157

Grafico 76 Grafico de barras.....	159
--	------------

CAPÍTULO V

Cuadro 4 Alianza terapéutica.....	180
Cuadro 5 Formación del Sistema Terapéutico.....	180
Cuadro 6 Redefinición.....	181
Cuadro 7 Reestructuración.....	182
Cuadro 8 Finalización y Seguimiento.....	183
Cuadro 9 Plan Operativo Fase I.....	184
Cuadro 10 Plan Operativo Fase II.....	185
Cuadro 11 Plan Operativo Fase III.....	187
Cuadro 12 Plan Operativo Fase IV.....	188
Cuadro 13 Plan Operativo Fase V.....	191
Cuadro 14 Presupuesto.....	192
Cuadro 15 Previsión de la evaluación.....	193

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LAS RELACIONES PATERNO FILIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE
LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**

Autor: López López, Luis Marcelo

Tutor: Psc. Clí. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Fecha: Diciembre, 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante principal, determinar si las Relaciones Paterno Filiales son el principal factor que influye en la Calidad de Vida de las madres adolescentes que asisten al área de Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato, partiendo desde el punto de vista sistémico familiar que permite de manera estructural y exploratoria inferir en los componentes sintomatológicos que presentan las adolescentes en esta etapa de su vida dentro de su sistema familiar.

El enfoque del trabajo realizado fue cuali-cuantitativo, aplicando la investigación bibliográfica-documental y de campo con un nivel de asociación de variables; se trabajó con 106 madres adolescentes atendidas en la institución que mediante el Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar CESF como el Cuestionario de Salud SF-36; se evidenció que, la relación paterno-filial con respecto al estilo de crianza en el que se desarrollaron las madres adolescentes entrevistadas, se encuentran relacionado en gran porcentaje, deduciendo que mientras el grado de desestructuración familiar sea mayor, el niño crecerá en un ambiente lleno de

inestabilidad emocional dificultando una comunicación efectiva, afectando su bienestar psicológico y formas adecuadas de adaptabilidad en su desenvolvimiento con la sociedad; para lo cual se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un “PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL SISTEMA FAMILIAR DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”, basado en la corriente sistémico familiar con un enfoque estructuralista, con el fin de establecer vínculos y roles familiares fuertes que mejoren el desarrollo integral de los miembros que conforman la familia durante el tiempo que dure el proceso.

PALABRAS CLAVES: CORRIENTE_SISTÉMICO_FAMILIAR,
ENFOQUE_ESTRUCTURALISTA, SALUD_MENTAL, VÍNCULOS,
ROLES_FAMILIARES, DESARROLLO_INTEGRAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

“LAS RELACIONES PATERNO FILIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”

Author: López López Luis Marcelo

Tutor: Psc. Clí. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Date: December 2014

SUMMARY

The principal question in this research work was establish if the parent-child relationship are the main factor that influence in the adolescents mother`s quality of life, who are attending in the area of Gynecology, Ambato Hospital. Through, the familiar systemic perspective is deducing if the ssymptomatology of the adolescents mother`s present in this stage of life, are caused for a harmful familiar relationship.

The perspective of this work was the qualitative and quantitative. In this research was applied bibliographic-ddocumentary research with a level of the variables association, this was working with 106 adolescent mothers who were attending in the institution through the different questionnaires for example: Structural Family System Rating (SFSR) and SF-36 Health Survey assessment. This research showed that the parent-child relationships in respect of style of life the each adolescent mother are associated in a high percentage. Certainly, if the childhood was existed family breakdown, the children grew up in this atmosphere, with emotional instability and communication problems, have a lot problems of social adaptability. For this reason, I proposed the development and implementation the:

"AN IMPROVEMENT PROGRAM THE QUALITY OF LIFE IN THE FAMILY SYSTEM, IN THE GYNECOLOGY AREA, AMBATO HOSPITAL" The objective of this research is improving the family integrated development for the time it takes to discuss this process based on the systemic-family current with a structuralism approach.

KEYWORDS: SYSTEMIC_FAMILY_CURRENT,
STRUCTURALIST_APPROACH, MENTAL_HEALTH, TIES,
FAMILY_ROLES, INTEGRAL_DEVELOPMENT.

INTRODUCCIÓN

Al hablar de Relaciones paterno filiales se refiere esencialmente a cada una de los componentes de ámbito familiar que determinan el desarrollo del individuo desde sus primeros años de vida, compuesta por hábitos, conductas, comportamientos, y modelamientos que adquiere el individuo hasta la formación de su personalidad. Cada una de ellas desplegadas en etapas vitales llenas de cambios de ámbito psicológico como físico por las que atraviesa la persona desde su nacimiento, su niñez, su pubertad, la adolescencia hasta llegar a una edad de adulto por nombrar las significativas en nuestro proyecto. En ellas se desenvuelven diferentes determinaciones y competencias por las que debe atravesar cada individuo y que dependerá de la manera como fue criado. Es así que adentrando a nuestro permisiva investigación vemos que, a nivel mundial existe un suceso que demarca pronto auxilio que son los embarazos prematuros en madres adolescentes pues a pesar que como denominan muchos autores e investigadores que el ser madre es una etapa llena de dicha dentro del periodo evolutivo de la mujer ya que incluye múltiples cambios físicos, psíquicos, sociales, que esto sucediese a muy temprana edad tiene consecuencias negativas por múltiples variables como problemas durante el embarazo, nacimientos prematuros y con complicaciones del bebé, la falta de experiencia, por el desconocimiento en el cuidado del bebé, por la falta de comprensión o apoyo tanto moral como económico por parte de los miembros de su familia y/o su pareja, el dejar sus estudios durante un plazo de tiempo debido a los cuidados que exige el bebé. Cumplir roles que aún a su edad serán difíciles de desempeñar, el ser mamá a temprana edad hace que todo lo planteado de acuerdo a las exigencias sociales se vuelque contra sí mismo pues el cumplimiento de metas trazadas dentro de su ámbito referencial de crianza y desenvolvimiento se vería truncado por la llegada de un nuevo ser que requiere mucho más que cuidado, tiempo o la presencia de sus padres, requiere una estabilidad emocional familiar en especial de la madre.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.- Tema

“Las Relaciones Paterno Filiales influyen en la Calidad De Vida de las Madres Adolescentes del Área De Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato”

1.2.- Planteamiento del Problema

1.2.1.- Contextualización

1.2.1.1.- Macro

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011), asegura que “a nivel mundial en 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18 % de la población mundial”; dato que ha permitido ser base sustentable para relacionar las situaciones por la que atraviesan los jóvenes alrededor de esta edad, complicaciones como el incremento de embarazos adolescentes y nacimientos prematuros que generan relevancias estadísticas que permiten han dado razón al conocimiento sobre los conflictos entre padres y adolescente con consecuencias adversas tanto para la salud de la madre como para el recién nacido, involucrando la falta de atención y cuidados al mismo; además estos datos relevantes acerca de los alumbramientos revelan que 1 de cada 10 nacimientos corresponde a una madre adolescente y que las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200

nacimientos vivos por cada 100 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina, según el informe del *Estado Mundial de la Infancia* (2011).

La Organización Mundial de la Salud “OMS” propone que un embarazo de alto riesgo es considerada en mujeres menores de 20 años, pues las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y es aborto son altas, el doble para las mujeres de entre 15 y 19 años, en comparación con las de 20 años en adelante, así mismo la tasa de mortalidad materna incrementa hasta cinco veces en las mujeres de entre 10 y 14 años en comparación con las mujeres de 20 años en adelante.

Según Eure et al. (2002). “Este problema afecta tanto a los países industrializados como no industrializados por ejemplo en Estados Unidos de Norte América, se estima que cada año se embarazan entre medio y un millón de adolescentes”. Mientras que, en países de América Latina se calcula que los embarazos en adolescentes representan cerca del 20 % de todos los embarazos (Castellanos, 2008).

En el *boletín de la OMS* (junio, 2009) los datos porcentuales de embarazos adolescentes son preocupantes, por ejemplo en Estados Unidos considerado como uno de los países con alto índice poblacional y de embarazos adolescentes; la tasa de nacimientos prematuros en 2009 para los estadounidenses negros fue del 17.5 %, en comparación con 10.9 % de estadounidenses blancos. La edad de la madre marcó una diferencia significativa; en los Estados Unidos, la tasa de nacimientos prematuro para las mujeres entre 20 y 35 años fue entre 11 % - 12 %; y fue más del 15 % para las mujeres menores de 17 años y mayores de 40 años. Las nuevas cifras del informe muestran la magnitud del problema así como las distinciones entre países. De los 11 países con índices de nacimientos prematuros mayores al 15 %, todos menos 2 están en África subsahariana. Los nacimientos prematuros representan el 11.1 % de los nacimientos vivos del mundo, 60 % de ellos en Asia meridional y África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12 % de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9 % en los países de mayores ingresos. Por ejemplo, en los

Estados Unidos, alrededor del 12%, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros.

Según el *Comunicado de Prensa de la OMS* (2012) : Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son: India –3.519.100; China – 1.172.300; Nigeria – 773.600; Pakistán –748.100; Indonesia –675.700; Estados Unidos –517.400; Bangladesh –424.100; Filipinas –348.900; República Democrática del Congo –341.400; y Brasil –279.300.

Los 10 países con las mayores tasas de nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos son: Malawi –18.1 por cada 100; Comoras y Congo –16.7; Zimbabue –16.6; Guinea Ecuatorial –16.5; Mozambique –16.4; Gabón –16.3; Pakistán –15.8; Indonesia –15.5; y Mauritania –15.4.

Estos países contrastan con los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros: Belarús –4.1; Ecuador –5.1; Letonia –5.3; Finlandia, Croacia y Samoa –5.5; Lituania y Estonia –5.7; Barbados/Antigua –5.8; Japón – 5.9.

En Europa, la estadística fue sólo del 6,2 % y Latinoamérica y el Caribe, del 9,1 %, en Estados Unidos, entre el 22,5 % y el 41 % de la mujeres son inducidas durante su trabajo de parto y más del 55 % de las mujeres reportaron que sus partos fueron estimulados o acelerados con oxitocina sintética la misma que es administrada durante el trabajo de parto que actúa de la misma manera que la producida naturalmente, sondeos realizados por “Vital Statistics y Listening to Mothers II”, (2006).

Para el estudio realizado por la Unicef y su *Estado Mundial de la infancia* (2011), se puso a consideración los siguientes resultados.

En los datos ingresados se menciona que el 20 % de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento entre los cuales la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y que el suicidio es una de las tres causas principales de

mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta; también menciona que alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70 % antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas. (UNICEF, 2011).

España determina que una de cada diez familias admite tener conflictos serios con sus hijos, este dato fue dado a conocer a través del informativo emitido por la Fundación “La Caixa”, a su vez se advierte de la aparición de un nuevo modelo familiar más flexible que, no obstante, no ha servido para evitar la violencia en el hogar, que sufre un 8 % de menores españoles.

Según el estudio “Padres e hijos en la España actual” editado por la Fundación La Caixa (2006). Para el 2000 cerca de 8 % de los menores españoles eran agredidos físicamente en su hogar y un 5 % sufre maltrato psicológico, además que: “El 10 % de las familias viven una situación envuelta de conflictos entre padres e hijos”. Según explicó Meil (2006) en su estudio, los hogares unipersonales de padres separados o divorciados han incrementado en un 32 %, e igualmente los formados por solteros menores de 50 años ha aumentado un 76 %.

En la familia española, "no ha desaparecido ni la violencia doméstica ni el maltrato a los hijos", de modo que el 8 % de los menores aseguran haber recibido maltrato físico; el 5 % maltrato psicológico, y un 2 % habría sufrido ambos. No obstante, frente a la creencia de que la familia podría llevar a un mayor conflicto intergeneracional, se resaltó que "el 10 % de las familias tienen una situación enquistada de conflicto entre padres e hijos", mientras que en torno al 35 % tienen discusiones frecuentes por la ayuda en las tareas del hogar, los modales y el rendimiento escolar. Meil (2006).

Durante la adolescencia, las estimaciones están entre el 5 % al 10 % experimentan un deterioro importante en la relación padres-hijo. En España, la brecha intergeneracional tampoco es tan profunda como tradicionalmente se ha pensado: según Elzo (2000), más del 80 % de los adolescentes españoles consideran a la familia como un espacio seguro de estabilidad, sin embargo algunos adolescentes dicen no haberla encontrado.

1.2.1.2.-Meso

Según los datos proporcionados por la Unicef: “En América Latina y el Caribe, hay más de 107 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, en 2010, la región América Latina y el Caribe registró la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente)”... “Un promedio de 38 % de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20 % de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes”; siendo el embarazo prematuro, el aborto, y los servicios de control de la natalidad inadecuados una de las mayores causas de muerte entre las adolescentes de la región Latinoamericana, además que en región, aproximadamente 50 % de las y los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos.

Según Calderón (2006), en su *Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes* países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, los adolescentes entre 10 y 19 años de edad representan una proporción significativa de la población, ya que va desde el 17 % en el Uruguay hasta casi un 26 % en El Salvador. En toda América Latina el promedio es del 21,7 %, con cifras inferiores al 20 % sólo en Argentina, Chile y Uruguay. Eso contrasta con un 13,7 % en Norte América”.

En el año 2006, las latinas entre los 15 y los 19 años tuvieron una tasa de embarazos de 164.6 por 1000, por encima del promedio nacional norteamericano de 97.3 por 1000 adolescentes, pero por debajo de la tasa para adolescentes de origen africano en el mismo grupo de edades. La tasa de embarazo de las

adolescentes de origen africano es más alta que la de las latinas, pese a que la tasa de fecundidad de las de origen africano es más baja. Esto se debe a que las adolescentes de origen africano son más propensas a abortar. Se estima que el 41 % de los embarazos de las adolescentes de origen africano terminaron en aborto en 1996, en comparación con un 28 % de los embarazos de las latinas entre los 15 y los 19 años de edad. (Calderón, 2006).

La alta incidencia de embarazos adolescentes a nivel Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino va en aumento, entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años que son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Además en Sudamérica el país que encabeza el índice más alto de embarazos adolescentes es en Venezuela donde de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años (casi 21 % del total). Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. Argentina presenta un 15,6 % de los nacidos vivos los cuales pertenecen a madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país. Las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana: el 10,2 % de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5 % de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo. En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18 % en 2008 a 25 % en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012).

Un estudio realizado por la Sociedad Chilena de Salud Mental en la Unidad de Neonatología de este mismo país, publicó por medio del programa de “Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial” en 2009, los siguientes datos referentes a la relación familiar; en dicho estudio se realizó las encuestas a 242 familias (17 %) y se ingresaron 91 al presente estudio, correspondientes a 50 familias de los recién nacidos de sexo masculino y 41 de sexo femenino; en donde se observó en esta muestra una alta frecuencia de parejas con relación satisfactoria según la percepción de la madre. La frecuencia de un 38,4 % de madres y 20 % de padres

con hijos de otro progenitor/a y de un 13 % de monoparentalidad; además que la estabilidad de pareja mayor de dos años es de 65,9 %; que el Autoestima positiva de la madre es de un 53,8 % y finalmente que la satisfacción de pareja percibida por la madre: 79,7 %, infiriendo que las relaciones de los padres para con sus hijos es muy satisfactoria orientada en el autoestima de la madre y la estabilidad de pareja. (Rev. Psiquiatría y Salud Mental 2009, XXVI, N° 1 - 2, 30 – 38).

Un estudio similar realizado en América latina demostró que las familias han sufrido cambios importantes a lo largo de la historia, tanto socioeconómicos, demográficos y de salud en la población. Así, en 1975, en la República Dominicana, 20,7 % de los hogares estaban encabezados por mujeres y, en 1986 el porcentaje había aumentado a 25,7 %. En Brasil, entre 1980 y 1989, se produjo un aumento de 5,51 % en los hogares encabezados por mujeres. Igualmente se conoce que un porcentaje grande de primeros matrimonios termina por separación o divorcio. Así, en 1986, los porcentajes de matrimonios disueltos fueron: en la República Dominicana, 49,5 %; en Colombia, 32,5 %; y en el Ecuador, 25,5 %. Perú no ha estado exento a estos cambios y como consecuencia los grupos familiares muestran cada vez más problemas que afectan su desempeño. Así, según la ENDES del año 2000, un 15 % de niños viven sólo con la madre, y 6.4 % no viven con la madre ni el padre biológicos. Por otro lado existe un número cada vez mayor de familias monoparentales (19.5 %). (Sinche y Suárez, 2006)

1.2.1.3.-Micro

Los embarazos adolescentes a nivel socio-cultural es uno de los principales problemas por los cuales atraviesa el Ecuador debido a que es el segundo país con el más alto índice de Embarazos adolescentes a nivel de la región andina, según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008). Pues de acuerdo a un estudio realizado en conjunto por el organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), se estima que en los países andinos existe aproximadamente 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se aproxima que 1,5 millones de estas adolescentes ya son madres o están embarazadas, conformando parte de embarazos no planificados, esto según

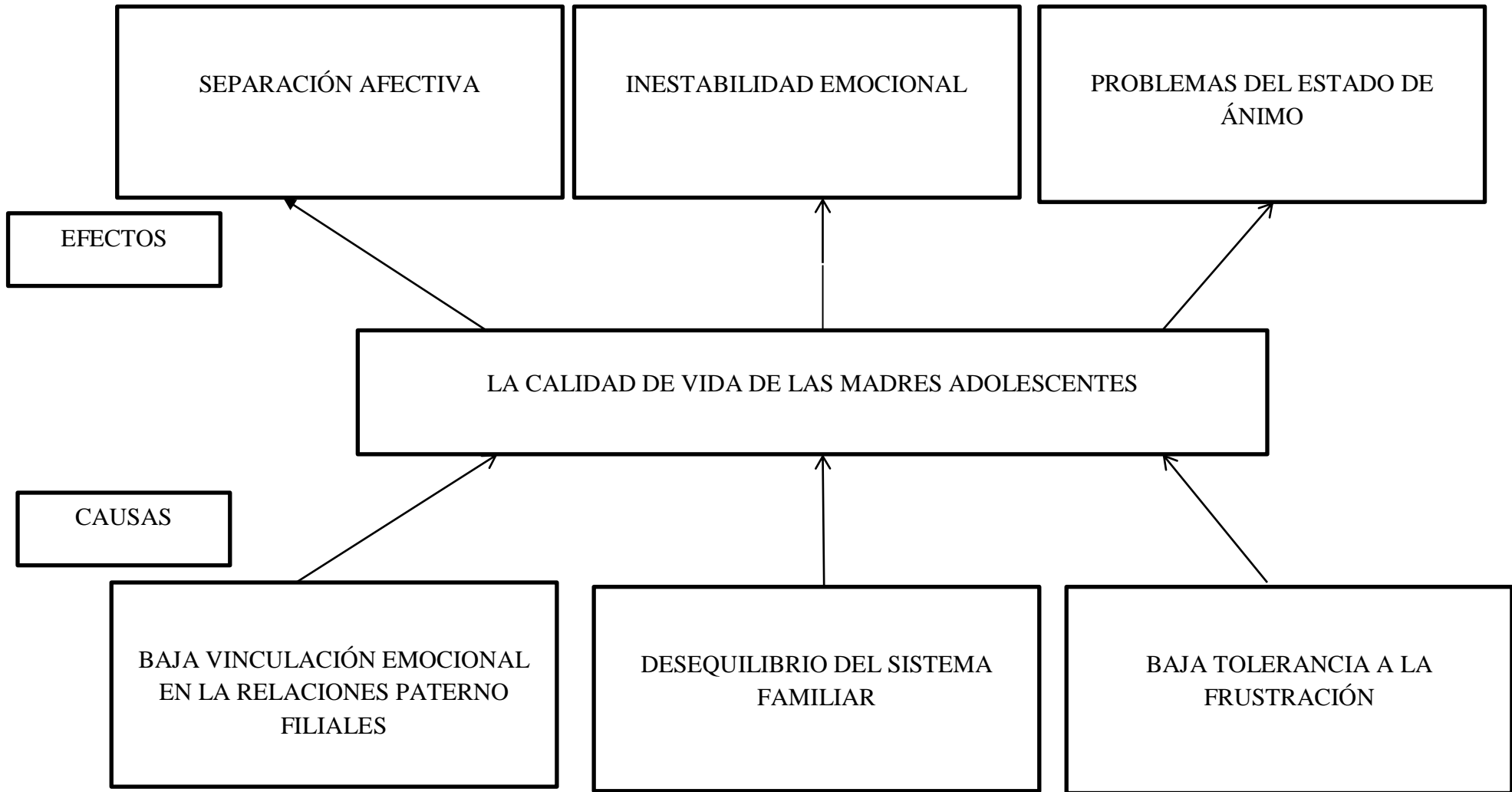
la (ORAS-CONHU), realizada en el 2007, estos datos se mantienen en el ministerio de Salud Pública; indistintamente de la etnia, creencia, religión, raza y sobre todo edad pues, éste se considera un eje clave en la organización social, ya que la adolescencia en si al ser una etapa llena de cambios fisiológicos, físico, psíquicos y la adaptación al entorno en donde el individuo se desenvuelve, es un medio para ser partícipe de un problema de controversia como son los embarazos adolescentes, y el ser una madre adolescente llena de responsabilidades que a su edad no se lo imaginaba; sin embargo a los problemas que pasan los adolescentes en la búsqueda de una adaptación y/o aceptación al medio exigente en el que se están inmersos, los embarazos a tempranas edades conllevan grandes problemas a nivel psicológico, fisiológico y físico porque su constitución biológica y su estado mental en esta edad están en proceso de maduración.

Según el Censo de Población y Vivienda realizado por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010), Tungurahua provincia del Ecuador con 504.583 habitantes en total y 98.895 habitantes entre los 10 y 19 años considerados como la edad promedio hacia la adolescencia que corresponde al 19.5 % de la población en general, definiendo que por cada 100 mujeres hay 94 hombres, de las cuales 136.409 mujeres de 15 a 49 años están en edad reproductiva. Así, la ciudad de Ambato con 329.856 habitantes, que en su totalidad representa el 65.4 % de la población total de Tungurahua y con un promedio de 51.292 adolescentes entre hombres y mujeres de 12 y 19 años representa el Cantón más grande poblacionalmente de la provincia de Tungurahua, INEC (2010).

La maternidad a temprana edad genera una problemática familiar, psicológica y social, en los jóvenes menores de edad ya que aún no están preparados física, mental y económicamente para afrontar la responsabilidad de un nuevo cambio en sus vidas, es decir en el caso de muchos adolescentes el embarazo suele ser no deseado, no estuvo planificado, por el cual en la mayoría de veces existe complicaciones que llevarían agravar tanto a la madre como al feto. En el Ecuador diez de cada cien adolescentes dan a luz cada año, quiere decir que 10 jóvenes son madres prematuras, las mismas que en su mayoría deben abandonar sus estudios, para dedicarse a cuidar a su bebé.

Según estadísticas de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, se muestra un total de 1269 nacimientos de madres adolescentes de 13 a 19 años de edad que corresponden al 12.1 % del total de nacimientos en la provincia de Tungurahua que en el año 2011 fueron 10487 inscripciones de nacidos vivos. INEC (2010)

ÁRBOL DE PROBLEMAS



1.2.2.- Análisis Crítico

Entre los principales factores a considerar se menciona el problema socioeconómico por el que atraviesan los jóvenes, debido que a esta edad aún están estudiando y los gastos inherentes a este rubro pueden perjudicar su economía; otro porcentaje de adolescentes no tienen un trabajo fijo, ya que sus edades oscilan entre los 12 y 18 años y dentro del estado ecuatoriano no está permitido el trabajo infantil.

A estos se suma que la mayoría de adolescentes en esta edad aún sean dependientes económicamente de sus padres, esto hace que la vulnerabilidad de las adolescentes crezca. Al ser madres a tan corta edad también está expuesta a por su inexperiencia no puedan cumplir con su rol, exponiendo a un mal cuidado del bebé aumentando el riesgo de contraer enfermedades por negligencia como el Síndrome del niño maltratado, desnutrición, enfermedades diarreicas, complicaciones respiratorias y demás complicaciones que requieren cuidados posnatales infante.

Este factor aumenta la probabilidad que estén inmiscuidos múltiples complicaciones psicológicas que incidirán en su desempeño tanto académico como desenvolvimiento social y familiar. Otro factor importante a considerar es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad además por su riesgo potencial de contagiarse por infecciones de transmisión sexual.

La problemática del embarazo adolescente, que sería uno de los retos más graves por los que atraviesa la joven al decidir tener al bebé, tiene su incidencia en su cuerpo de forma física y psicológica porque al no estar preparadas para la llegada del nuevo ser, empiezan a convertirse en complicaciones al trayecto de la gesta como por ejemplo: antes del parto la llamada placenta previa; o durante la labor de parto como es en el bebé, la hipoxia cerebral, el sufrimiento fetal, y hasta después del periodo de parto como lo es la Preclamsia (esto en la madre) o la

depresión postparto (Maternity blue); que son serias complicaciones tanto médicas como psicológicas respectivamente, pudiendo conllevar a factores de riesgo para el recién nacido y la madre (OMS, 2011).

Cada uno de estos peligros deberá enfrentar la adolescente al presentarse un embarazo a tan temprana edad aumentando el riesgo vital tanto para la madre como para el bebé de acuerdo a la edad de ella y que dependerá mucho de la planificación familiar que cuenten las parejas cuando inicien su vida sexual activa.

”En los embarazos adolescente las complicaciones en el parto, y abortos practicados en condiciones de riesgo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años, en comparación a las de 20 a 24 años”. Alonso, Rosa (2005). Además se añade que en esta experiencia de la adolescente al ser madre y esposa a temprana edad conduce a otro riesgo como la falta de conocimiento del cuidado del recién nacido, que podría provocar complicaciones de salud en el mismo y de mayor magnitud su muerte; éste consecuente es un medio de guía de conocimiento del porque muchas decisiones de los jóvenes son más dejadas llevar por la excitación instintiva y no por la evocación de un pensamiento inteligente y apropiado, como dicen los jóvenes “se dejaron llevar por el momento”

Este indicador hace referencia a un número promedio de adolescentes en los cuales está centrado el siguiente estudio pues se refiere a ellos como los promotores de la discusión controversial de todos los cambios y situaciones a los cuales están atravesando; pues esto en un ámbito más amplio se diría que el presente estudio está centralizada en profundizar las situaciones de adaptabilidad a la sociedad como vínculo de utilidad de ella.

Es así que cuando se habla de las actividades que realizan los jóvenes también están íntimamente relacionados a los problemas que se producen cuando están en esta edad, por ejemplo se puede nombrar que la mayor cantidad de problemas sociales están dados a principios de sus 14 años donde ellos comienzan a compartir un sinnúmero de actividades con sus compañeros de clase como son reuniones, fiestas, salidas en general sin supervisión de los padres hasta edad juvenil, 17 años, que sin lugar a duda son en donde suceden la mayoría de

interrogantes o sus crisis como las denominó (Erickson 1963). Citado por Engler (1996).

A esta edad se puede afirmar que el reconocimiento del cuidado del recién nacido y la carencia de un vínculo de apoyo por parte de su pareja se hace presente, es por ello que en muchos de los casos se encuentra que los abuelos de las jóvenes cogen la batuta de hacerse cargo de los cuidados del bebé; porque afirman que las adolescentes aún no está en condiciones adecuadas para su cuidado, por falta de madurez psicológica o la deficiencia económica.

Según Baumrind, citado por Papalia (2005), una de las causas o la más importante para explicar este hecho es la que manifiesta que la forma del comportamiento y de la personalidad del individuo se forma a través del tipo de estilos parentales encargados de su aprendizaje como lo son el autoritario, el permisivo y el autoritativo o democrático, siendo este último el estilo más óptimo que brindaría al adolescente una mayor estabilidad entre su autocontrol y el apoyo parental como lo es la demostración de afecto e interés con el adolescente y una adecuada comunicación con el mismo.

Cada uno de estos estilos parentales formarán un vínculo de desarrollo de las relaciones paterno filiales de las que la familia está compuesta, que en el ámbito cultural encontramos además aún conflictos familiares por el tipo de función que desempeñan algunos como las familias desligadas, disfuncionales, extensas y otros que se percibirán en cuanto se avance con la investigación. “Dentro del ámbito familiar se puede destacar a los estilos y prácticas parentales como factores que tienen una influencia significativa sobre las conductas problemas en los adolescentes” (Baumrind, 1991; Carballo, et. al., 2004; Palacios, 2005)

Así, la mayoría de estos problemas de comportamiento de los adolescentes a nivel general, se debería a su desorganización familiar en los que estaría viviendo, pues dicha ruptura de este vínculo primario de convivencia crea en el individuo ciertas dificultades en la adaptación a los problemas por los que atraviesa. Este tipo de eventos ha provocado en los últimos años una disfunción

casi total de la comunicación entre padres e hijos haciéndolos vulnerables a los peligros que tiene la sociedad, como la no adaptación a medios educativos y la formación de amistades sólidas y duraderas.

Nace entonces en los adolescentes una búsqueda de la identificación a grupos a fines que complemente la carencia del calor familiar; por ello muchas de estas decisiones son equívocas pues este medio de recompensa emocional conlleva a la integración de pandillas y la formación de conducta y comportamientos inadecuados.

Algunos de los problemas de personalidad en el desarrollo de los niños hacia la adolescencia se atribuye a la falta de los cuidados maternos o la interrupción de la relación entre el niño con la figura materna debido a que este vínculo primario de amor y seguridad será el principal promotor de experiencias físicas y psicológicas confortadoras que promoverán un desarrollo evolutivo normal del individuo. (Bowlby, 1951)

Aunque aún se tenga el mito que los jóvenes no tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, esto no es del todo cierto, pues se puede afirmar que los jóvenes hoy en día, tienen acceso con mayor facilidad a información en donde ellos aprenden sobre formas de protección en su sexualidad estos medios de comunicación que utilizan son: el internet, la televisión, la radio e incluso las conversaciones entre jóvenes de su misma edad o mayor que ellos. ¿Pero qué es lo que conlleva a que exista un embarazo?, en conversaciones mantenidas con jóvenes se puede concluir que la situación porque ellas decidieron embarazarse es que muchos de estas jóvenes si deseaban tener un hijo, afirmando poder retener a sus parejas si se embarazaban, así similarmente sucedía en los hombres al tener relaciones sexuales sin protección; y al haber sido en algunas ocasiones como encuentros eventuales no tenían en cuenta los riesgos consecuentes.

Estos acontecimientos se vienen dando por influencias externas como los son la Violencia intrafamiliar, la falta de comunicación familiar, la carencia afectiva de los padres o el estilo de educación paterna recibida desde temprana edad, problemas en las relaciones de vínculo primario o ausencia de uno de los

padres ya sea por abandono, por muerte de uno o los dos padres, o la migración de los mismos; es por ello que los adolescentes buscan un medio de escapar de esa carencia familiar y busca cariño y comprensión fuera de sus hogares en este caso sus parejas sentimentales.

Así es como nace la importancia de buscar métodos y herramientas para la reducción de estos embarazos adolescentes y así poder disminuir del índice de complicaciones en el cuidado del recién nacido que es otro ser humano que corre riesgo de complicaciones médicas muchas de estas irreversibles por malos cuidados, negligencia o abandono de la madre.

Cada uno de estos factores aumentan el riesgo y la vulnerabilidad tanto como para la madre como para el recién nacido como se ha planteado con anterioridad, pues se necesita de una buena estabilidad emocional, mental y cognoscitiva para poder desempeñarnos de forma óptima, si uno de estos elementos funciona de forma inadecuada, no tardará en afectar al resto y empezará a afectar en sus áreas de desenvolvimiento como el social, familiar y laboral.

La falta de comunicación y vinculación familiar dentro de las relaciones paterno filiales es un factor que influye en la óptima calidad de vida, debido a que es una base fundamental de la formación integral de la personalidad y el carácter del individuo haciéndolo una persona formada con roles y límites que fortalezcan su salud mental, por lo cual si la persona no se encuentra en condiciones emocionales, no podrá ejecutar sus actividades efectivamente. Además este factor incidiría en su afectividad produciendo malestar, sentimientos de minusvalía, falta de expresión de sus emociones, baja autoestima, que imposibilitarían a cumplir sus responsabilidades correctamente. Esta carencia de efectividad en su funcionamiento psíquico producido por diferentes factores entre ellos la disfunción familiar que provocaría una inestabilidad emocional en el individuo conllevándolos a sufrir diferentes problemas en su desenvolvimiento social ya que esta dificultad imposibilita a que el individuo se desempeñe de forma adecuada dentro de su entorno social, laboral y familiar por lo que sufriría de alteraciones que comprometan su salud tanto física como mental.

1.2.3.- Prognosis

Al no existir una investigación sobre las relaciones paterno-filiales que influyen en la calidad de vida de madres adolescentes se verían afectados los involucrados de la investigación como son las adolescentes, el recién nacido, la pareja y los familiares próximos como padre y madre, ya que existiría diferentes dificultades como la inexperiencia en los cuidados del lactante, y los problemas conyugales que conllevarían al ser madre y esposa a tan temprana edad, recordando que la mayoría aún son dependientes económicamente de sus padres y no tienen una estabilidad adecuada, además de los problemas médicos que se incluirían por la falta de conocimiento de los cuidados postnatales del recién nacido.

Además al no existir programas que ayuden a prevenir o mitigar las complicaciones de inestabilidad emocional junto con los problemas psicológicos y físicos que conlleva el embarazo adolescente dentro del cantón los resultados serían desastrosos, pues la madre caería en problemas emocionales que disminuirían su calidad de vida aumentando el riesgo suicida, la depresión, la ansiedad complicando así el proceso de cuidado infantil, aumentando la existencia de negligencia en el cuidado del bebé, pues la madre carecería de modos de afrontar la situación volviéndola aún más vulnerable a caer en estados de irritabilidad como de falta de control de sus impulsos, que se sumarían a una incapacidad de desempeñar un rol de madre.

La prestación del debido interés en el bienestar del niño, niña y adolescente en todas sus etapas de desarrollo permitirá reforzar un futuro con personas de alto nivel de competencia. Se ha evidenciado que otro de los factores de la problemática social es la pobreza, de hecho, las tasas de matrimonio prematuro en estas niñas son más altas que las adolescentes que viven en una estructura familiar más funcional, esto a su vez tiende a entrar en un ciclo negativo de embarazos precoces, altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, y

la desnutrición infantil que es uno de los más altos riesgos de complicaciones después del parto, llegando incluso al fallecimiento del recién nacido.

Así por consiguiente si no centralizamos la problemática a un nivel de suma importancia la inestabilidad, los problemas familiares y la desestructuración familiar que existe entre sus miembros continuaría volviéndolos más vulnerables a caer en complicaciones psicológicas devastadoras para cada miembro de la familia lo que evitaría una vinculación efectiva a la sociedad.

1.2.4.- Formulación del problema

¿Cómo Influyen las Relaciones Paterno Filiales en la Calidad De Vida de las Madres Adolescentes del Área De Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato?

1.2.5.- Interrogantes De La Investigación

¿Qué tipo de Relación Paterno Filial es predominante en las madres adolescentes investigadas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital docente Ambato?

¿Cuál es el nivel de Calidad de Vida de las madres adolescentes en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital docente Ambato?

¿Cómo mejorar la Relación Paterno Filial para propiciar una mejor calidad de vida de las madres adolescentes en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital docente Ambato?

1.2.6.- Delimitación del objeto de investigación

1.2.6.1.- Delimitación de Contenido

Campo: Psicología Clínica

Área: Psicología Evolutiva

Aspecto: Psicología del Adolescente

1.2.6.2.- Delimitación Espacial

La investigación se realizará a madres adolescentes en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato

1.2.6.3.- Delimitación Temporal

La investigación que se realizará corresponde al periodo de Septiembre 2013 – febrero 2014

1.3.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de vital importancia pues al ser la psicología la ciencia que estudia el comportamiento humano y su interacción en un ámbito de relaciones humanas en lucha por un equilibrio biopsicosocial permitirá en las madres adolescentes a quien se dirige la investigación promover una salud mental que conlleve a un bienestar en todas las áreas en las que se desempeñe como son la personal, familiar, social, cultural, permitiendo aprovechar la oportunidad de que sean un aporte para la sociedad a pesar de ser madre y esposa a tan temprana edad siendo ésta uno de los principales problemas tanto a nivel familiar, como social y personal entre jóvenes que están entre las edades de 12 y 19 años debido a sus múltiples problemas que deben afrontar, como también al desarrollar formas de como afrontarían estos nuevos cambios a nivel de su vida, en especial se ayudaría a promover un calidad de vida guiada en el buen vivir del cual es una de las prioridades del gobierno de Ecuador y que consta en la constitución de la república, proporcionándole al recién nacido una nueva esperanza de criarse en un

ambiente óptimo, en donde se desenvolvería de mejor manera y aprovechando al máximo su bienestar familiar.

El estudio de las relaciones paterno-filiales y la calidad de vida tienen originalidad debido a que no existe en los repositorios de las universidades investigaciones centradas en la influencia entre las variables a investigar, ya que su aportación estaría enfocada en la búsqueda del buen vivir de las madres adolescentes y el recién nacido, pues por medio del conocimiento imperativo de la psicoeducación puesta en la práctica de la vida cotidiana de dicha población, ésta sería beneficiada y se daría un mejor cumplimiento del rol materno, consistente con las necesidades del niño.

La investigación es posible porque se cuenta con la población necesaria de adolescentes con la especificación requerida para el proyecto y la predisposición de servir y cumplir por medio de ella, en la prevención de problemas futuros con las adolescentes que han iniciado su vida sexual activa a temprana edad y la consecuencia del embarazo a esta edad, se lo realizará con la colaboración del personal capacitado en el área, destacando la apertura del Hospital Provincial Docente Ambato y su área de Ginecología y Obstetricia para realizar el presente trabajo y así plantear alternativas de prevención y mitigación de las consecuencias dañinas que producirían los embarazos adolescentes en su calidad de vida y por ende que influirían directamente en los cuidados posnatales del recién nacido.

En la adolescencia etapa en la que se suscitan la mayoría de cambios biológico-físico, psíquico y social, se abre un nuevo mundo de oportunidades para la sociedad, la búsqueda de la identificación con el género, las experiencias de socialización y de compartir estudiantil, es por eso que en esta edad la ayuda y orientación tanto educativa como el asesoramiento individual permitiría un aprendizaje coadyuvando al bienestar tanto psicológico como social, mejorando la relación con los pares y generando un pensamiento individualizado dejando de lado el automatismo mental y proveyendo liderazgo con sus compañeros, pues dependerá de la información que se le dé a la adolescente de las futuras decisiones que ella tome para su vida, es por ello que la investigación está centrada específicamente en el estudio de su aprendizaje por medio de estilos educativos

paternales recibidos a lo largo de su infancia y la identificación de las relaciones paterno filiales que influirían directamente en el comportamiento y la personalidad de los adolescentes en estudio.

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1.-Objetivo General

Determinar la influencia de las Relaciones paterno filiales en la Calidad De Vida de las Madres Adolescente del Área De Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato

1.4.2.- Objetivos Específicos

- Describir el tipo de Relación Paterno Filial predominante en las madres adolescentes investigadas en el Área de Ginecología del Hospital docente Ambato
- Analizar el nivel de Calidad de Vida de las madres adolescentes en el Área de Ginecología del Hospital docente Ambato
- Diseñar una alternativa de intervención psicológica Sistémico familiar para promover un estado de salud mental óptimo en las madres adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Investigaciones Previas.

Según Castillo (mayo, 2011); en su investigación sobre “Los Problemas Paterno Filiales como mantenedores de conductas no asertivas en los adolescentes” concluyó lo siguiente:

Se concluye que al aplicar la terapia de reestructuración de la comunicación, los conflictos en las relaciones paterno-filiales disminuirán en gran medida en los estudiantes. Al disminuir los problemas paterno-filiales el estudiante mejorará sus habilidades sociales aumentando conductas asertivas para su desempeño social. Castillo (mayo, 2011)

Una conclusión muy clara es que al trabajar la comunicación para disminuir los problemas de relación entre padres e hijos también se mejorará la comunicación dentro del sistema familiar y social de los estudiantes. Castillo (mayo, 2011)

Según Pullupaxi (marzo, 2011), en su investigación sobre “La carencia afectiva como factor determinante en el Inicio precoz de las relaciones sexuales en las Adolescentes de 13 a 18 años de edad” pone en cuenta las siguientes conclusiones:

En base a la investigación realizada, puedo concluir que la carencia afectiva constituye un factor determinante en el inicio precoz de relaciones sexuales, debido a que el entorno familiar disfuncional del que provienen las

examinadas, es decir, la ausencia de figura paterna o materna que constituyen la principal fuente de afecto que el ser humano tiene, hace que esa carencia afectiva sea buscada equivocadamente mediante el inicio precoz de relaciones sexuales. Pullupaxi (marzo, 2011)

Es importante, resaltar también el hecho de que una familia disfuncional se ve incapacitada para generar un ambiente adecuado para el desarrollo y establecimiento de vínculos afectivos sanos con los miembros de la familia y personas fuera de ella, por lo cual las adolescentes buscan constantemente una “figura de padre o madre” que les pueda proveer del afecto que no encuentran en sus familias, lo que genera el inicio precoz de la actividad sexual en las adolescentes examinada. Pullupaxi (marzo, 2011)

En base a lo anteriormente citado, se crea la necesidad de brindar atención psicológica no solamente a las estudiantes y familiares que han sido objeto del estudio, pues existe un alto índice de examinadas en las cuáles se puede intervenir con psicoeducación acerca del tema. Pullupaxi (marzo, 2011)

Según Estrada y Urbina (mayo, 2008), en su trabajo investigativo sobre “Estilos parentales de familias con adolescentes con embarazo a temprana edad”; llegaron a las siguientes conclusiones:

La familia es la unidad de la sociedad dentro de la cual la persona se desarrolla en los diferentes aspectos físico, psicológico y social, y a que es aquí donde adquiere principios, conductas y valores, los cuales desarrollara durante todo el proceso de su vida, es por ello que los padres ejercen el principal ejemplo a seguir. (Estrada & Urbina, 2008)

La estabilidad de la familia depende de los padres y de cómo ejerzan su rol y sus funciones. Un dato importante que se pudo comprobar respecto a la hipótesis planteada en la presente investigación, es que los estilos parentales tienen relación con el embarazo a temprana edad, observándose que, los padres de familias con adolescentes con embarazo a temprana edad, ejercen un estilo

negligente, el cual se refiere a un padre totalmente indiferente a las actividades que tiene su hija; esto incluye el no brindar apoyo, no expresar afecto y no supervisar, por lo que esta actitud del padre fomenta lejanía con la hija. (Estrada & Urbina, 2008)

Por lo que a la madre respecta, ejerce un estilo autoritario, el cual se refiere a actitudes poco convenientes, como son el imponer su manera de ser y pensar, además de vigilar las actividades de la adolescente y de esta forma obstaculiza la expresión de sentimientos, y al igual que el padre promueve lejanía y desconfianza con la hija. (Estrada & Urbina, 2008)

Es así, que se observa que el subsistema parental es un elemento sumamente importante de esta investigación, en la cual se obtuvo como resultado que los padres de las adolescentes embarazadas a temprana edad, ejercen diferentes estilos parentales, y esto crea en los jóvenes conflictos emocionales y mayores crisis de identidad. (Estrada & Urbina, 2008)

Debido a los diferentes estilos parentales que ejercen cada uno de los padres se crea en las adolescentes más confusión, específicamente en la etapa de la adolescencia, pues es donde se presentan mayores crisis, siendo en esta fase donde la joven requiere de mayor apoyo, comprensión y sobre todo congruencia de los padres.

Los padres al no cubrir estas necesidades hacen que las hijas recurran a grupos o a personas externas a la familia (novio, amigos, etc.), así como también, pueden recurrir al abuso de drogas, y a tener relaciones sexuales a temprana edad con el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o, como en este caso, un embarazo a temprana edad.

Se observó también, que la mayoría de las participa antes tienen bajo nivel escolar debido a que al estar embarazadas, su rol de madre no les permite seguir estudiando por lo que su ocupación es ser amas de casa.

Por otra parte, se encontró que el estado civil de los padres no coincide con el de las hijas adolescentes, pues los padres se encuentran casados y la mayoría de las participantes se encuentran en unión libre.

Así pues, las jóvenes a esta corta edad están embarazadas y algunas ya tienen su primer hijo. Por lo que, estas adolescentes dependen del compañero, sin embargo, la joven pareja necesita del apoyo de los padres y/o de los suegros, pues algunos de ellos no cuentan con un patrimonio propio por lo que tienen que vivir en casa de sus papás.

Y finalmente, los hijos de estas adolescentes podrían tomar actitudes inconvenientes durante su proceso de desarrollo ya que, se encuentran inmersos en una red familiar amplia, donde recibe influencia por parte de todos (tíos, abuelos, y primos) y añadiendo a esto la volubilidad por la que está atravesando la madre adolescente.

Se concluye entonces que la familia es un elemento importante para la salud mental de cada uno de sus miembros, principalmente para las adolescentes, pues es en esta donde se aprenden conductas positivas y negativas, también dependerá del papel que desempeñen los padres para que dichas actitudes se desarrollen adecuadamente o no fuera del hogar. (Estrada & Urbina, 2008)

Según Rangel y Yajure, (2009), en su investigación sobre las “Causas y consecuencias del embarazo en adolescentes” concluyen que:

En relación a la dimensión cultural es importante destacar que el mayor número de consultas correspondieran al sector de la adolescencia media seguida por la adolescencia tardía. (Rangel & Yajure, 2009)

También es importante señalar que más de la mitad que acudieron a las consultas del ambulatorio se incluían en la educación secundaria, seguido por los cursantes de primaria. La mayoría de los adolescentes participantes eran estudiantes activos. Es importante señalar que la mayoría de los adolescentes son los padres eran obreros. En lo referente a la Dimensión Social, de la Estructura

Familiar se obtuvo que en la mayoría de los adolescentes no vivieran con sus padres. (Rangel & Yajure, 2009)

En lo concerniente a la Comunicación en el seno de la familia la mayoría tiene buenas relaciones con sus padres. En cuanto a la Relación Familiar la mayoría tuvo hábitos en la familia de ingesta de alcohol, drogas u otro tipo de vicio. Con respecto al Ingreso Familiar y vivienda la mayoría expresó que sus padres trabajaban y vivían juntos. (Rangel & Yajure, 2009)

En la Dimensión Biológica, se encontró que casi la mitad de las adolescentes alcanzaron la menarquia a los 13 y 11 años respectivamente. Relaciones Sexuales, se obtuvo que la mayoría tuvieron relaciones sexuales en la adolescencia media, y mantener relaciones sexuales.

En el aspecto Psicológico la mayoría de las adolescentes estaban satisfechas con su identidad sexual. (Rangel & Yajure, 2009)

2.2. FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 Fundamentación Filosófica

El presente trabajo investigativo está enmarcado dentro del paradigma critico-propositivo ya que los embarazos adolescentes en los últimos años es considerada como una gran problemática social y cultural, dentro del marco relacional debido a las causas que mantienen el aumento de los embarazos, como los estilos parentales de orden rígidos o muy permisivos, la disfuncionalidad familiar, falta de comunicación asertiva en la familia, que conllevan al adolescente a la búsqueda de afecto fuera de sus hogares, siendo las parejas sentimentales quienes son beneficiarios de la vulnerabilidad con la que se encuentra la adolescente debido a la disfuncionalidad familiar en donde vive; Se puede especificar que el trabajo es crítico debido a que es una investigación basado de un análisis que provee una visión de crear pensamientos que influyen

en la formación de conclusiones veraces y permitan la exploración de dicha investigación y propositivo debido a que gracias al aporte de la investigación se puede postular diferentes propuestas que ayuden al fortalecimiento de una solución que beneficie a los involucrados de dicha investigación que ayuden a mitigar dicho problema con la prevención y psicoeducación en los adolescentes.

2.2.2. - Fundamentación Epistemológica

La epistemología al ser parte de la filosofía centrada en la comprobación científica del conocimiento, se extendería a la investigación en un ámbito de cuáles serían los métodos cuantitativos y cualitativos que se utilizarán en la investigación a fin de poder comprobar o corroborar las hipótesis que se planteen, pues de acuerdo a como se vaya desarrollando la investigación se obtendría datos que podrían ser objetivadas por futuras investigaciones que se realicen centradas en el tema planteado, esto beneficiaría en la creación de nuevo conocimiento pudiendo ser desechado lo que a cada adaptación tanto cultural, social o étnico corresponda.

Freud (1930) menciona: “Reconocemos como [culturales] todas las actividades y valores que son útiles para el ser humano en tanto ponen la tierra a su servicio, lo protegen contra la violencia de las fuerzas naturales, etc.” Vol. XXI (pp. 24). Comenzando con este principio de conocimiento al que el individuo no puede dejar de estar intrínsecamente determinado, es que se conoce en la actualidad cuales son los roles y límites que por años se viene dando la sociedad, esta presentación del conocimiento en tanto el individuo ha ido evolucionado y aprendiendo nuevas cosas sobre la funcionalidad y la adaptabilidad a un ambiente que este propiciado por comodidades y oportunidades de encontrar su felicidad, y en si un bienestar físico y psicológico.

El aporte de la investigación está centrado en una psicoeducación y asesoramiento psicológico pues mediante el conocimiento de las condiciones para tener una calidad de vida óptima se reforzará su convivencia dentro de su sociedad, y se podrá inferir en resultados de mejoramiento de la salud de las madres adolescentes y de los cuidados postnatales que requiere el recién nacido.

2.2.3. - Fundamentación Psicológica

El estudio de esta investigación esta direccionada por la teoría psicológica sistémico familiar, pues mediante este enfoque se podrá explicar los diferentes fenómenos multicausal que se dan dentro de todo ámbito en el que se desenvuelve el adolescente como es la comunicación familiar, la vinculación emocional, los límites, los roles y la forma de crianza a la que estuvieron expuestos, esto permitirá profundizar cada uno de las estructuras psíquicas de su formación a partir de cómo fue su desarrollo vital. Además estará centrado en un enfoque circular sin dejar de lado a los miembros que conforman la familia, permitiendo concentrarnos en la relación que existió con cada uno de ellos, lo que permitirá conocer de manera más específica la funcionalidad del individuo.

A raíz de los estudios realizados por (Baumrind, 1977) durante tres décadas dedicada explícitamente al aprendizaje de conductas problemas de los adolescentes debido a los estilos de crianza parental siendo este el inicio de una perspectiva Sistémico Familiar, se han desarrollado medios por los cuales se pudiese prevenir dichos comportamientos que en la actualidad aquejan a los adolescentes y sus padres por la magnitud del problema que se está presentando, siendo estos los embarazos no planificados, abandono de los estudios de dichos adolescentes y el riesgo suicida implicados a la inestabilidad emocional de cada factor a los que se deben enfrentar a tan corta edad.

En estudios anteriores Erickson (1963), propuso etapas de desarrollo psicosocial en donde se puede ejemplificar mejor por cual esta pasado el adolescente como lo son Identidad del Yo versus Confusión de roles: fidelidad; que dice que el adolescente está en continua búsqueda de identificación con un grupo de desenvolvimiento social determinado, y la lucha contra su impulsos anárquicos escapar, al no encontrar una respuesta a la pregunta que la mayoría de jóvenes se hace ¿Quién soy? ¿A dónde pertenezco?; esto conllevaría a intentar buscar un lugar en donde se sienta pertenecido y muchas de las veces es equívoco en donde la encuentran, como los son los grupos suburbanos o las pandillas en donde la vulnerabilidad del adolescente es grande, este paso de la crisis de la adolescencia debido a sus cambios bruscos físicos y psicológicos, lo vuelven un

individuo desafiante ante las reglas y límites propuestos por la sociedad; es por ello que la importancia de cómo fue criado, como los padres le enseñaron valores morales y responsabilidad de ser dueños de sus actos influyen de forma significativa en el comportamiento que tienen los adolescentes en sus desarrollo “la identidad del Yo, entonces, en su aspecto subjetivo, es la conciencia el hecho de que hay una auto igualdad y continuidad para los métodos sintetizadores del Yo y una continuidad de lo que significamos para los demás” (Erickson, 1963). (Citado en Engler, 1996)

2.3.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

2.3.1.- Red de Inclusiones Conceptuales

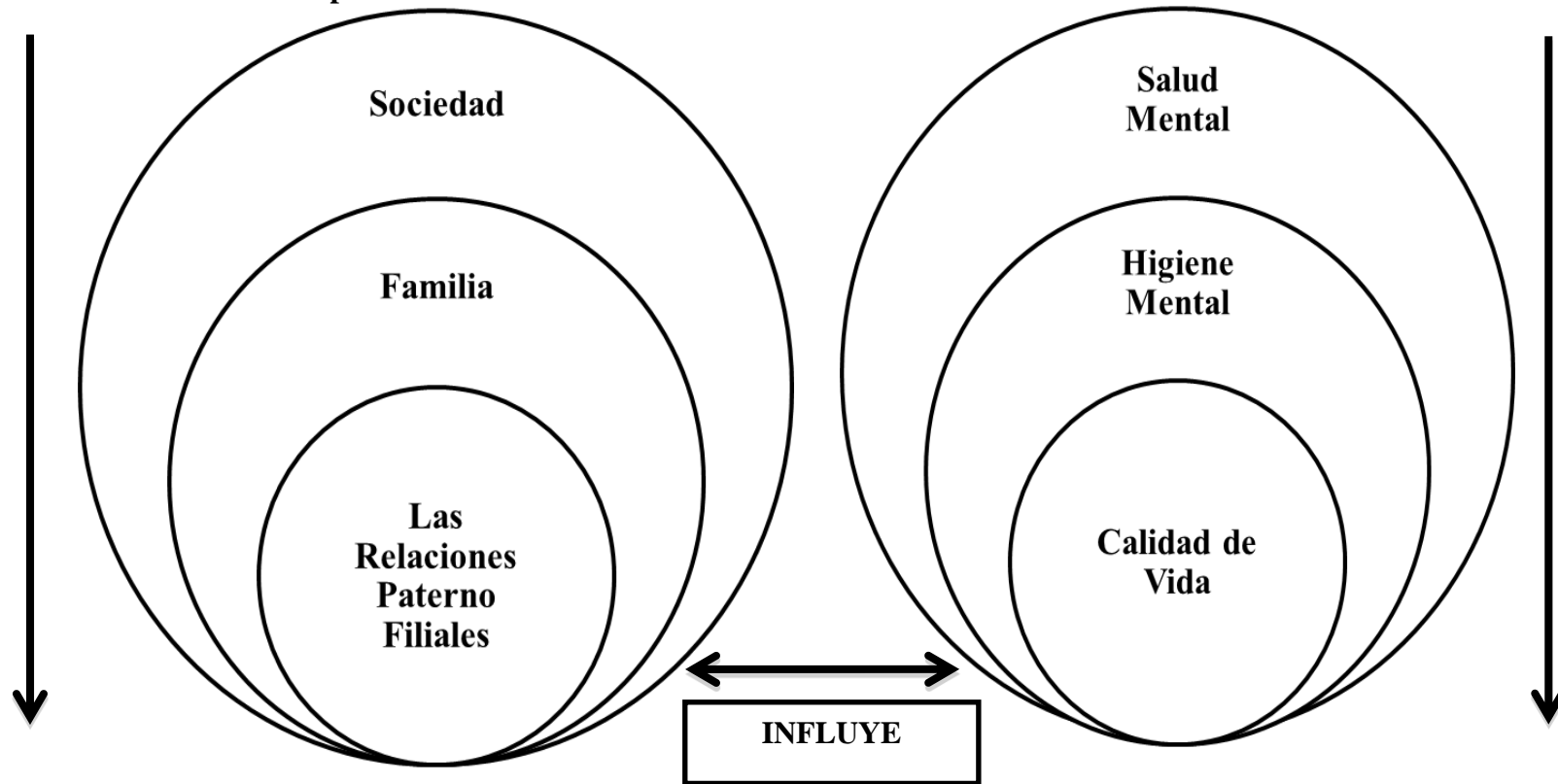


Gráfico #1 Red de inclusiones conceptuales;

Elaborado por López Luis Marcelo.

2.3.2 - CONSTELACIÓN DE IDEAS.

V. INDEPENDIENTE.

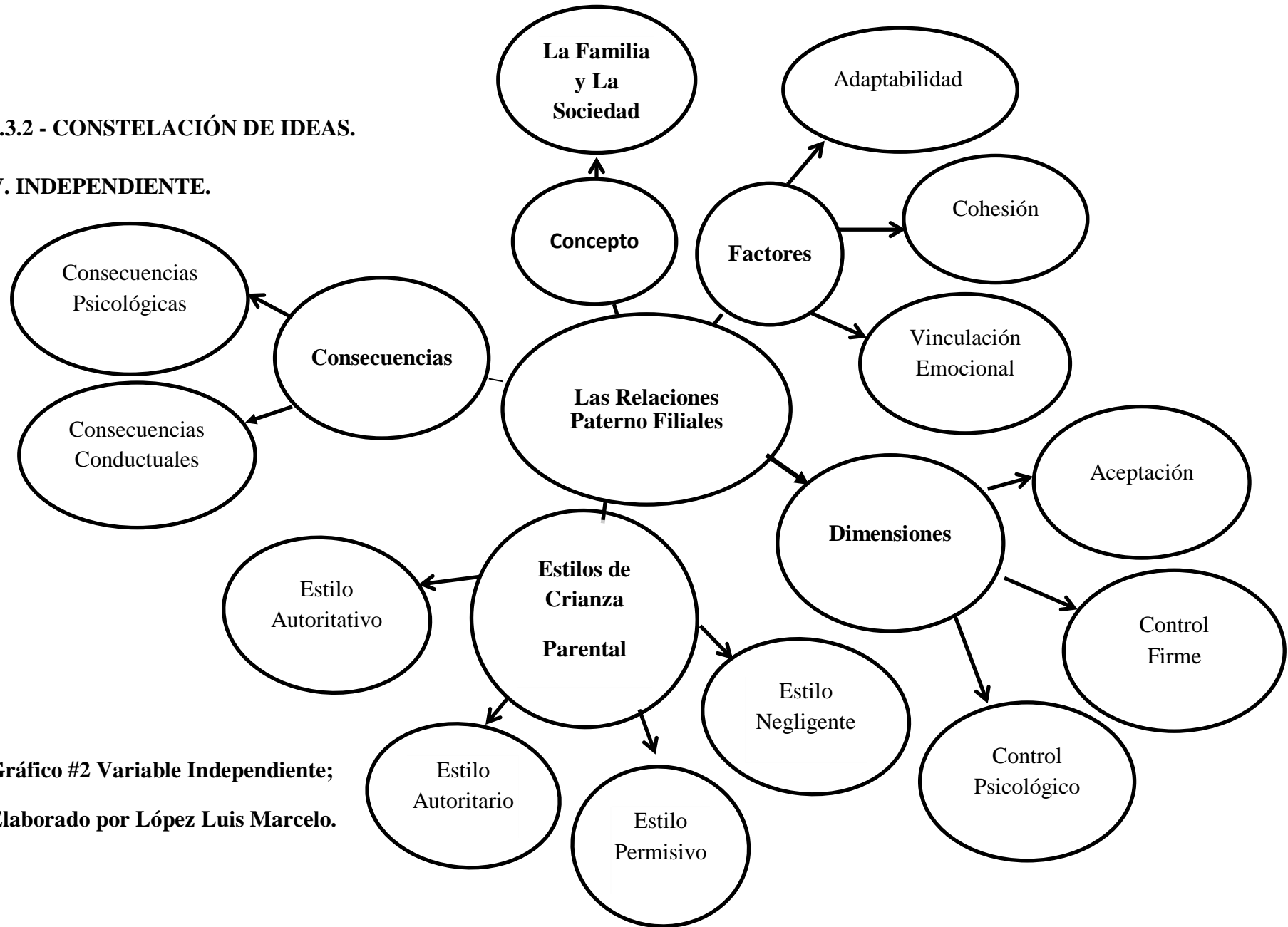


Gráfico #2 Variable Independiente;
Elaborado por López Luis Marcelo.

V. DEPENDIENTE.

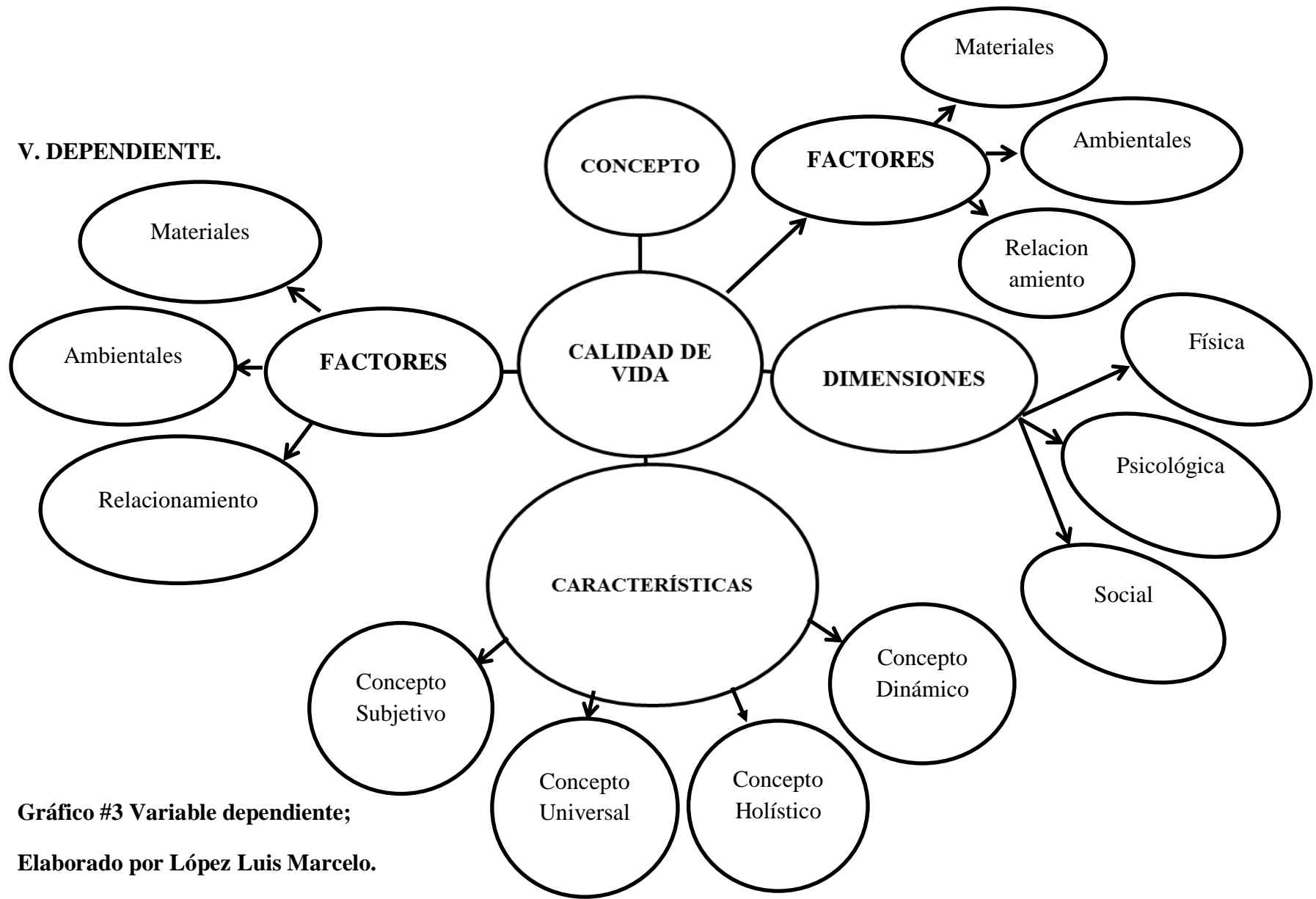


Gráfico #3 Variable dependiente;

Elaborado por López Luis Marcelo.

2.3.3 LAS RELACIONES PATERNO FILIALES

2.3.3.1 LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD

La familia es el motor que promueve la sociedad al cumplimiento de objetivos aportadores tanto individual como en macro productos, pues de aquí nacen los primeros vínculos asociados a el núcleo de mejoramiento al ejercer funciones impuestas y ampliadas a la formación cultural que aportara cada uno; conocidos como roles. Para Minuchin (1974, p 84) “Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. Esto hace referencia que de acuerdo a las exigencias que requiera la sociedad estarán expuestas a la adaptabilidad ponderando del vínculo primario de acción, la familia, pues es aquí donde nace cada individuo con una disposición al cumplimiento de reglas u ofertas dadas. Este tipo de adaptabilidad estará dominada de forma individual y que formarán grupos más grandes de interacción que beneficiarán y aportarán al cumplimiento de individuo dentro de una sociedad demandante de aportaciones.

La sociedad al estar formada por múltiples núcleos familiares, individuales, característicos de su convivencia o cultura, estarán involucrados directamente en la formación del mejoramiento de la calidad de vida en cada uno de los individuos, siendo este el principio de acción y reacción social; problemática encadenada a cada uno de los motivos por los cuales las personas aportarían a la mejora de su bienestar por el bien de las futuras generaciones que serán procreados en cada lugar y sitio de familia. Dentro de millones de años de evolución cuando la familia se constituyó con el principal motor que mueve la producción ante la sociedad, y el proveedor de los límites, roles y la forma de desenvolverse, además de los descubrimientos tecnológicos, descubiertos por el hombre han permitido establecer funciones y disposiciones claras en cuanto a lo que hay que realizar, y como se podría mejorar la forma de vida, pues va a depender de la constitución tanto de personalidad, herencia y factores mantenedores de conductas, la forma como los individuos van adaptándose a estos

cambios, y aquí es donde juega el papel fundamental la familia, el saber conducir a la toma de buenas decisiones, construcciones de valores morales y personales, que fortalecerían vínculos futuros con la cultura en la cual se estén desarrollando dicha familia.

2.3.3.2 LA FAMILIA

La familia es el ente primario de interacción con la sociedad, es el núcleo de formación de los individuos colectivamente adaptables. Tanto estos elementos de satisfacción y emocionalidad de la familia, como la manera en que los padres guían las conductas de sus hijos, se pueden englobar en lo que se conoce como *Atmósfera Familiar*; “La atmósfera familiares un factor, un elemento influyente en la escolaridad de los niños, incluso en mayor medida que la estructura familiar” Papalia (2005).

Es decir que entre mejor fomentada este una atmósfera familiar, más adecuada sería la forma de desarrollo de los hijos dentro de su ámbito vincular primario como lo es su hogar, pues aquí recae un valor importante como el aprender a desenvolvernó o a enfrentar cada uno de los obstáculos por los que atraviesa el individuo, a fin de construir un autoconcepto y autoestima firme y sólido que permita un desarrollo óptimo dentro de la sociedad a cumplimiento de lo que se ha propuesto. Para ello es importante que con los padres se desarrolle un fuerte vínculo familiar basado en la comunicación, el apoyo, la comprensión y sobre todo el comprometimiento de ver a una familia saludable, en donde el niño tenga la seguridad que va a estar cuidado y protegido, satisfaciendo las necesidades que él requiera de manera eficiente; es decir “cumplir con sus necesidades fisiológicas, de seguridad y afecto, de amor y pertenencia, de valoración del autoestima y por último una autorrealización” (Maslow, 1968). (Citado en Engler, 1996)

Dicho constructos familiares y de ambiente formativo se ven envueltos en una amplia gama de experiencias vividas dentro de refuerzos positivos o negativos, que permitirán el desarrollo evolutivo eficiente altamente efectivo de los niños que se encuentran en proceso de formación, es así que el papel

importante que juega la familia no se puede desvincular de cada detalle que fomentará su personalidad y comportamiento ante la sociedad; pues como núcleo principal de funcionamiento del individuo está influenciado directamente desde su estructura como familia, como la atmósfera familiar y el factor caracterológico personal, en cuanto a la formación de una personalidad adaptable al medio en el que se desenvuelve dicha persona.

La creación de estos múltiples elementos causales de la familia es lo que crean vínculos de fortalecimiento dentro de la misma, formando un tipo de relación de acuerdo al aprendizaje recibido, esto sería el principio de inserción al aprendizaje social y su involucramiento a una sociedad constituida de roles y funciones que desempeñarán con el trascurso de su vida. Pues “la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, 1974)

Las relaciones paterno filiales están constituidas por la forma como estos roles y demandas que ya fueron establecidos de acuerdo a su edad y función, se crean aun núcleos más pequeños de interacción dentro de la misma familia por ejemplo que la madre se lleve más con el hijo mayor, o el padre se lleve con la hija más, que con el hermano mayor, hasta incluso que su comunicación sea tan deficiente que nadie tenga un vínculo de soporte o apoyo. Así tenemos que este tipo de relaciones están íntimamente vinculadas con una predisposición personal intrapsíquicas pues es aquí donde cada uno de los pensamientos y actitudes que tome la persona influirán directamente en el otro individuo creando una posta de comprensión y estima; o a su vez de rechazo y desaprobación.

En las familias contemporáneas se podían observar que en su mayoría en solo un hogar vivían hasta 3 generaciones esto podría aportarse debido que en su tiempo los hombres eran los únicos que solían ser los proveedores de los alimentos, eran los que salían a buscar el sustento para su hogar y era más beneficiosos mientras miembros de la familia cumplían en conjunto actividades de la misma índole ej., el tener animales de cría domestica; y las mujeres serían las cuidadoras de los hijos y el hogar; pues conservando esto y trasladándolo a las familias modernas de hoy en día sabemos que tanto los hombres como las mujeres

al tener las mismas oportunidades de trabajo son lo que les han hecho salir a ganar su sustento los dos creando dificultades en los hogares que ya hay hijos, pues a partir de esta desvinculación se puede afirmar que comienzan los conflictos por separación en el niño que podría conducir a desajustes emocionales y por ende pérdida de funciones o roles de los cuales los padres eran partícipes; pues el tipo de aprendizaje que se da en la infancia y la forma de crianza desempeñara el papel más importante durante su vida.

2.3.3.3 FACTORES DENTRO DE LAS RELACIONES PATERNO FILIALES

Los procesos individuales a los que la familia rige una estructura mental es en base a lo que recibieron, por ejemplo la adaptabilidad es un medio en donde la familia se desenvuelve exitosamente en la sociedad, sin embargo si un miembro de la familia no se sintiese perteneciente a dicho núcleo, provocaría un colapso de inadaptación y por ende de desvinculación con la colectividad, pues la adaptación por años ha sido el medio de supervivencia dentro de los habitantes del planeta, así pues este factor sería primordial para cumplir con cada etapa de su vida y un desarrollo adecuado.

El siguiente proceso por el cual la familia pasa después de constituirse como tal es la Cohesión, que hace referencia a la fuerza con que cada uno de los miembros interviene para que se conserve inamovible, pues esta fuerza mental regida por los roles, límites y experiencia emocional con cada uno de los miembros de la familia, hace que sientan que pertenecen a dicho núcleo constructivo, la Cohesión es uno de los vínculos primarios de la familia por lo eficaz que funciona en la toma de decisiones importantes de la familia, esto permite que se forme mayor comunicación y desarrolla habilidades sociales experimentadas en la asertividad y sinceridad con la que sus miembros pueden expresarse.

El siguiente proceso dentro del núcleo familiar es la vinculación afectiva, que es el soporte emocional y expresivo de todo su ámbito sensorial que permite a los individuos integrantes de la familia expresar de

forma espontánea y coherente lo que siente y como sería la mejor forma de identificarlos por medio de su autointrospección, pues esto permitirá el reconocimiento de sentimientos tanto positivos y negativos que tenga en contacto con el resto de personas de la sociedad, haciéndolo una persona prudente, sincera y perfeccionaría su vinculación a cada grupo o lugar que asista el individuo.

Cada uno de estos elementos o procesos por los que la familia atraviesa son referentes importantes para conocer el tipo de constitución personal que la persona va heredando con el paso de las generaciones, pues a través de ello se puede inferir en el tipo de calidad de vida tanto física como mental que lleva cada uno de los miembros de dicha familia; cabe recalcar que estos procesos se deben tomar en cuenta de acuerdo a la sociedad, cultura o etnia donde se realice futuras investigaciones, pues por años de evolución a cada una de las familias se ha adaptado de acuerdo a las exigencias que se le presenta en el medio y unas son más restrictivas que otras, pues esta es la visión que se tiene a continuación con las forma y el lugar de como cada individuo fue criado y como sería el proceso de desarrollo de dicho miembro del núcleo familiar.

2.3.3.3 DIMENSIÓN DE LOS ESTILOS PARENTALES

Según Darling, Steinberg, Maccoby y Martín (1983), enfatizan que el apoyo y el control son dos aspectos de la parentalidad, especialmente importantes durante la niñez. El apoyo, entendido como el soporte y cariño que expresan los padres a sus hijos, se asocia positivamente con el desarrollo saludable de los mismos. Inculcando una aceptación por su entorno en el que se está desenvolviendo y que desarrollara perspectivas confiables y de superación.

En cambio al control psicológico se puede definirlo como aquellas conductas de los padres que son intrusivas y manipulan tanto pensamientos como sentimientos en los niños. Este tipo de control utiliza estrategias tales como críticas excesivas, afecto contingente, inducción de culpa, comunicación restrictiva, invalidación de sentimientos, impulsividad y sobreprotección. Barber (1996)

El control conductual por su parte, se refiere a la practicas de los padres que regulan la conducta de los niños a través de la guía y la supervisión, este tipo de control comúnmente se conceptualiza como monitoreo y supervisión parental. Este tipo de control es un constructo multidimensional, ya que está compuesto por el conocimiento parental, las expectativas parentales, e monitoreo parental, la disciplina parental y el control parental global. (Barber, 2001)

2.3.3.4 ESTILOS DE CRIANZA PARENTAL

Los estilos parentales son la variable contextual en la cual las conductas paternas se expresan y tienen un efecto directo en el desarrollo de conductas específicas de los hijos (Palacios y Andrade, 2006). ¿Qué hace que Carlos de primer año de educación golpee a sus amigos sin ningún estímulo recibido?, esta es una de las muchas incógnitas que los psicólogos actualmente responden de acuerdo a los estudios que realizan, pues la mayoría llegan a la conclusión que dichas actitudes de los niños se debe a una acumulación de tensión tanto personal y/o familiar, sea esta por estrés o por depresión, debido a algún acontecimiento del cual él forme parte o esté involucrado primaria o secundariamente; esto hace referencia a como las actitudes, los mimos o las palabra de juzgamiento o aliento de los padres influirían directamente en la forma de actuación directa de los niños, es decir el comportamiento de los niños serian el reflejo de la forma como ellos fueron educados, como ellos aprendieron tal o cual conducta de acuerdo a un refuerzo positivo o negativo, en si un premio o un castigo a alguna conducta que ellos realizaron. Este tipo de crianza que son participe los niños será un promotor influyente saber cómo también sus padres fueron criados.

Según Baumrind (1968), clasifica dichos estilos parentales en tres tipos; el primero que es el autoritario, en el cual esta enfatiza en el control y la obediencia, no existe un punto de mediación entre padre-hijo, esto se cumple de forma rígida ya que sus normas de conducta en caso de ser irrespetadas reciben un

castigo y este a su vez se definiría como una afirmación de poder y/o quien tiene el control de la situación; comúnmente el estilo de padre autoritario son poco amorosos o cálidos en su expresiones de afecto; eso crearía hijos descontentos, retraídos y desconfiados de sí mismo, esto fomentaría un buen autoconcepto pero su autoestima sería débil pues la introyección personal estaría en segundo plano de lo que el estrictamente cumpliría tal como un robot sigue una orden.

El estilo paternal permisivo, está sustentada en que la autoexpresión y la autorregulación sería dada por el mismo individuo, los padres permisivos hacen poca demanda y permiten que los niños controlen sus propias actividades tanto como sea posible, rara vez los castigan; este estilo promueve la independencia de cumplimiento preferencial de los hijos, estos padres son cálidos, no controladores o poco demandantes; sus hijos tendrían la influencia a ser inmaduros, mimados, menos autocontrolados y hasta menos exploratorios, muchos de ellos esperan que les digan lo que deben hacer, aquí podríamos decir que su autoestima y su autoconcepto son pobres ya que van a depender del nivel de influencia que reciban de sus padres. (Baumrind, 1968)

El estilo autoritativo o democrático, para la autora este estilo de crianza vendría a ser el más óptimo en cuanto a la forma de conllevar la enseñanza en los hijos, ya que este tipo de padres promueve la valoración de la individualidad del niño, destacando además el cumplimiento de las restricciones que estén impuestas tanto por los padres como por la sociedad, estos padres tienen confianza en cómo deberían cuidar a sus hijos, además dejándolos con su individualidad y respetando el espacio, las decisiones y opiniones que él exprese; imponen castigos limitados y juiciosos en cuando estos lo ameriten; la relación paterna es cálida y de apoyo, esto crearía hijos seguros de sí mismos, su autoestima y su autoconcepto estaría eficientemente formados, tendrían un criterio más afianzable que cualquier otro tipo de niño, son los hijos que a futuro se considerara como los que lleven una vida satisfactoria, su autorrealización se basara en la toma de decisiones favorables ya aprendidas. (Baumrind, 1968)

Considerando el estudio realizado sobre los estilos de crianza de Baumrind (1968) se podría establecer el significado de cada uno. Se tendrá que,

los inseguros corresponderían a los permisivos; los agresivos a los autoritarios y los con personalidad dura y fría corresponderían a los autoritativos. A todos estos se suman el estilo negligente, que es la total ausencia de los padres con formación sin límites, ni reglas y una desorganización personal y el incumplimiento de metas a fines.

Características basadas de la Tipología de socialización familiar y Consecuencias de la forma de Crianza.

Una de las formas de hacer un aproximado a la evaluación de un tipo de estilo parental es saber de acuerdo a estudios realizados, la comparación con diferentes poblaciones que contengan incluso hábitos distintos, esto permite enfocar de manera más específica el estudio de la forma como los pares criaron a sus hijos, pues dichos estilos y formas de cómo fueron criados desde tempranas edades van a tener consecuencias que estarán explícitas en sus conductas mediante vaya desarrollándose el individuo. Así por ejemplo se expone los tipos de rasgos de conducta y las consecuencias educativas que cada estilo parental dejaría huella.

Tipología de socialización familiar	Rasgos de conducta parental	Consecuencias educativas sobre los hijos
<p style="text-align: center;">DEMOCRÁTICO O AUTORITATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afectivo manifiesto • Sensibilidad ante las necesidades del niño. • Explicaciones • Promoción de la conducta deseable. • Disciplina inductiva o técnicas punitivas razonadas (privaciones, reprimendas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia social • Autocontrol • Motivación • Iniciativa • Moral autónoma • Alta autoestima • Alegres y espontáneos • Autoconcepto realista • Responsabilidad y fidelidad a

	<ul style="list-style-type: none"> • Promueven el intercambio y la comunicación abierta. • Hogar con calor afectivo y clima democrático 	<p>compromisos personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosocialidad dentro y fuera de la casa (altruismo, solidaridad). • Elevado motivo de logro • Disminución en frecuencia e intensidad de conflictos padres-hijos.
AUTORITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Normas minuciosas y rígidas • Recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas. • No responsabilidad paterna • Comunicación cerrada o unidireccional (ausencia de dialogo). • Afirmación de poder • Hogar caracterizado por un clima autocrático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autonomía y autoconfianza • Baja autonomía personal y creatividad. • Escasa competencia social • Agresividad e impulsividad • Moral heterónoma (evitación de castigos). • Menos alegres y espontáneos
PERMISIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia ante sus actitudes y conductas 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja competencia social • Pobre autocontrol y

<p>O INDULGENTE</p>	<p>tanto positivas como negativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responden y atienden las necesidades de los niños. • Permisividad • Pasividad • Evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones • Escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños. • Especial flexibilidad en el establecimiento de reglas. • Acceden fácilmente a los deseos de los hijos. 	<p>heterocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa motivación • Escaso respeto a normas y personas. • Baja autoestima, inseguridad • Inestabilidad emocional • Debilidad en la propia identidad. • Autoconcepto negativo • Graves carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad. • Bajos logros escolares.
<p>NEGLIGENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No implicación afectiva en los asuntos de los hijos. • Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible. • Escasa motivación y capacidad de 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa competencia social • Bajo control de impulsos y agresividad. • Escasa motivación y capacidad de esfuerzo. • Inmadurez.

	esfuerzo. <ul style="list-style-type: none"> • Inmadurez. • Alegres y vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegres y vitales
--	--	---

Fuente: Torío López, Susana, Peña Calvo, José Vicente Y Rodríguez Menéndez, M^a del Carmen. (2008), p 151-178.

2.3.3.5 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y CONDUCTUALES

Las consecuencias que se ven reflejadas en los niños de conductas que demuestran cierto grado de incompreensión seria el resultado de una indagación profunda dentro de su marco paterno-materno, y como está siendo el ambiente en el que se halla creciendo. Para Baumrind este estilo democrático contenía todo los requerimientos de una crianza adecuada para los hijos, es aquí donde ellos aprenderían cierto nivel de control, se podría formar niños maduros y competentes para la sociedad. Baumrind (1968)

En 1977, Baumrind entrevistó a los mismo niños del primer estudio realizado sobre los estilos de crianza parentales, con edades en torno a los 8 o 9 años, y se observó que los hijos de familias democráticas tenían elevadas competencias sociales y cognitivas, los hijos de familias autoritarias tenían un nivel medio, y se encontraban los niveles más bajos en los hijos de familias permisivas. Estos resultados se mantuvieron en la adolescencia. Baumrind (1989)

Así finalmente las conductas positivas o negativas de los diferentes estilos parentales se mantenían constantes hasta después de 10 años transcurrido la primera investigación, en donde la población eran ya adolescente, la mayoría de nivel secundario; definiendo que el estilo democrático fue el que propicio a dichos niños mayor amplitud de desarrollo adaptativo para con las pruebas que tuvieron que pasar, además el desarrollo intelectual y de interdependencia se fomentó de forma segura en sí mismo, haciendo que estos adolescentes sean potencialmente más efectivos que el estilo autoritario y el estilo permisivo.

Seria así como el permitir saber cómo es el estilo de crianza de los niños daría una perspectiva de evaluación más a fin, y permitiría demostrar cuales son los modos de afrontar que tiene cada uno de los individuos en su etapa de

desarrollo y de adaptación a este medio. Ahora se explica la primera interrogante; pues se sabe que el niño que pegaba a sus compañeros sin ningún motivo, no es más que un reflejo condicionado de la forma como él está llevando su vida, lo más probable una vida autoritaria llena de castigos, falta de cariño y calidez, el hogar donde el niño debería crecer diferente, tal vez en un ambiente seguro que fortalezca sus funciones cognitivas y afectividad haciéndolo un ente equilibrado para la sociedad. Baumrind (1989)

2.3.4 CALIDAD DE VIDA.

Definida como el equilibrio Biopsicosocial que presenta la persona a raíz de una autopercepción de su bienestar físico, mental y social. La calidad de vida hace referencia a la interacción que tiene el individuo en todos sus ámbitos de desenvolvimiento personal, familiar y social, es un estereotipo de bienestar saludable que ocupa todas las áreas satisfactorias que desea, pues el cumplimiento de dichas necesidades se especifica con Maslow en su pirámide de las necesidades para llegar a la Autorrealización.

Muchos autores relacionan a la calidad de vida como la búsqueda de la felicidad, necesariamente no es así, “la calidad de vida es un supuesto relacionado a la calidad del entorno en el que vivimos, la calidad de acción y el disfrute subjetivo de la vida, la felicidad se incluye solo en este último significado” Veenhoven (2001)

Cuando se habla de calidad de vida también se hace referencia a como cada individuo lleva sus diferentes hábitos, comportamientos de beneficencia corporal y mental es por ello que al que una persona consume alcohol, fuma o es prisionero de la adicción de una droga se está dando a conocer que esto por orden fisiológico causa daños en su cuerpo por lo tanto su calidad de vida con respecto a su acción es deficiente, a diferencia si se dice que el individuo hace deporte, se alimenta bien y cumple con las responsabilidades de su entorno como una buena

dieta alimenticia, en fin el propósito de una vida saludable ayuda a tener un mejoras en su bienestar. ”Y sin duda alguna, para el bienestar del individuo y hasta para toda su manera de ser, lo principal es lo que se encuentra o se produce en él”. Schopenhauer (1818)

2.3.4.1 TIPOLOGÍA DE LA CALIDAD DE VIDA.

Hay dos formas de cómo se puede representar o involucrar el tema de la calidad de vida, enfocándose en una autopercepción del individuo y la afirmación de estándares medibles en bienestar de salud física. Esto hace referencia a como el individuo siente y vive su bienestar en relación a su entorno ambiental y personal. Estas percepciones se basan en una génesis de lo que el individuo va experimentando e introyecta con cada situación que le permite involucrarse dentro de su marco de referencia, es decir la sociedad y familia; estos supuestos se basan en como una persona se desenvuelve de manera óptima.

Esto se representaría como (1) una buena dotación biológica {buen desarrollo, sistema nervioso intacto, y ausencia de trastornos médicos o hándicaps físicos significativos}; (2) unas vivencias tempranas suficientemente positivas con su familia de origen, lo cual contribuye al desarrollo de los talentos personales, de una fortaleza del yo adecuada de unos rasgos caracterológicos positivos; y (3) buena fortuna en la vida {combinada con la habilidad para vivir y buena elección de amigos y carrera}. (Masterson, J. F; 1986, pp. 25).

¿Será probable que se pueda escoger el lugar donde nacer, a los padres e incluso cuanta inteligencia se debe tener para poder cumplir los objetivos aquí en la tierra?

Es una de tantas hipótesis que en algún momento los seres humanos llegan a intentar darle una explicación a dichas circunstancias de la vida. Para ello “las personas han adquirido ciertos mecanismos que nos ayudan hacer más llevadera la vida” (Masterson, 1986).

En general el mundo se encuentra con dificultades en especial cuando se trata de afrontar pérdidas, perdidas en todo sentido, parejas sentimentales, la muerte de un familiar, etc. Para esto se tiene que comenzar a entender que dichas dificultades y sucesos dolorosos tienen circunstancias que son necesarias para crecer, para dicha curación emocional sabiendo que es diferente en cada persona.

Se debe considerar que los individuos dependerá de una dotación biológica, vivencias tempranas favorables con su familia de origen y la buena suerte en la vida, es por ello que los efectos de la naturaleza, ambiente y destino pueden habilitar una mejor salud psíquica que beneficiara un buen vivir, una buena elección de carrera y una buena elección de amigos, todo esto arraigado por consecuencia de la formación de su personalidad en todo ámbito de desenvolvimiento que dependerá mucho por dicha funcionalidad presencia o ausencia de problemas neurobiológicos he incluso el estilo de vida de dicha personalidad predominante; es así como los psicólogos clínicos tienen una guía para poder profundizar o conllevar mejor sus sesiones terapéuticas haciendo al individuo una realización más viable y manejable de todas circunstancia que atraviesa.

Los supuestos básicos para el coexistir diario depende de cada una de las circunstancias físicas, psicológicas, ambientales eh incluso neurobiológicas para una adaptación a cada dificultad que atraviesa el ser humano y que comprenderá una vez que forme su abstracción mental de cada problemática y con ese conocimiento le ayudara a conllevar dichos problemas forjados por todos los factores incluidos su personalidad y funcionalidad.

Esto permite una visión más amplia de lo que se refiere a la calidad de vida, puesto que entra en constancia lo que envuelve a la persona desde su dotación genética que viene dada desde generaciones anteriores, toda experiencia vivencial satisfactoria que cumpliría necesidades presentes en el individuo, hasta la buena fortuna que es un intento de explicar que el ambiente cumple un papel importante en el cual de cierta manera está predisponiendo lo que vivirá la persona y en donde se desenvolverá.

El tema de la buena fortuna es algo controversial ya que se estaría diciendo que el lugar donde nacerá, la familia en donde se criará la persona, se basará en un destino afirmado para quien lo acogiere, y esto a su vez va a ser el promotor de las experiencias que envolverán cada toma de decisiones del individuo, por supuesto definiendo el tipo de crianza con el que sus padres lo educaron. Es así como el autor define que “el funcionamiento óptimo de la persona se ve envuelto en la suma de todas y cada una de las experiencias que el individuo ha permitido la resiliencia para su crecimiento psíquico e infiriendo físicamente”. (Masterson, J. F; 1986, pp. 25).

Así pues este tipo de resiliencia basada en una percepción acorde al cumplimiento de necesidades se da de forma objetiva y subjetiva, ya que las dos permiten tener una visualización propia de cada uno de los elementos que componen la calidad de vida.

Tipología Objetiva.- Este tipo de percepción de la persona está basada específicamente al materialismo de la obtención de recursos cuantificables, contables, del cual el individuo supone encuentra el cumplimiento de sus necesidades, esta tipología está enfocada en la disponibilidad de bienes y servicios del cual es beneficiario es así que el nivel socioeconómico es el principal motor que mueve la satisfacción del individuo en su ámbito de bienestar personal. Veenhoven (2001)

Tipología Subjetiva.- Este tipo de autopercepción del individuo contiene componentes más amplios y de forma intrapersonal referenciales al bienestar y la calidad de vida del individuo; pues aquí el componente psíquico refiere a los procesos de funciones superiores como son la cognición, el afecto, el aprendizaje, la memoria y la elaboración de pensamientos, son los que determinan como el individuo se percibe y crea una imagen de lo que es la funcionalidad personal óptima. Veenhoven (2001)

En si lo que explica es que este bienestar es subjetivo ya que se enfoca en algo de acuerdo a como se formaron sus creencias centrales es decir como los individuos forman su autoconcepto y se fija su autoestima, en base a la continua

evaluación de los aciertos y errores; a fin de dar un enfoque didáctico se lo desarrollará así: para que un individuo cumpla sus necesidades primarias y de autorrealización cada experiencia vivida por él se da en una constante evaluación tanto de forma cognitiva como de forma afectiva debido a que el individuo está encaminado en la búsqueda de una felicidad prologada llamándola satisfacción vital.

Dentro de la búsqueda de este bienestar; enfocado en como dichos procesos psíquicos generan un bienestar de autorrealización y como las experiencias emocionales infieren de forma significativa creando una salud mental referida a un bienestar psicológico satisfactorio, para lo que el individuo cumpliera su necesidad y su funcionalidad óptima sea la requerida de forma personal y colectiva. Esta calidad de vida mencionada a las experiencias satisfactorias refieren de manera significativa a como el individuo se crio, se adaptó e iba cumpliendo cada rol de forma segura y llena de afirmaciones parentales adecuadas. Moyano (2007)

4.3.4.2 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Las dimensiones en cuanto a la calidad de vida son básicamente tres: una dimensión física que hace referencia a el cumplimiento de forma activa en función del Hacer; una dimensión psicológica que refiere, a como de forma individual la persona es capaz de resolver un problema y tener la resiliencia para no volver a sucumbir con dicha experiencia, el Saber; y por último la convivencia adecuada dentro de dicha sociedad donde el individuo se encuentra, el poder de Adaptabilidad individual; esto de forma que cada uno juega un papel importante dentro de esta triada ya que la visualización del individuo como ente productivo tanto en su función física, su función social, su autorrealización y la percepción de su Salud son directamente proporcional a la satisfacción de cada dimensión. Urzúa (2012)

2.3.4.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

Las características de la calidad de vida se basan en conceptos formados en base a la fundamentación cronológica de cómo se formó dicha

definición; el punto de vista fenomenológico juega un papel importante dentro de la construcción del concepto de bienestar, así se tiene: un concepto subjetivo que se basa a la autorepresentación de un bienestar autopercebido y el cumplimiento de dichas necesidades que benefician a un crecimiento personal; un concepto universal que hace referencia a como la mayoría de personas alrededor del mundo interpretan una visión general de salud, es así por ejemplo que el concepto de bienestar biopsicosocial es dado por una organización de expansión mundial como lo es la OMS; un concepto holístico que interpreta al individuo como un ser íntegro, un entero en donde su consecuente es proporcional al funcionamiento óptimo de todas las partes del individuo; un concepto dinámico que encaja en el vínculo de que la persona está influenciada y es totalmente cambiante y adaptable a la situaciones que se le presentan como un ente de incorporación a cada experiencia vivida. (OMS, 2002)

A partir de aquí se definen todos estos conceptos dados de forma individual sin embargo, hay algo que mueve al individuo más allá de una adaptación a un entorno y eso que hace que sea más beneficioso, es que la persona al tener la capacidad de cumplir con un rol relacional, se encuentra influido por su convivencia natural ya sea con familia o demás para que se beneficie su calidad de vida, por tanto la calidad de vida según.

Según Schalock, (1996). (Citado por Urzúa, 2012), es el reflejo de las condiciones de vida deseadas por la persona, en relación con ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos; formando parte e interactuando cada uno de ellos en post de la búsqueda de un bienestar psíquico, a la altura de una felicidad deseada.

La calidad de vida se puede determinar por múltiples causales como son: La Función física: que hace referencia a toda actividad que realice el individuo con componente de ejercicio o actividad en las cuales esté capacitado para poder ejercer algún tipo de movimiento o concluir con un trabajo que se le pida o se le presente, para esto requiere esfuerzo, determinación y motilidad. Alonso (1995)

La función social: refiere al rol que cada persona desempeña dentro de la sociedad como son el ejercer alguna profesión, ocupación o demás; como el individuo aporta de forma imperativa para el desarrollo y la productividad involucrada como ente de aportación.

La salud mental: se refiere al bienestar cognoscitivo, emocional y asertivo que utiliza el individuo para desenvolverse en los ámbitos familiares, sociales, laborales, como el individuo se siente adaptado o aporta con sus ideas y es capaz de crear nuevos vínculos que beneficien a su estado mental saludable. (Alonso, 1995)

Limitaciones de roles (físicos y emocionales): esto hace referencia a si el individuo tiene alguna imposibilidad física (ej. Pérdida de una pierna) o emocional (ej. Depresión mayor), que descompense su funcionamiento en las áreas sociales, laborales o personales y que estén afectando dicho desenvolvimiento haciéndolo una persona para la sociedad no aportadora. Sin embargo en la actualidad se conoce que las oportunidades en todo ámbito para las personas con capacidades diferentes son las mismas y por ende el único motivo para ser discapacitado sería creerse que lo es (con excepciones de casos muy graves).

La percepción de la Salud y la Vitalidad: se pone en conocimiento como el individuo es capaz de autoperibirse y poner a juzgamiento su estilo de vida y nivel de vitalidad del cual es dueño. Este elemento sin duda es importante por su alto sentido autoconceptual, que sería el medio más óptimo de considerar la calidad de vida como el motor vital de nuestras acciones, sin duda la autoafirmación que cada individuo se da, sería considerada de vital importancia por su alto contenido personal. (Alonso, 1995)

Cada uno de dichos elementos mencionados serían los que constituyen una construcción conceptual de lo que refiere a la calidad de vida pues, se ha descrito el principio del bienestar hasta transformarlo en una percepción real de lo que es tener una salud óptima.

2.3.4.4 FACTORES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA

Una buena salud física, la ausencia de enfermedades o hándicaps biológicos, un sistema nervioso intacto y una dotación temperamental positiva constituyen los cimientos de un buen desarrollo emocional, estas son características serían las que permutan tener una salud mental adecuada así como las que van formando nuestra personalidad en base a lo que va aprendiendo como por ejemplo factores que interactúan entre sí como una dotación, la educación y el destino pues muchos psicólogos apoyan esta noción que sería la que coadyuva a una mentalidad adecuada.

Ante ello se debe conocer que cada interacción que el individuo va teniendo influye en la formación de los mapas mentales que a futuro utilizará para defender o expresar como respuestas a distinto estímulo o acción que se presente, que inclusive podría inferir que estos permitirán descifrar la forma como enfrentar a los sucesos estresantes que se presentan en la vida y de la cual está sujeto a pasar, como la muerte de un familiar que es uno de los sucesos más estresantes y dolorosos como se mencionó anteriormente, que podría pasar al ser humano.

Como menciona Preston, (1998), en su libro sobre la Terapia Breve integradora:

Es obvio que los niños que crecen sin el obstáculo de la pobreza extrema, de unas condiciones de vida duras, de entornos peligrosos y pérdidas trágicas tienen una ventaja considerable sobre otros niños menos afortunados, pues, las experiencias tempranas satisfactorias juegan un papel muy importante en este papel del aprendizaje y afrontamiento a los obstáculos que se presentaran tras siga viviendo el individuo.

Así pues la lista más útil ha sido sugerida por (Masterson, J. F; 1986), en las cuales destaca 7 características esenciales para la salud mental como son: espontaneidad y viveza del afecto en donde el individuo es capaz de sentir y expresar profundamente sus emociones humanas sin restricciones, la capacidad de identificar sus propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos que es la que se basa en una mentalidad psicológica que esta por más de decir el comienzo del autoconocimiento otorgando un significado a cada una de estas emociones;

valoración positiva de uno mismo, esta internalización es muy poderosa pues es la que mentalmente permite el fortalecimiento de cada uno, la capacidad de generar sentimientos de valía y autoestima propia.

La autoafirmación o auto activación, sería el decir que esta es la capacidad de cada individuo para promover un cambio, ya que por medio de ella lleva impregnada un convicción a la acción y esto mantiene el equilibrio de lo que se busca; una capacidad de procurarse consuelo, al haber entendido sus consecuencias anteriores, ya sabría lo que esta capacidad significa, pues no es nada más que después del autorreconocimiento el saber hacia dónde dirigirse y que puede hacer con el potencial adquirido, ésta característica vendría a ser la expresión de la auto convicción y propósito que se busca en un suceso doloroso y que el individuo mencione “Yo y nadie más que Yo” podrá involucrar un consuelo propio porque como se sabe, lo que sale de cada uno permite ser duradero y llevado a largo plazo.

Intimidad, viene a ser la expresión totalitaria y honesta a quien se quiere y con quien se tiene un vínculo de afecto fuerte y que permite tener un apoyo emocional que implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional en toda su plenitud y por último el compromiso, vendría arraigado como una capacidad de superar la frustración y superar las dificultades que se presentan hasta llegar a querer compartir la visión e ideales propios con alguien más en pareja en donde se sumerjan en la gratificación de cumplir deseos y aspiración que bien se podría denominarlo como Amor, esto comparte las experiencias satisfactorias tempranas, ya que esto se basara prácticamente en que los niños afortunados que crecen en hogares emocionalmente sanos (con amor, comprensión, respeto, formadores de valores, permiten el crecimiento emocional) tienen la certeza de que seguirán recibiendo amor y de que no serán abandonados ni siquiera en los momentos difíciles, conllevándolos a fortalecer aún más su salud mental y reforzando el estima y por ende cumpliría su Autorrealización personal (Preston, 1998)

2.4.- Fundamentación Legal

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

ARTÍCULOS RELACIONADOS A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.

2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverá de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurará el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

DEL DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCIÓN

Capítulo I

Art. 1.-La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 3.-La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

DE LAS ACCIONES DE SALUD

Título I

Capítulo I

DISPOSICIONES COMUNES

Art. 13.-Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 14.-Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

Art. 15.-La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otras instituciones competentes y organizaciones sociales, implementará programas para la prevención oportuna, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

Capítulo III

DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Art. 20.-Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y

servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.-El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 26. -Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

TITULO I

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;

2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;

3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;

4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;

5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;

6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;

7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;

8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;

9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,

10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

2.5.- Planteamiento de Hipótesis.

2.5.1.- Hipótesis Nula (H₀).

Las Madres Adolescente Del Área De Ginecología Del Hospital Provincial Docente Ambato que presenten puntuaciones altas en Vinculación Emocional de sus Relaciones Paterno Filiales no tienen mejor Calidad De Vida.

2.5.2.- Hipótesis Alterna (H₁)

Las Madres Adolescente Del Área De Ginecología Del Hospital Provincial Docente Ambato que presenten puntuaciones altas en Vinculación Emocional de sus Relaciones Paterno Filiales tienen mejor Calidad De Vida.

2.6.- Señalamiento de Variables

Variable Independiente

Las Relaciones Paterno Filiales

Variable Dependiente

La Calidad de Vida

Término de relación

Influencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- Enfoque Investigativo

La presente investigación tiene un enfoque crítico-propositiva del problema; crítica debido a que recoge referentes cuantitativos y cualitativos para fomentar un análisis constructivo y específico sobre las causas y consecuencias del problema planteado y propositivo ya que debido al análisis de la conclusiones llegadas a tener se brindarían diferentes propuesta de mejoramiento de los puntos deficitarios llegados a conclusión de la búsqueda de un buen vivir de los beneficiarios por la investigación.

3.2.- Modalidad Básica de la Investigación.

3.2.1.- De campo.

El presente proyecto de investigación pretende ser una investigación de campo porque se recabará información directamente de las fuentes primarias (las madres adolescentes), por medio de una entrevista psicológica estructurada y la toma de reactivos a dicha fuente con los reactivos ya establecidos; se buscará una estratificación de la población debido a que socioculturalmente se identificará el nivel de relación de las dos variables pues cada una de las adolescentes tienen una forma de crianza diferente de la otra lo que se preferirá enfocar a la misma situación de relación sistémica de dicha familia.

3.2.2.- Bibliográfica.

El presente dato de investigación se utilizara medios de aprendizaje como libros, revistas científicas e investigaciones anteriores sobre el problema a tratar que permitan sustentar la investigación propuesta. Debido a que por medio de una fundamentación científica más amplia se mejoraría la forma de proponer soluciones y una investigación centrada en el problema consiguiendo una forma eficaz de promover el conocimiento y fortalecer la calidad de vida de las madres adolescentes.

3.2.3.- De intervención Social.

Por medio de esta investigación se pretende estructurar una propuesta terapéutica que intente sustentar el bienestar psicológico y en si la salud mental de las madres adolescentes con el fin de promover y promocionar una Calidad de Vida saludable como lo justifica la constitución del ecuador que garantiza el bienestar de la ciudadanía.

3.3.- Nivel o tipo de Investigación

Asociación de variables.

La investigación alcanza un nivel de asociación de las variables porque busca establecer las relaciones entre ellas, para hacer predicciones o descripciones fiables de los hechos, estableciendo guías estrechas de relación entre las variables permitiendo un acercamiento investigativo en post del bienestar de las madres adolescentes y el recién nacido que serían los beneficiarios directos de la investigación.

Además el estudio del grado de influencia entre las variables permitirá determinar y comprender los comportamiento comunes o patrones en la mayoría de la población escogida, en referencia al problema escogido para la investigación, resultando un medio beneficioso para el planteamiento de una

propuesta de salud mental de las madres adolescentes y el recién nacido los cuales se beneficiarían con dicha intervención de la propuesta a investigar.

3.4.- Población y Muestra

Proaño (citado por Herrera, 2004) dice, “la población es la totalidad de elementos a investigar respecto a ciertas características”. Además debemos tomar en cuenta que del universo o población tomada también existe la denominada muestra que es un extracto estratificado con características predominantes y significativas de la población, es para ello que se utiliza crear una guía de adolescentes involucrados y no involucrados, esto es algo más específico del universo pero que contiene las características requeridas para nuestra investigación. Es así que el universo de individuos tomados para la investigación su característica principal es ser madre adolescente que en promedio durante el año se atiende a 886 madres adolescentes en el Hospital Provincial Docente Ambato, de las cuáles durante el periodo de investigación que será de 6 meses se estiman 148 madres adolescentes atendidas y según el cálculo de la muestra es de: 106 madres adolescentes en el periodo de septiembre 2013 a febrero 2014.

$$n=106$$

$$Z= 1,96$$

$$P= 0,5$$

$$Q= 0,5$$

$$e = 0,05$$

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2pQ + Ne^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(148)}{(1,96)^2(0,5)(0,5) + (148)(0,05)^2}$$

$$n = \frac{(3,8416)(0,5)(0.5)(148)}{(3,8416)(0,5)(0.5) + (148)(0,0025)}$$

$$n = \frac{141,192}{(0,9604) + 0,37}$$

$$n = \frac{141,192}{1,3304}$$

n= 106 Madres adolescentes.

3.5.- Operacionalización De Las Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: LAS RELACIONES PATERNO FILIALES

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TEST
<p>Las Relaciones Paterno Filiales</p> <p>Las relaciones paterno-filiales es el vínculo primario de adaptabilidad y expresión afectiva que permite al individuo una efectividad en su entorno y un desempeño favorable.(Olson, 1985)</p>	<p>I. Vinculación Emocional</p> <p>II. Flexibilidad</p>	<p>a. Unidad</p> <p>b. Límites</p> <p>c. Amistades y Tiempo</p> <p>d. Ocio</p> <p>a. Liderazgo</p> <p>b. Disciplina</p> <p>c. Reglas y Roles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos. • Preferimos relacionarnos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos) • Nos gusta pasar el tiempo libre juntos • Cuando surge un problema se tiene en cuenta la opinión de los hijos. • Diferentes personas de nuestra familia mandan en ella. • Padres e hijos comentamos juntos los castigos. • En nuestra familia las normas o reglas pueden cambiarse. 	<p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar CESF.</p>

Cuadro #1 Operacionalización de la variable independiente

Elaborado por López Luis Marcelo.

		<p>Salud Mental</p> <p>Vitalidad</p> <p>Percepción de la Salud General</p> <p>Cambio de la salud en el tiempo</p>	<p>algún problema emocional?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? • ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? • Estoy tan sano como cualquiera... • Mi salud es excelente. <p>¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?</p>	
--	--	---	---	--

Cuadro #2 Operacionalización de la variable dependiente

Elaborado por López Luis Marcelo.

3.6.- Técnicas e Instrumentos

Para el presente proyecto de investigación se estructurarán 2 reactivos que permitirá evaluar tanto la variable independiente como la variable dependiente.

Variable Independiente:

Cuestionario De Evaluación Del Sistema Familiar (CESF).

Autor: Olson, Portner y Lavee (1985)

Aplicación de reactivos: la aplicación de este reactivo evaluará el sistema familiar de las adolescentes.

El cuestionario mide dos dimensiones definidas en Vinculación Emocional constituida por dos subdimensiones que contiene elementos que medirá: la unidad, los límites, las amistades y tiempo y por último el ocio; la segunda dimensión de la Flexibilidad contiene 3 subdimensiones que son: el liderazgo, la disciplina y las reglas y roles destituidas en 20 ítems.

La administración de este test puede realizárselo tanto individual como colectivamente con un tiempo aproximado de aplicación de 10 minutos.

Variable dependiente:

Cuestionario de Salud SF-36

Autor: Alonso J, Prieto L, Antó J. M (1995)

Aplicación de reactivos: la aplicación de este reactivo evaluará la salud física y la salud mental de las adolescentes.

El cuestionario mide 8 dimensiones definidas en función física, función social, limitaciones de roles: problemas físicos, limitaciones de roles: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Constituido el cuestionario de 36 ítems.

La administración de este test puede realizárselo tanto individual como colectivamente con un tiempo aproximado de aplicación de 10 minutos.

3.7.- Plan de recolección de la información.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Para demostrar la relación entre la variable independiente y la variable dependiente de 108 madres adolescentes del H.P.D.A
¿De qué personas es objeto?	Las madres adolescentes del H.P.D.A.
¿Sobre qué aspectos?	Las relaciones paterno-filiales y la calidad de vida.
¿Quién lo hace?	El investigador.
¿A quién?	Las madres adolescentes.
¿Cuándo?	Septiembre 2013- febrero 2014
¿Dónde?	Hospital provincial Docente Ambato
¿Cuántas veces?	108
¿Con qué técnica de recolección?	Cuestionario:
¿Con qué instrumentos?	<ul style="list-style-type: none"> • SF-36 Cuestionario de Salud. • CESF. Cuestionario de evaluación del sistema familiar

Cuadro #3 Plan de recolección de la información

Elaborado por López Luis Marcelo

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.- Análisis del aspecto cuantitativo.

4.1.1 Anexo N° 1. Entrevista Psicológica sobre el estilo de crianza

1.- Datos de Filiación.

EDAD

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
13 años	12	11%
14 años	24	23%
15 años	32	30%
16 años	24	23%
17 años	14	13%
18 años	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #1 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 madres adolescentes entrevistadas el 11% comprenden la edad de 13 años; el 23% la edad de los 14 años; el 30% se encuentra en la edad de 15 años; el 23% en la edad de 16 años; el 13% comprenden la edad de 17 años y finalmente en la edad de 18 años no tuvo porcentaje.

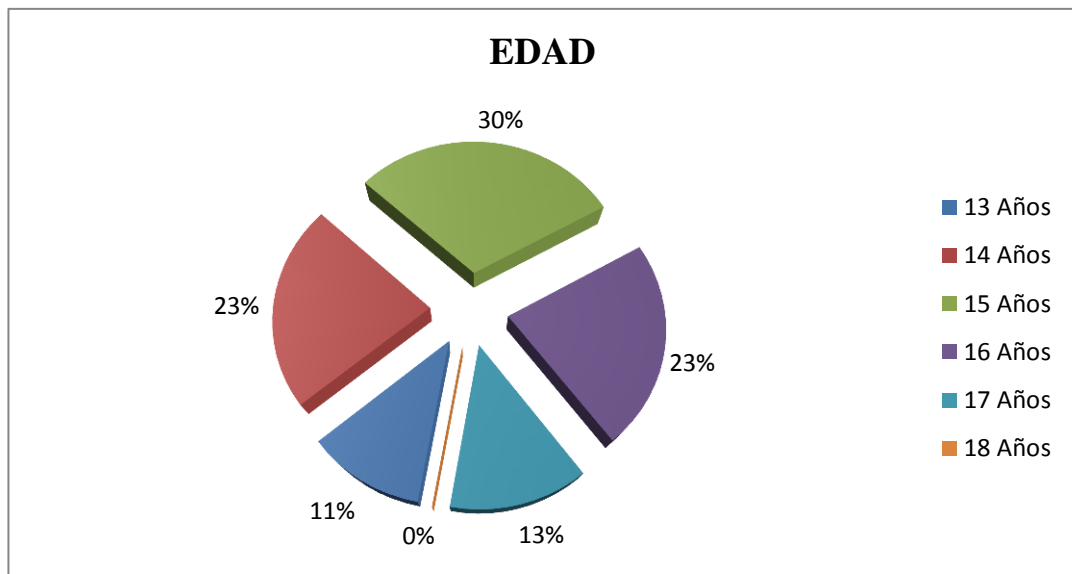


Gráfico #4 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrándose que entre los 14 y 16 años las adolescentes tendrían alta predisposición al embarazo, y que complicaría de cierta forma mantener un equilibrio entre lo psicológico como lo emocional, ya que a esta edad aún están en una etapa de comprensión-aprendizaje y aun no contarían con suficientes medios de afrontamiento lo que provocaría que sufra de episodios depresivos con mayor frecuencia.

ESTADO CIVIL

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Soltera	64	60%
Casada	21	20%
Unión Libre	21	20%
TOTAL	106	100%

Tabla #2 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En los resultados de las 106 madres adolescentes entrevistadas el 60% son solteras, mientras que el 20% son casadas y finalmente el 20% conviven en unión libre.

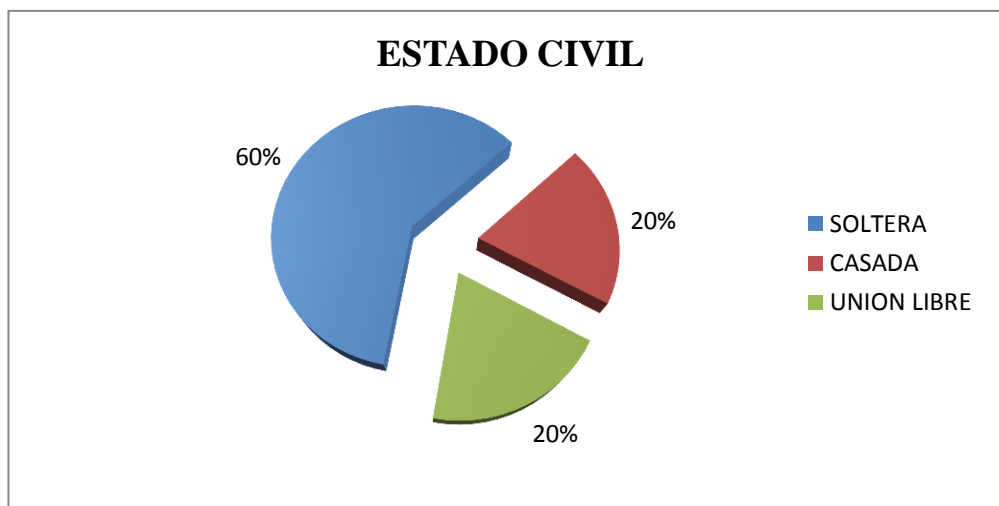


Gráfico #5 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiendo que más de la mitad de las entrevistadas tienen a su recién nacido de solteras, se verificaría la falta de planificación familiar que no tuvo la pareja, esto repercutiendo en carecer de información dentro de su hogar o lugar de estudios, siendo este uno de los principales problemas por el que atraviesa la juventud de la ciudad, así mismo la falta de comunicación con las personas que pueden guiarles en términos de aprendizaje sobre el cuidado de la sexualidad.

NIVEL DE EDUCACIÓN

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Ninguna	4	4%
Primaria	14	13%
Secundaria	88	83%
TOTAL	106	100%

Tabla #3 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Respecto al nivel de educación encontrada en las entrevistadas tenemos que el 4% de ellas no tienen ningún tipo de educación, mientras que el 13% tienen educación primaria y el 83% tienen educación secundaria.

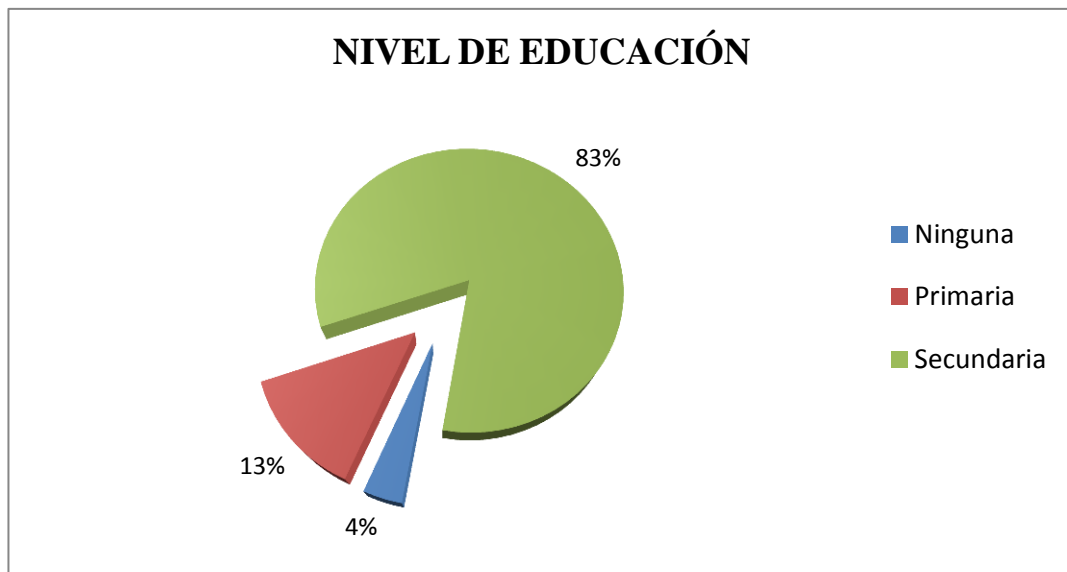


Gráfico #6 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exhibiéndose que la mayor parte de la población aun es estudiante se infiere en la falta de orientación y educación sobre la sexualidad que requiere el adolescente profundizar en los medios educativos, siendo este tema de mayor importancia para llegar a los jóvenes a concienciar sobre los métodos anticonceptivos al iniciar una sexualidad con responsabilidad, la falta de comunicación y sinceridad en el trato sobre temas referentes al sexo es importante desde sus figuras parentales, con el fin de prevenir consecuencias como los embarazos prematuros que tienen aspectos desfavorables para la madre al momento del parto como un nacimiento a pre-término con complicaciones.

NÚMERO DE HIJOS

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
1	90	85%
2	16	15%
3 o +	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #4 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del resultado referente al número de hijos el 85% de las entrevistadas es su primer hijo, mientras que el 15% tienen ya a su segundo hijo y en un 0% nadie tiene tres hijos o más.

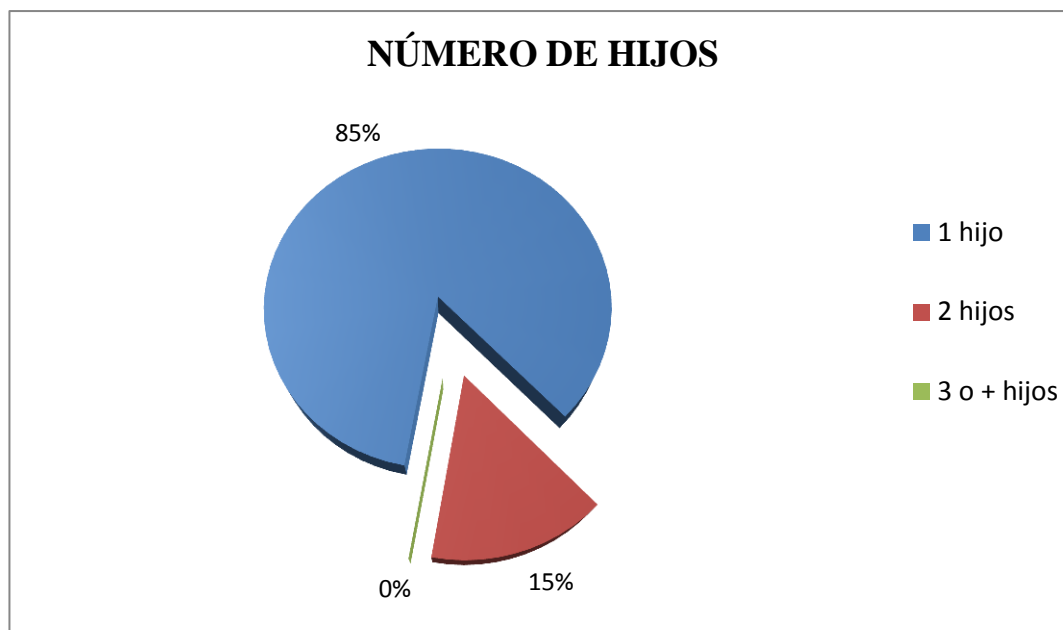


Gráfico #7 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Al revisar los porcentajes se comprende que las entrevistadas son en su mayoría primerizas, lo cual puede dar lugar a la falta de preparación y desconocimiento de los cuidados necesarios que requiere un recién nacido, haciéndolos propensos a contraer enfermedades o complicaciones por no ser atendidos adecuadamente, generando riesgo de problemas contagiosos o incluso la muerte como el ejemplo de la conocida muerte súbita que tiene aún origen desconocido pero que se presenta con mayor frecuencia en los nacidos prematuros.

CON QUIÉN VIVE

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Padres	8	7%

Abuelos	24	23%
Tíos	22	21%
Primos	6	6%
Amigos	4	4%
Pareja	42	39%
TOTAL	106	100%

Tabla #5 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En el análisis a las entrevistadas reveló que el 7% viven con sus padres, que el 23% viven con sus abuelos, mientras que el 21% viven con tíos, el 6% conviven con sus primos, el 4% viven con amigos y finalmente el 39% viven son su pareja.

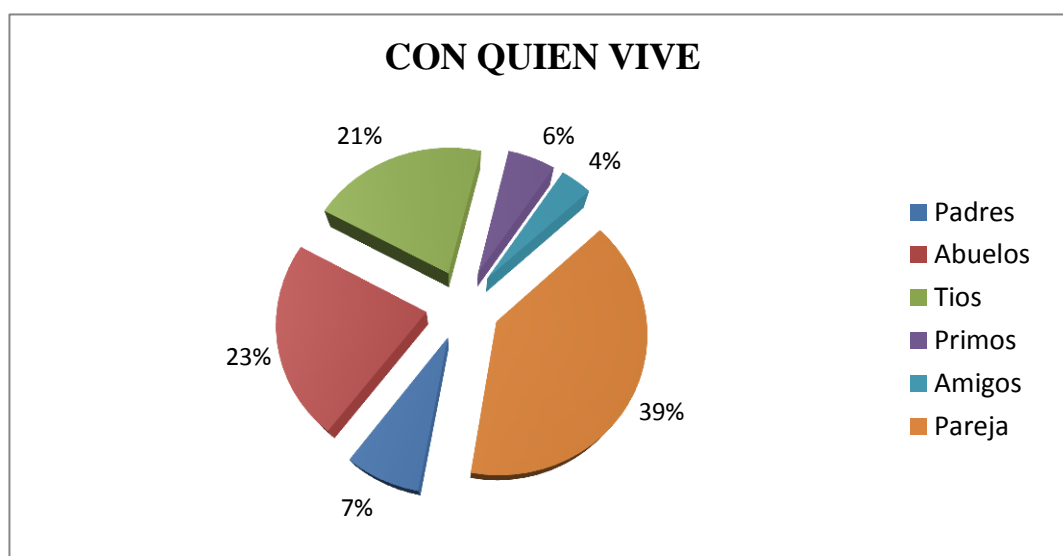


Gráfico #8 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrándose que la mayoría de madres adolescentes al momento de nacer el bebé aún viven en casa de algún familiar y muy pocas se van a vivir solo con su pareja, esto tendría ciertos beneficios para la adolescente ya que existiría una ayuda de parte de los familiares referente al cuidado del niño y las necesidades de la madre, permitiendo el apoyo y fortaleciendo los vínculos del hogar como fuerte

de ayuda hacia al sinnúmero de responsabilidades que esto conlleva y más aún como adolescente.

ETNIA

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Blanca	14	13%
Mestiza	74	70%
Indígena	14	13%
Negra	4	4%
TOTAL	106	100%

Tabla #6 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En el análisis respecto a la Etnia de las entrevistadas, el 13% se considera de raza blanca, el 70% mestiza, el 13% indígena y el 4% de raza negra en total de 106 madres adolescentes.

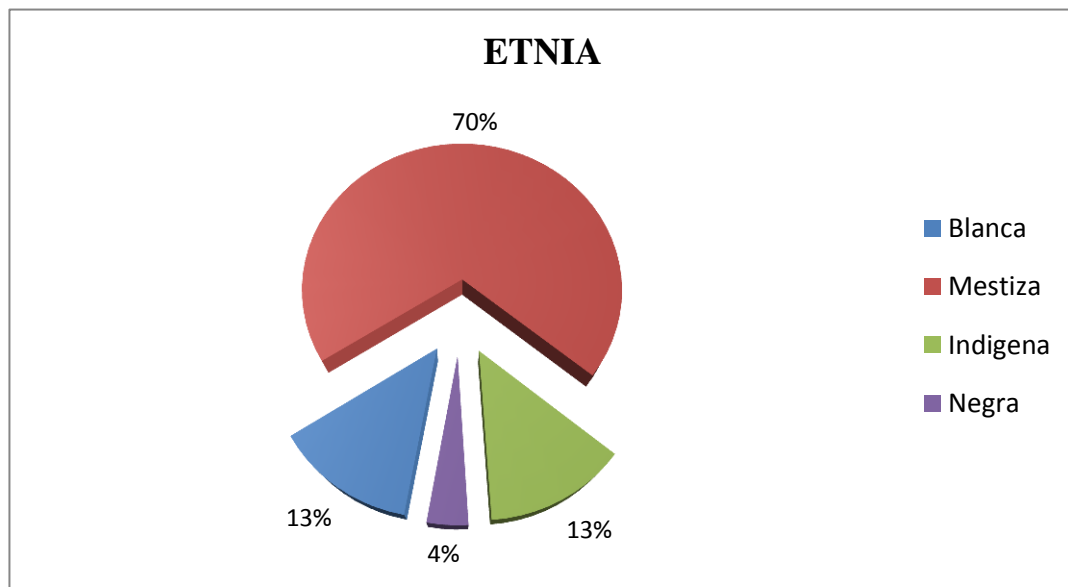


Gráfico #9 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Debido a que nuestro estudio se realizó en un sector andino donde la prevalencia étnica es la raza mestiza, la mayoría de las madres adolescentes entrevistadas

tendrían esta puntuación, debido a la descendencia de sus raíces, seguido por la raza indígena que está en constante cercanía y comunicación dentro de nuestro ambiente de la investigación.

¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD ACTUAL?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Ama de casa	39	37%
Estudiante	67	63%
Desempleado	-	%
Otro	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #7 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De la población entrevistada se obtuvo que el 37% de las adolescentes en ese momento fueran amas de casa y que el 63% restante cursaba sus estudios.

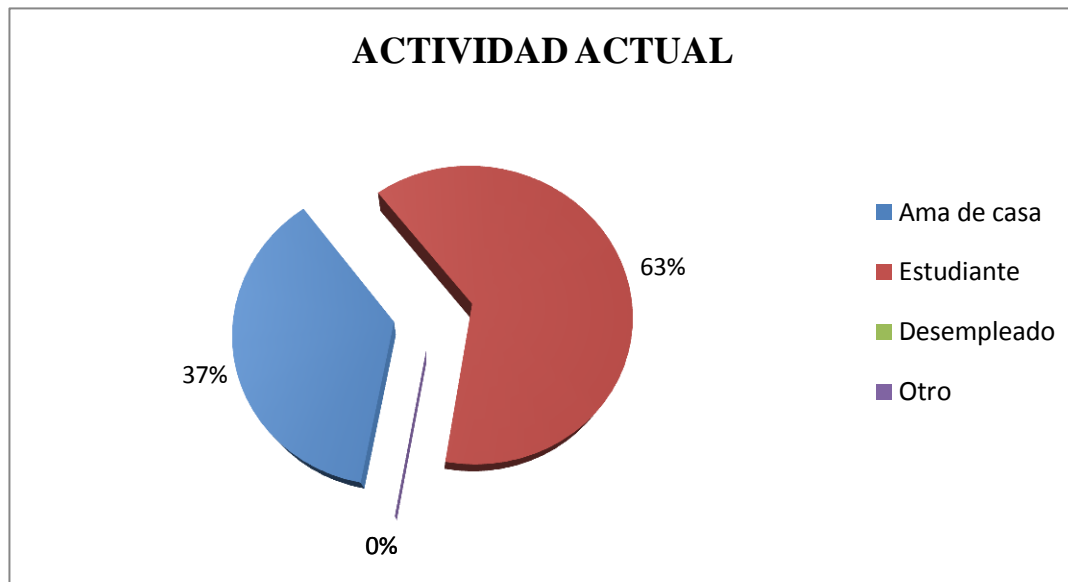


Gráfico #10 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Como observamos, el mayor porcentaje de las entrevistadas son estudiantes lo que nos hace referencia que no existe una concientización a los adolescentes en sus centros educativos y en su hogar sobre como dificultaría un embarazo a muy temprana edad en su vida cotidiana y las consecuencias que repercutirán en el recién nacido si llegaría a tener complicaciones en el transcurso del embarazo o al momento de nacer, además que el otro porcentaje considera que al momento de volverse amas de casa, dejarían a un lado sus estudios u otras actividades para dedicarse plenamente a su hijo y al hogar.

¿CÓMO CONSIDERA UD. QUE HA SIDO SU ESTILO DE CRIANZA?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Autoritario	8	8%
Democrático	26	24%
Permisivo	34	32%
Negligente	38	36%
TOTAL	106	100%

Tabla #8 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En este análisis se obtiene que el 8% de las entrevistadas consideren que su estilo de crianza ha sido autoritario, mientras que el siguiente 24% ha sido un estilo democrático, que el 32% fue permisivo y al final que el 36% fue negligente.

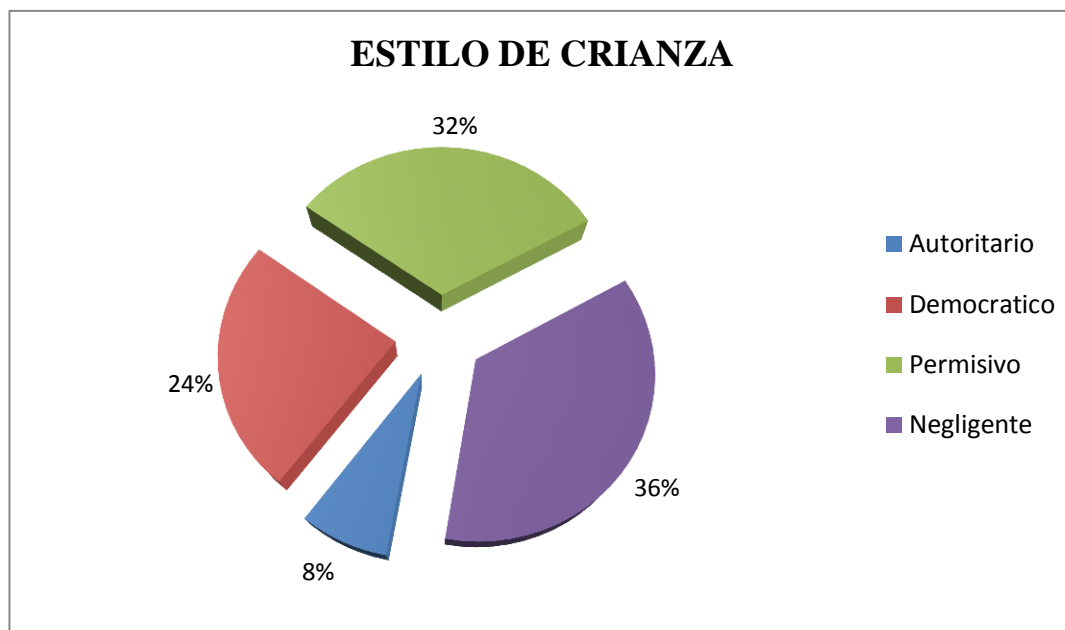


Gráfico #11 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En este apartado se demuestra que un porcentaje significativo de madres adolescentes consideran que su ambiente familiar fue negligente, o sea sus padres no se preocupaban de las actividades que ellos cumplían, o les brindaban la atención necesaria, provocando en ellas esa falta de apoyo que requieren en una edad llena de cambios como lo es la adolescencia, el siguiente porcentaje consideró que su estilo de crianza al ser permisivo las expuso a decisiones apresuradas sin contar con la opinión de un adulto y asumir las consecuencias sea cual fueren las mismas, y finalmente un cierto porcentaje contestó que su estilo de crianza fue democrático definiéndolo como un toma de decisiones en conjunto tanto los padres como los hijos hasta llegar a un consenso permitiendo fortalecer dichos vínculos paternos.

¿CONSIDERA QUE EL ESTILO COMO FUE CRIADA HA AFECTADO EL DESENVOLVIMIENTO EN SU VIDA?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Si	89	85%
No	17	15%
TOTAL	106	100%

Tabla #9 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Como resultado se obtiene que el 85% de las entrevistadas consideran que su estilo de crianza ha afectado el desenvolvimiento en su vida mientras que el 15% considera que no se ha visto afectado.

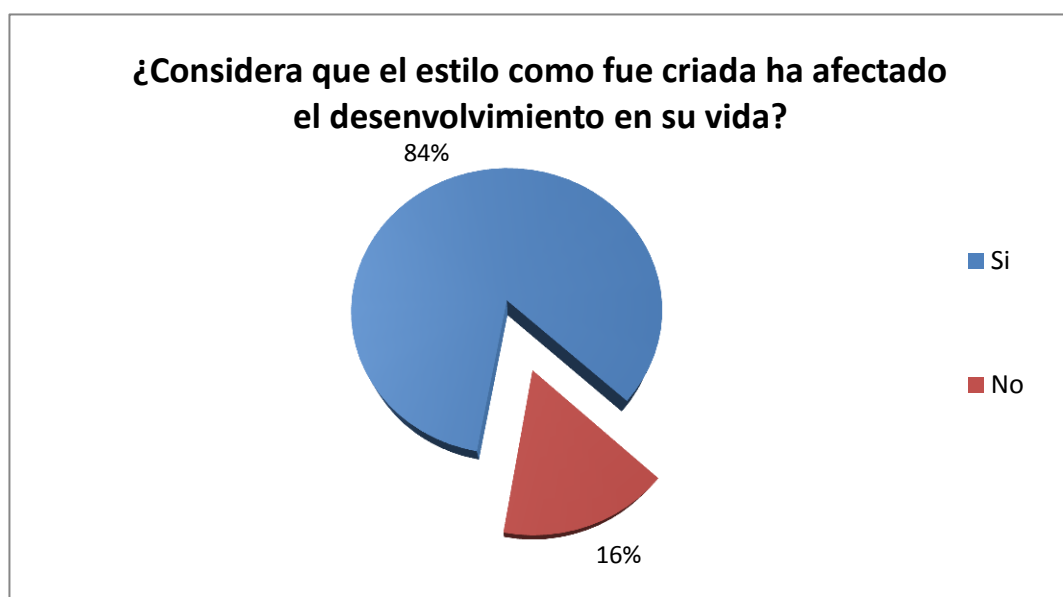


Gráfico #12 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Definiéndose así que las adolescentes consideran que su vida y las decisiones que ellas toman si se ha visto afectado por la forma como fueron criadas, llenas de

dudas y desconocimiento sobre asuntos como medios para afrontar un conflicto o el poder de elegir un camino adecuado para su desarrollo equilibrado en lo que respecta a lo psicológico y emocional.

¿CULPA A SUS PADRES POR LA FORMA QUE LE CRIARON DE LO QUE HOY LE ESTÁ PASANDO?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Si	86	81%
No	20	19%
TOTAL	106	100%

Tabla #10 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del porcentaje conseguido en las entrevistas se obtiene que el 81% de las madres adolescentes culpen a sus padres y su forma de crianza por lo que hoy pasan, el 19% restante dice no culpar a sus padres por lo que hoy están pasando.

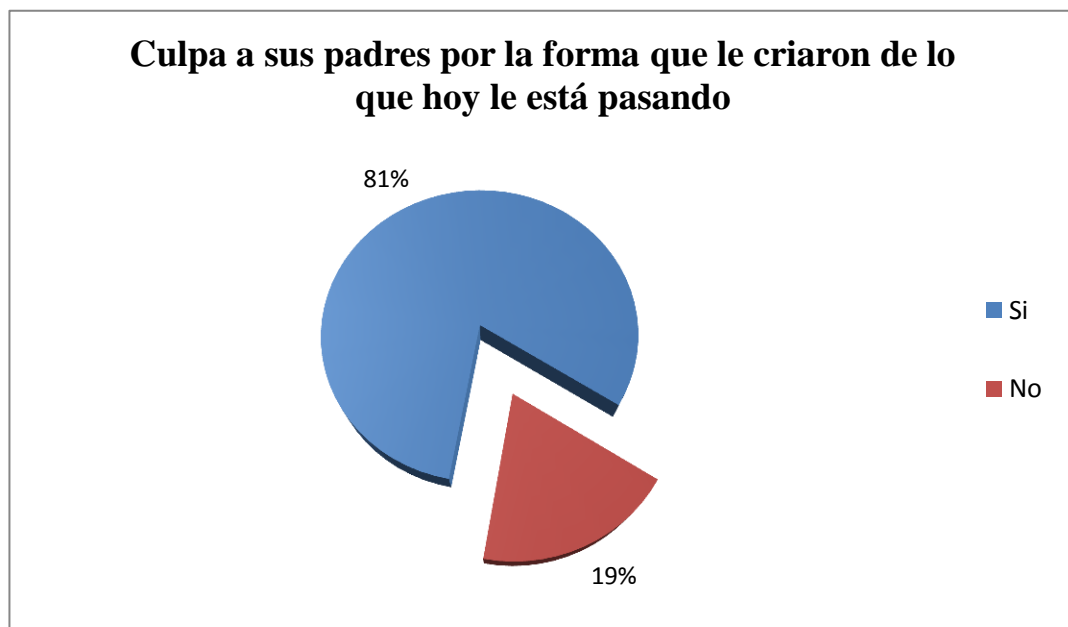


Gráfico #13 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiéndose así que la mayoría de adolescentes entrevistadas culpan a sus padres por lo que pasan se ve reflejado en la falta de vínculos emocionales-afectivos en su crianza lo que provocó la inseguridad y la inexperiencia de poder escoger decisiones adecuadas para poder sobrellevar las diferentes situaciones y conflictos que se le presenten a la adolescente en el transcurso de su vida juvenil.

¿SE SIENTE COMPRENDIDA Y APOYADA POR SU PAREJA?

ANÁLISIS

En el análisis de este bloque se encuentra que el 48% de las adolescentes entrevistas se siente comprendida y apoyada por su pareja actual mientras que el 52% responden sentirse sin el apoyo de su pareja.

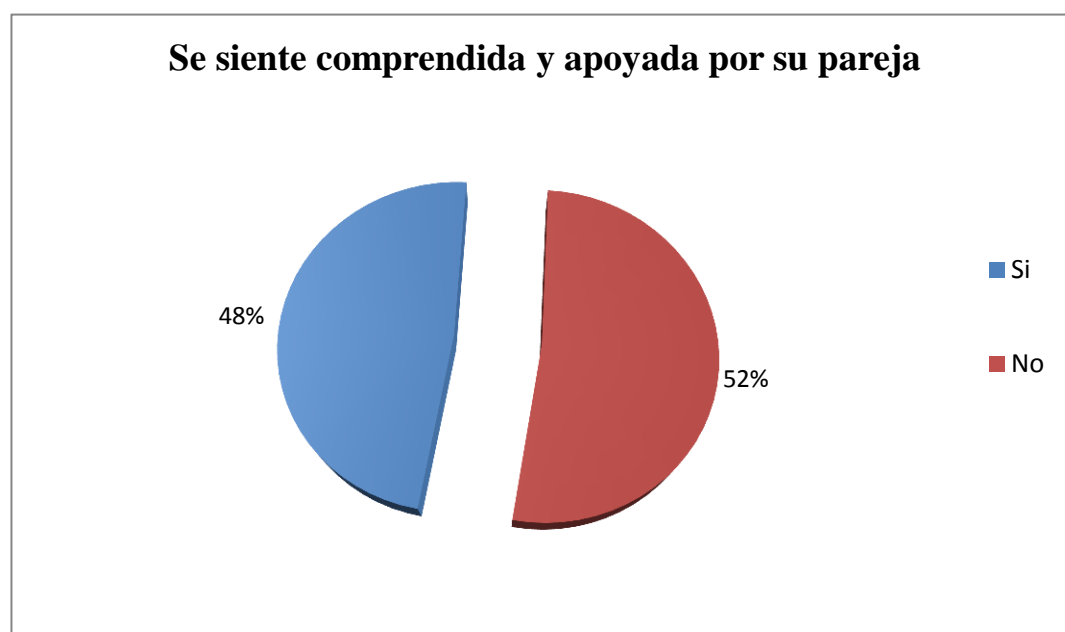


Gráfico #14 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Se demuestra así que, un porcentaje de las entrevistadas no se sienten apoyadas por sus parejas lo que nos daría una perspectiva de la falta de compromiso que tendría dentro de su relación al momento de formar un hogar y hacerse

responsables, sin embargo el otro porcentaje de adolescentes contestó que si se sentían apoyadas por su pareja y a pesar que muy pocas viven juntos, ellos si contribuyen como sustento al recién nacido.

CONSIDERO QUE LA ATMÓSFERA DE MI FAMILIA ES

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Cálida y armoniosa	25	24%
Fría y rígida	48	45%
Sin interés en los miembros de la familia	33	31%
TOTAL	106	100%

Tabla #12 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En el resultado se obtiene que el 24% de las entrevistadas vivan dentro de una atmósfera familiar cálida y armoniosa, en tanto que el 45% siguiente vivan en un ambiente frío y rígido y que finalmente el 31% vivan sin interés en los miembros de la familia por parte de los adultos.

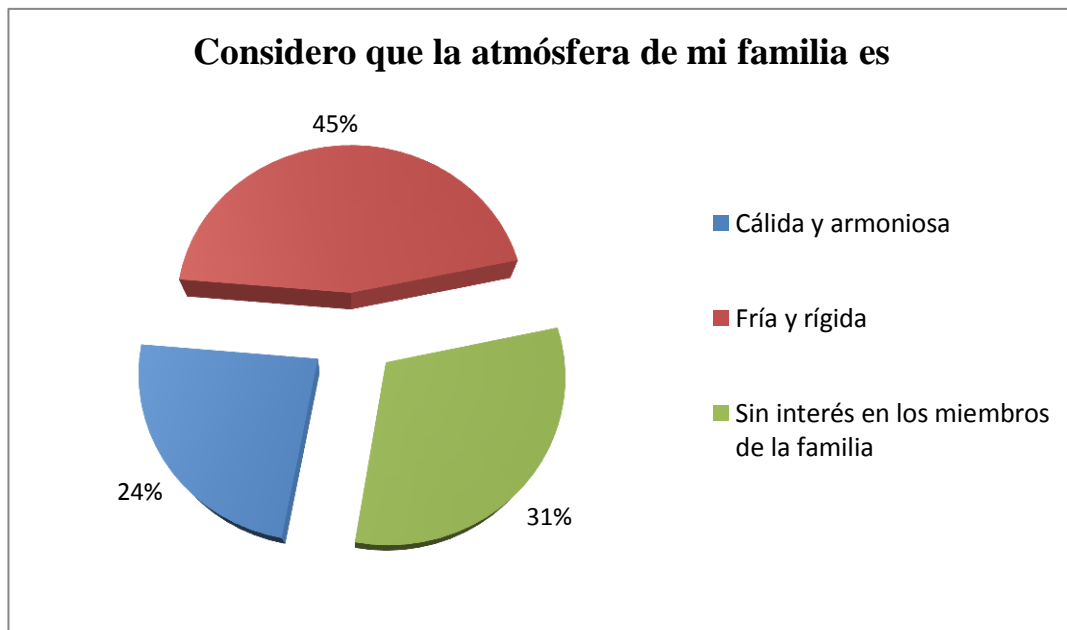


Gráfico #15 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

De este análisis tenemos entonces que la mayoría de adolescentes considera vivir en un ambiente frío y rígido, con carencia de expresiones afectivas por parte de los miembros de su familia o pareja, seguido por un porcentaje que definen como los miembros del hogar sin ningún interés; lo que ocasionaría dificultades al expresar sus sentimientos hacia los otros, esto, a esta edad la madre tendría complicaciones a la hora de compartir con su hijo experiencias gratificantes emocionales, y el último porcentaje refiere a su familia como cálida y armoniosa lo que beneficiara al recién nacido en donde se criara en un hogar gratificante.

-CONTESTE EN CASO DE VIVIR EN LA CASA DE SUS PADRES

¿SE SIENTE COMPRENDIDA Y APOYADA POR SUS PADRES?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Si	22	21%
No	28	26%
Blanco	56	53%
TOTAL	106	100%

Tabla #13 Fuente: López Luis Marcelo. (2013).

ANÁLISIS

De acuerdo al resultado se obtuvo que el 21% de las adolescentes entrevistadas correspondan el sentirse apoyadas y comprendidas por sus padres, el 26% de ellas totalmente no tiene el apoyo de sus padres y el 53% de dicha entrevista contestó en blanco asumiendo no vivir con sus padres.

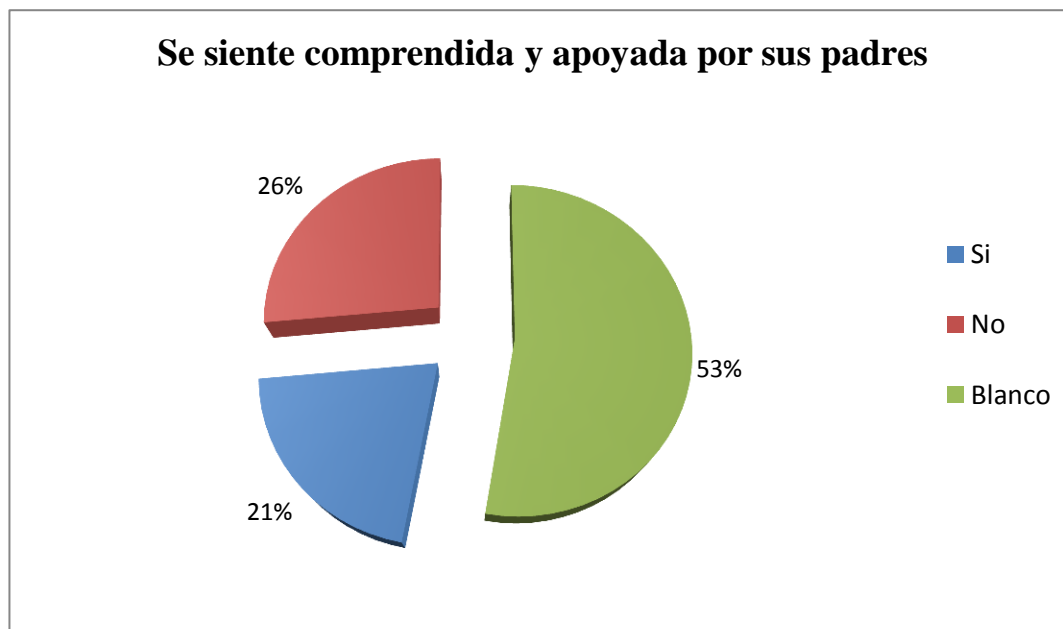


Gráfico #16 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exhibiéndose que la mayoría no tiene la comprensión y apoyo de sus padres dado por un sistema familiar carente de expresiones emocionales satisfactorias que den bienestar, esto se verá reflejados en baja autoestima o en la capacidad de afrontar a diferentes conflictos que se le presenten a esta edad y las consecuencias que esto conllevaría si no pudiera resolver los problemas que se le presentasen.

¿CÓMO REACCIONARON SUS PADRES CUANDO SUPIERON QUE ESTUVO EMBARAZADA SIENDO ADOLESCENTE?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Me insultaron y me sacaron de la casa	18	17%
Me entendieron y apoyaron	22	21%
Les dio igual	10	9%
Blanco	56	53%
TOTAL	106	100%

Tabla #14 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Al observar la gráfica se desglosa lo siguiente: que el 17% de las madres adolescentes entrevistadas responde que al enterarse sus padres que estuvieron embarazadas las insultaron y les sacaron de la casa, mientras el siguiente 21% afirma haberlas entendido y apoya, así el 9% de las siguientes afirma que a sus padres les dio igual y por último el 53% contestó en blanco.

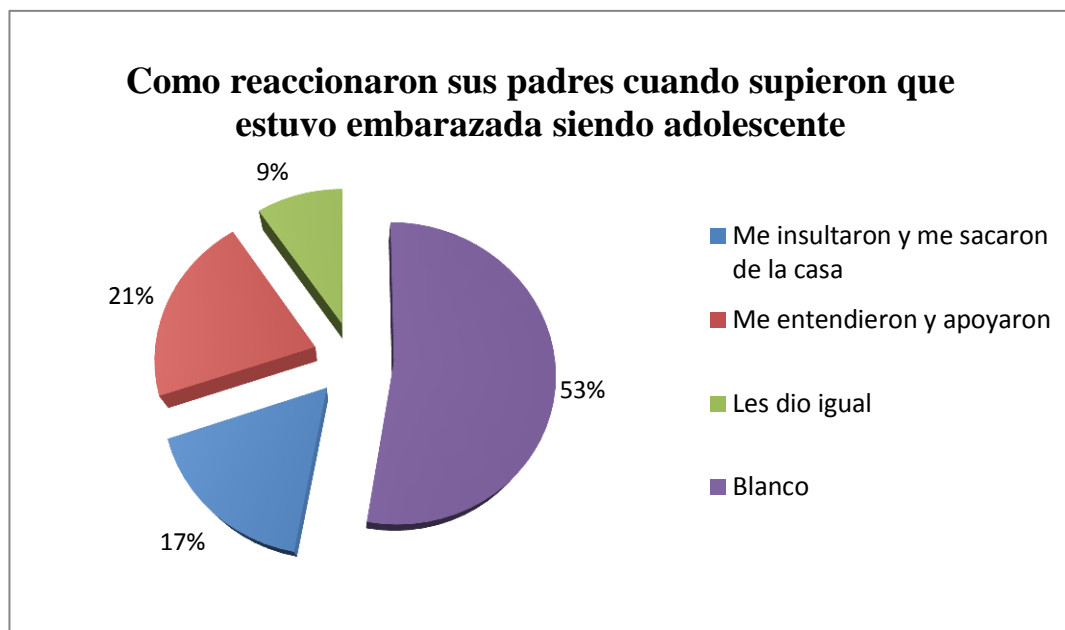


Gráfico #17 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Deduciéndose que la mayoría de respuestas dejadas en blanco se podría intuir que este porcentaje hace referencia a adolescentes que no viven con sus padres, la mayoría de ellas como habíamos resaltado en resultados anteriores viven con un familiar cercano o su pareja y en un mínimo vivían con sus padres, así pues tenemos que en los siguientes porcentajes tienen un resultado desfavorable pues la mayoría afirma el desinterés que tuvieron dichos padres al momento de saber que su hija iba a tener un bebé poniendo en constancia que aun estaría en controversia la forma como los padres actúan al recibir dicha noticia.

4.1.2 Anexo N° 2. Cuestionario de Salud SF-36

1. En general, diría que su salud es:

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Excelente	22	21%
Muy buena	33	31%
Buena	41	39%
Regular	10	9%
Mala	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #15 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En el Tabla apreciamos los siguientes resultados de 106 madres adolescentes entrevistadas cuantificablemente las respuestas de excelente en salud corresponde al 21%, respuestas con calificación de muy buena representa el 31%, en calificación buena es el 39%, en cuantificación regular es el 9% y finalmente de calificación mala en salud no existe un porcentaje.

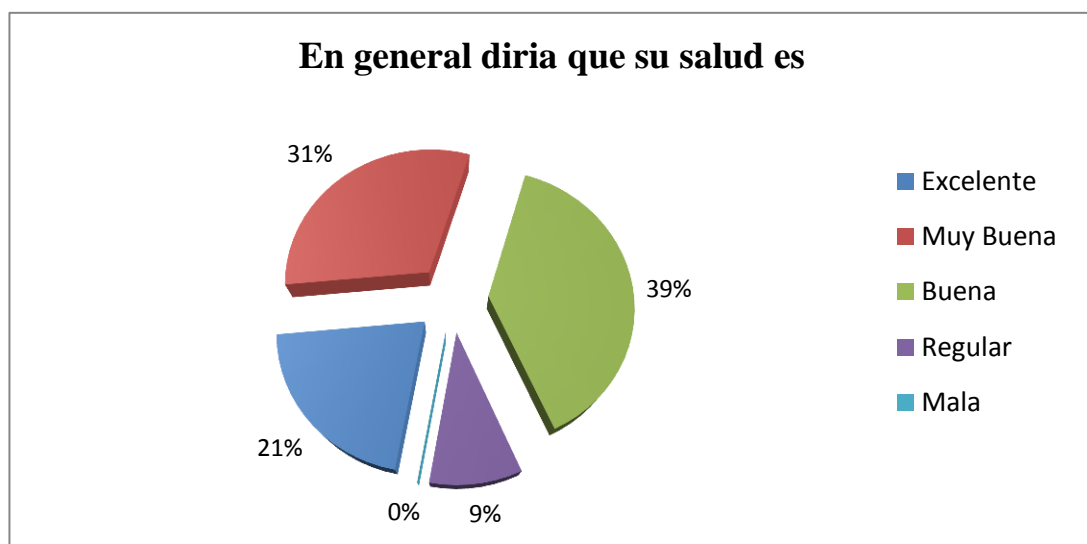


Gráfico #18 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiéndose que no existe el total bienestar en lo que respecta a como están afrontando su salud las adolescentes, hace que aumente las probabilidades de contraer enfermedades relacionadas con su embarazo temprano que estarán muchas de ellas relacionadas con su bienestar psicológico, por ende no cumplirían sus actividades de forma completa ya que se verían afectado su desenvolvimiento físico y mental.

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Mucho mejor ahora que hace un año	50	47%
Algo mejor ahora que hace un año	29	27%
Más o menos igual que hace un año	12	11%
Algo peor ahora que hace un año	8	8%
Mucho peor ahora que hace un año	7	7%
TOTAL	106	100%

Tabla #16 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 madres adolescentes entrevistadas el 47% dicen sentirse mucho mejor de salud al momento de la entrevista comparada con la de hace un año; el 27% algo mejor; el 11% igual que hace un año, el 8% algo peor en comparación a su salud hace un año y finalmente el 7% dicen sentirse peor.

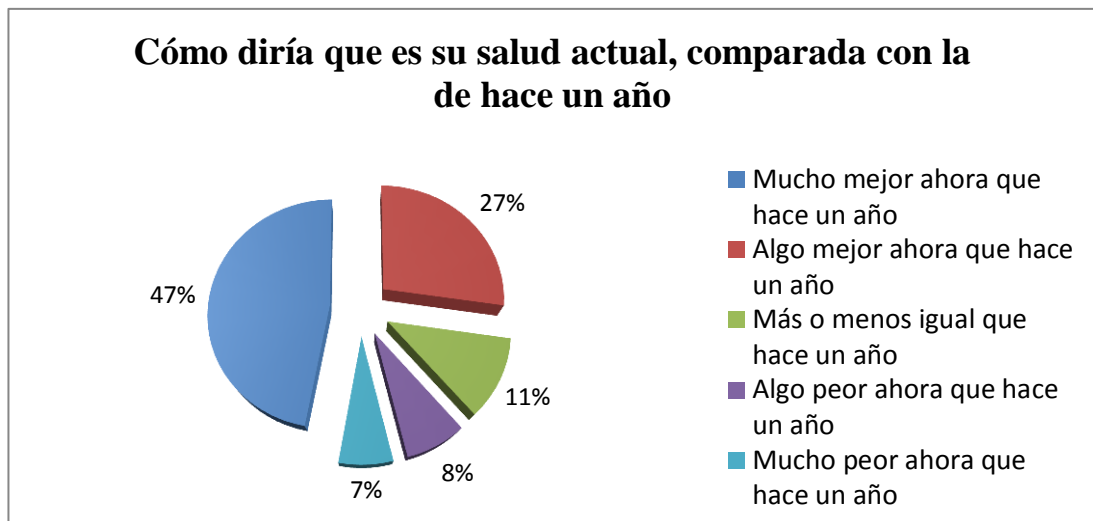


Gráfico #19 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Referimos entonces que en su mayoría las adolescentes se sienten con mejor de salud hoy mejor que el año pasado dándonos un referente a que al tener nuevas responsabilidades la visión de que va a ser madre mejoraría los modos de prepararse para afrontar los retos que estarán por recibir cuando nace el bebé.

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	63	60%
Sí, me limita un poco	31	29%
No, no me limita nada	12	11%
TOTAL	106	100%

Tabla #17 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De la población investigada el 60% responde a sentirse muy limitado en realizar esfuerzos intensos, el 29%, responde sentirse limita un poco y por último el 11% menciona no tener ninguna limitación en cumplir actividades con algún esfuerzo intenso.

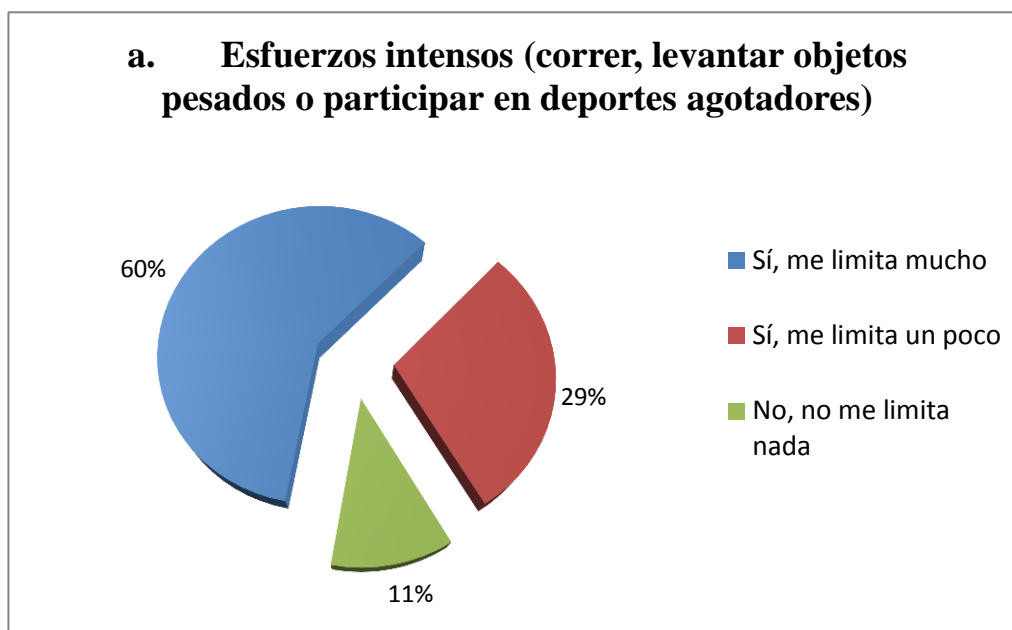


Gráfico #20 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

De esta manera se aprecia que la mayoría de madres adolescentes se siente limitada en realizar actividades cotidianas o cumplir con tareas que ellas lo hacían con facilidad, todo esto se reflejaría en que la acumulación de estrés que tengan debido a la inexperiencia de tener responsabilidades con un hijo y consigo misma, se multiplicaría haciéndola vulnerable a cualquier tipo de enfermedad como episodios depresivos.

b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora).

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	36	34%
Sí, me limita un poco	50	47%
No, no me limita nada	20	19%
TOTAL	106	100%

Tabla #18 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En esta variable podemos observar que el 34% contesto sentirse muy limitada de realizar esfuerzos moderados, el 47% dice sentirse limitada un poco y el 19% responde no sentirse limitada.

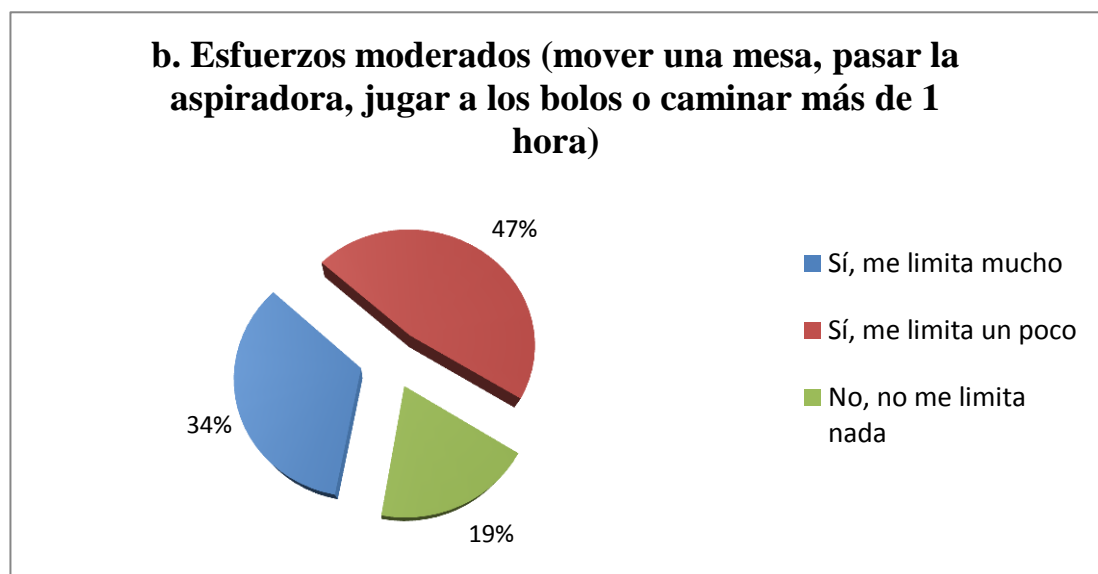


Gráfico #21 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiéndose así que el ser madre adolescente requiere una serie de nuevos hábitos para poder cumplir con su rol con respecto a los cuidados del recién nacido y que esto conlleva una serie de esfuerzos adicionales que el solo sus estudios, haciéndola propensa a complicaciones de ansiedad y estrés debido a la presión y todos los requerimientos que implica este nuevo cambio de vida de ser madre.

c. Coger o llevar la bolsa de la compra

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	34	32%
Sí, me limita un poco	32	30%
No, no me limita nada	40	38%
TOTAL	106	100%

Tabla #19 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De acuerdo a los datos de las entrevistadas 32% dicen sentirse limitado en coger o llevar la bolsa de la compra, el 30% se sienten limitadas un poco y el 38% no tiene limitaciones en realizar dicha actividad.

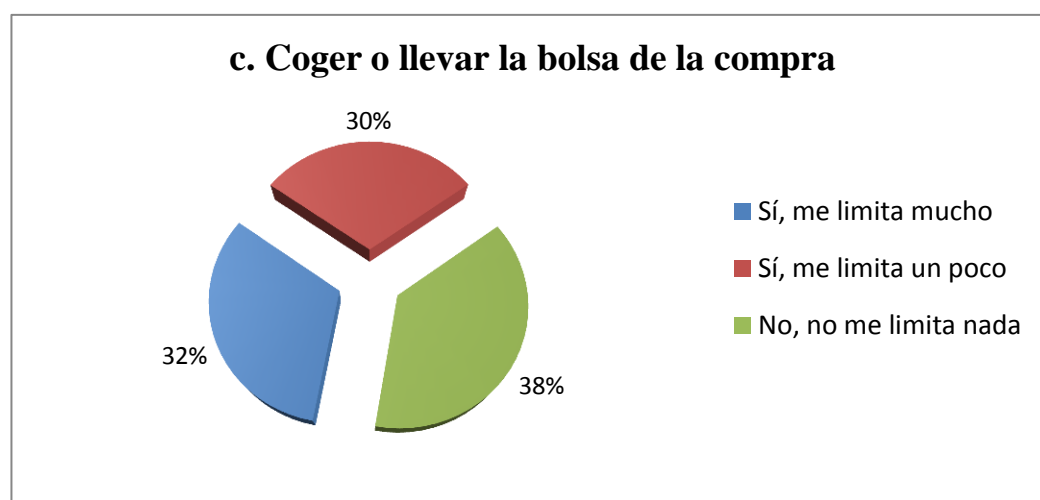


Gráfico #22 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Definiéndose que en actividades cotidianas como coger o llevar la bolsa de las compras en su mayoría dicen no sentirse imposibilitadas de hacerlo puesto que son tareas que se realizan con mucha frecuencia en los hogares, cabe recalcar que estas actividades también producen cansancio, esto a su vez podría conllevarle a un agotamiento físico y mental con mucha mayor facilidad, como también dolores musculares continuos para lo que se requiere cuidados para consigo misma.

d. Subir varios pisos por la escalera

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	32	30%
Sí, me limita un poco	43	41%
No, no me limita nada	31	29%
TOTAL	106	100%

Tabla #20 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De acuerdo a las entrevistas el 30% sentirse muy limitado de subir varios pisos por la escalera, el 41% limitadas un poco y el 29% responde no sentirse limitado.

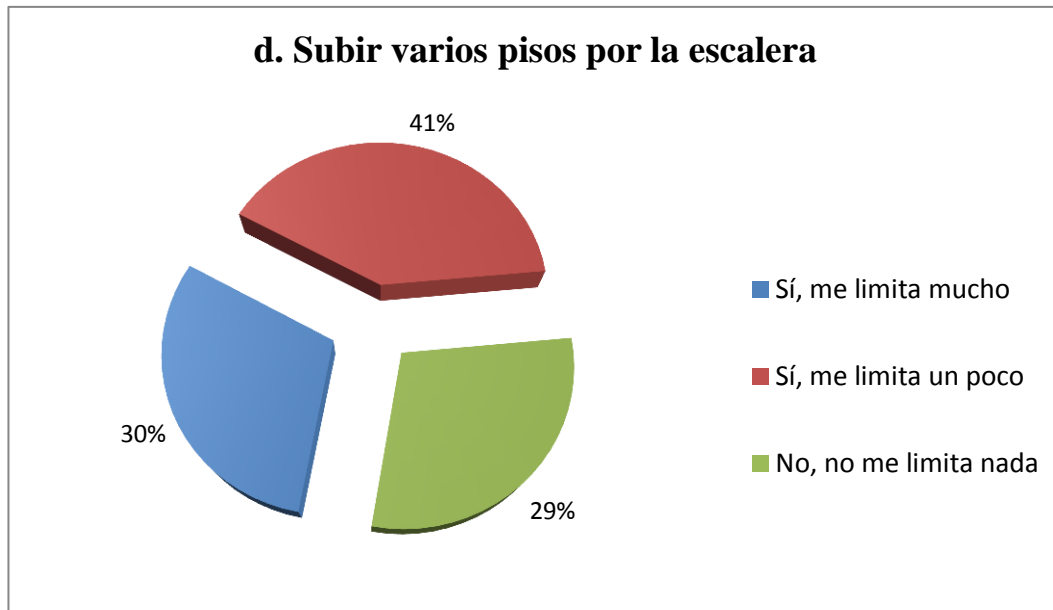


Gráfico #23 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Se define de manera que la madre adolescente aun es autónoma en muchas de las necesidades cotidianas que realiza, para lo cual diríamos que en este apartado no demuestre problemas en realizarlos, así pues no se presentaría dificultades con la tarea de subir varios escalones al día.

e. Subir un solo piso por la escalera

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	40	38%
Sí, me limita un poco	22	21%
No, no me limita nada	44	41%
TOTAL	106	100%

Tabla #21 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados nos muestra 38% de las madres adolescentes entrevistadas responden sentirse limitadas mucho el subir un solo piso por la escalera, el 21% limitadas un poco y el 41% dicen no sentirse limitadas nada.

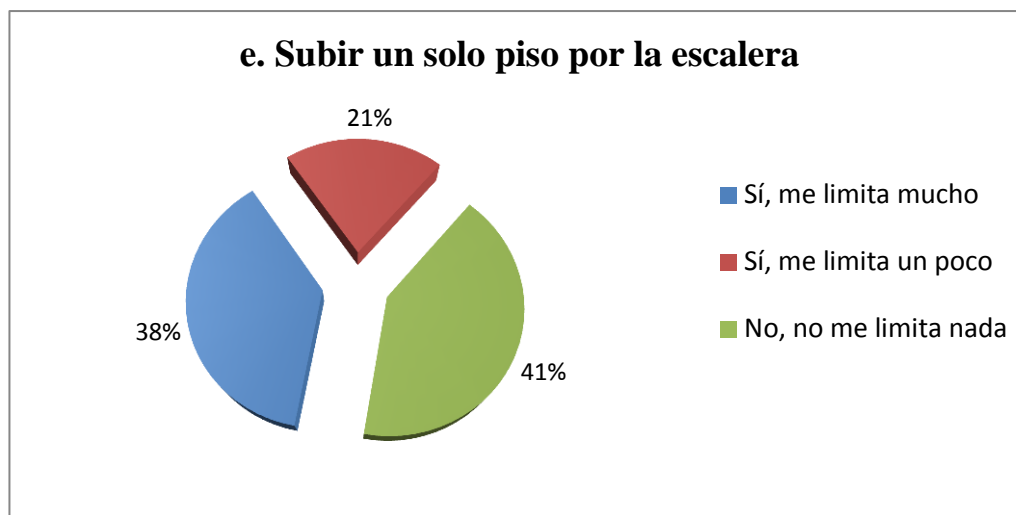


Gráfico #24 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiéndose así que, la mayoría de madres adolescentes no presenta dificultad en subir un piso por la escalera, beneficiándolas en cumplir con sus tareas y permitiendo que no caiga en un estado de ansiedad o estrés debido a sentirse útiles para con ellas mismo, y así seguir cumpliendo con su rol de madre.

f. Agacharse o arrodillarse

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	47	44%
Sí, me limita un poco	24	23%
No, no me limita nada	35	33%
TOTAL	106	100%

Tabla #22 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Lo que respecta a las actividades de agacharse o arrodillarse el 44% responden sentirse muy limitadas, el 23% limitadas un poco y finalmente el 33% no se sienten limitadas nada.

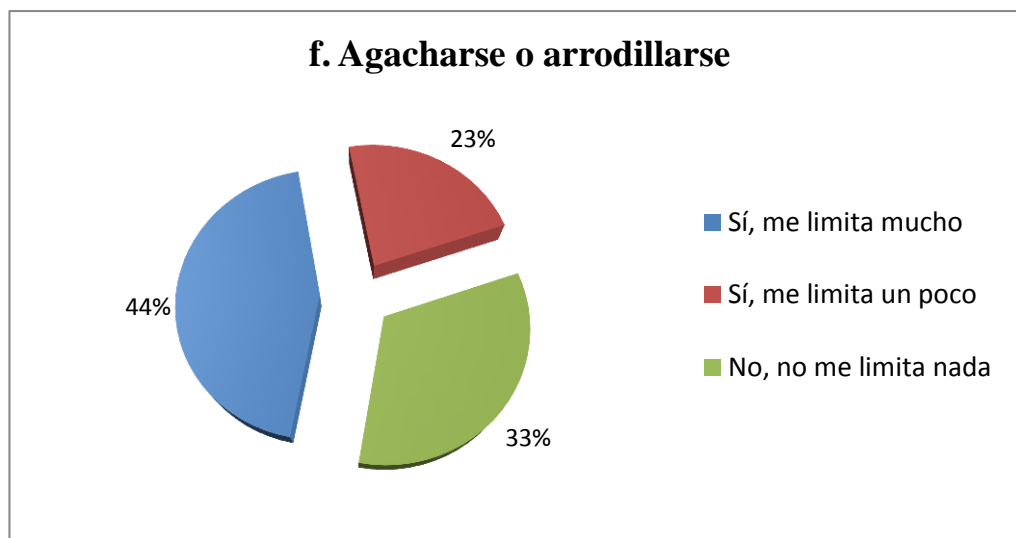


Gráfico #25 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En la muestra analizada los resultados denotan que esta actividad si les presenta dificultades, esto se debería a que luego del parto, algunas funciones motoras se debilitan por lo que imposibilitaría por un tiempo poder realizar tareas como agacharse o arrodillarse adecuadamente, debido a su proceso de recuperación.

g. Caminar 1 km o más

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	55	52%
Sí, me limita un poco	36	34%
No, no me limita nada	15	14%
TOTAL	106	100%

Tabla #23 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En lo que respecta a porcentaje sobre la variable de caminar 1 km o más el 52 %, se sienten limitadas mucho, el 34 % se limitan un poco y el 14 % no se limitan nada.

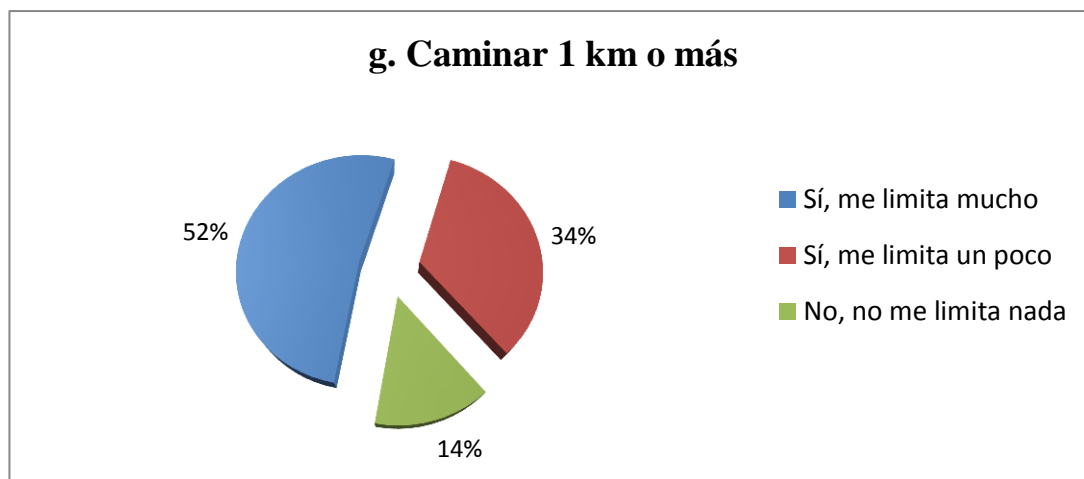


Gráfico #26 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Tomando en cuenta este análisis tenemos que el proceso de embarazo y parto conlleva el desgaste de energía, además la recuperación total conlleva algunas semanas se infiere que una de las actividades que tiene imposibilitado realizar es el caminar largas distancias debido a que su condición física aún está en recuperación.

h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	41	39%
Sí, me limita un poco	32	30%
No, no me limita nada	33	31%
TOTAL	106	100%

Tabla #24 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Respecto a esta variable el 39% dicen sentirse muy limitadas en caminar varias manzanas, el 30% están limitadas un poco y el 31% no están limitadas en nada.

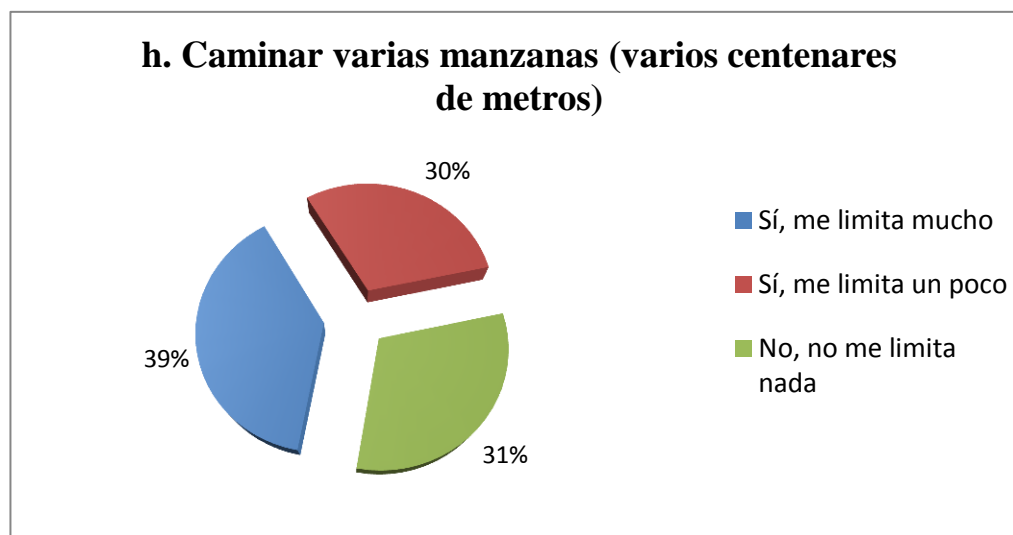


Gráfico #27 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

De esta manera podemos decir que la mayoría de madres adolescentes presenta dificultades al caminar largas distancias después de un proceso de embarazo y parto por lo cual propendería a sentirse con mayor frecuencia cansancio más de lo acostumbrado y que por ende mejorará con el pasar de las semanas que su cuerpo recobre la energía necesaria y se adapte al rol de madre.

i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	35	33%
Sí, me limita un poco	33	31%
No, no me limita nada	38	36%
TOTAL	106	100%

Tabla #25 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Se aprecia que el 33% de las entrevistadas se limitan mucho al caminar una manzana, el 31% se sienten limitadas un poco y el 36% no tienen limitaciones.

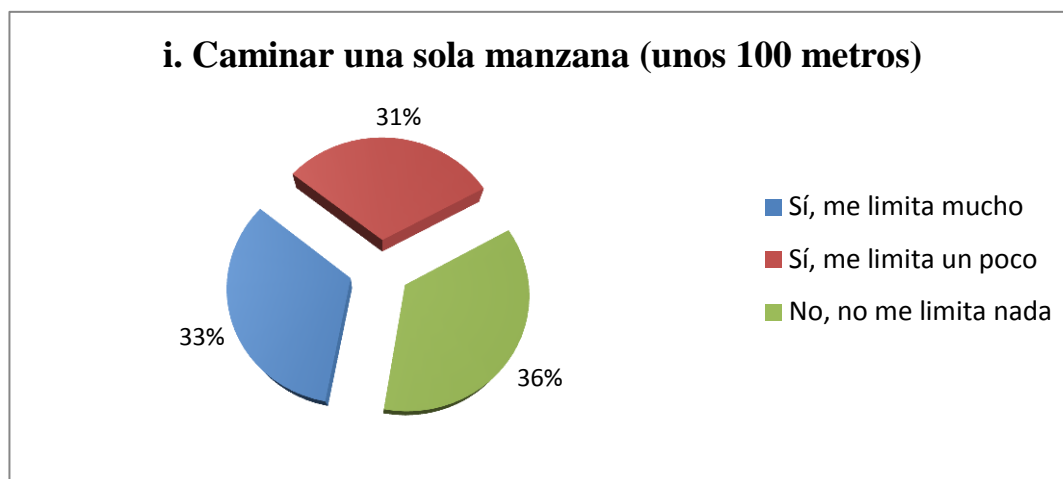


Gráfico #28 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Por consiguiente que la distancia es corta en la cual la madre adolescente realizaría sus actividades cotidianas, vemos en la representación que la situación de caminar una cuadra no representa dificultad alguna, siendo una tarea que no representaría un control en base a esta investigación.

j. Bañarse o vestirse por sí mismo

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Sí, me limita mucho	17	16%
Sí, me limita un poco	53	50%
No, no me limita nada	36	34%
TOTAL	106	100%

Tabla #26 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Se aprecia que el 16% sienten limitarse al bañarse o vestirse por sí mismo, el 50% se limitan un poco y el 34% no se limitan en lo absoluto.

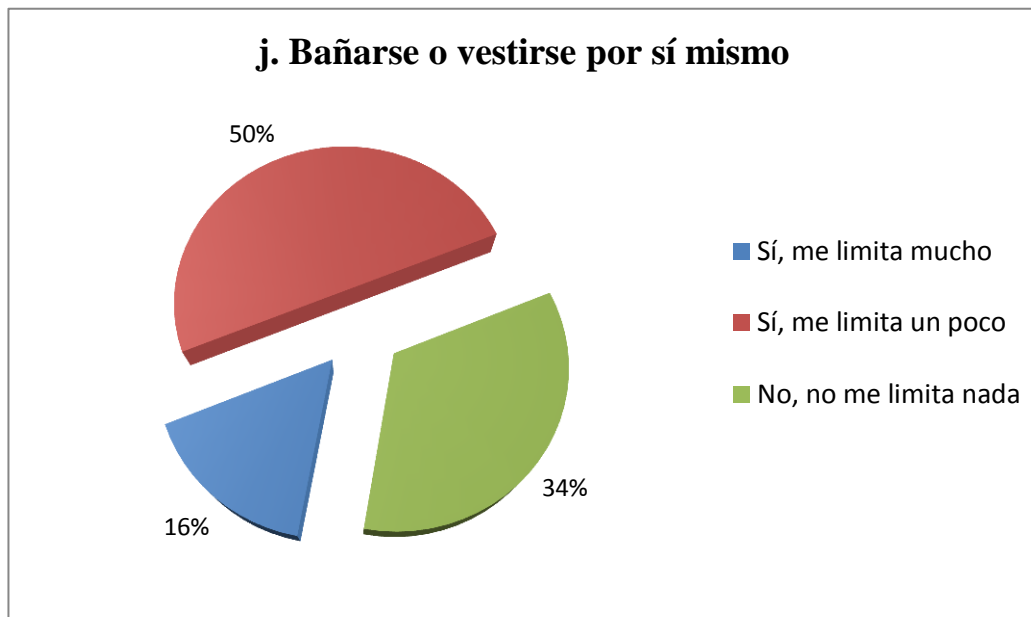


Gráfico #29 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En este acápite se conoce que la mayoría de quienes fueron entrevistadas cumplen con diversas tareas y no representaría afán alguno de conllevarse a ser de importancia urgente, más bien de ser considerada secundaria en cuanto a lo que refiere a su salud física.

4. ¿Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
SI	96	91%
NO	10	9%
TOTAL	106	100%

Tabla #27 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De la población investigada el 91% corresponde a las entrevistadas que dicen haber reducido el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas y el 9% responden que no.

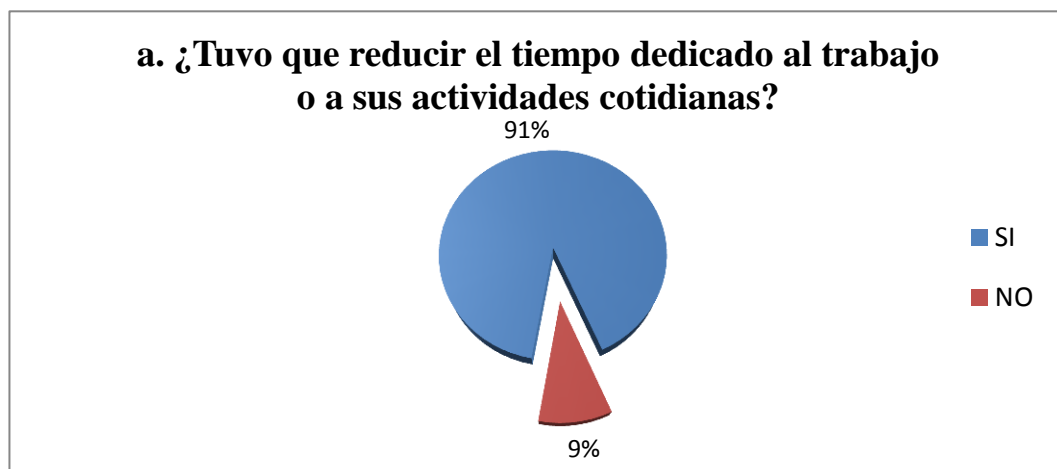


Gráfico #30 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Se demuestra entonces que las madres adolescentes han tenido que reducir el tiempo dedicado al trabajo, estudio o actividades cotidianas que estaban enfocadas para sí mismo, debido a sus nuevas responsabilidades con el nuevo miembro familiar, su hijo/a requiere de mucha atención por parte de su madre, esto denota muy bien en la dificultad que presentaría de cumplir dichas actividades de forma

adecuada y que sería un indicio de malestar psicológico para lo cual se enfocaría claramente en la búsqueda de estrategias para repartir de mejor manera el tiempo a sus tareas.

b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
SI	88	83%
NO	18	17%
TOTAL	106	100%

Tabla #28 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 83% responden a que han hecho menos actividades que hubiesen querido hacer y el 17% dicen que no.

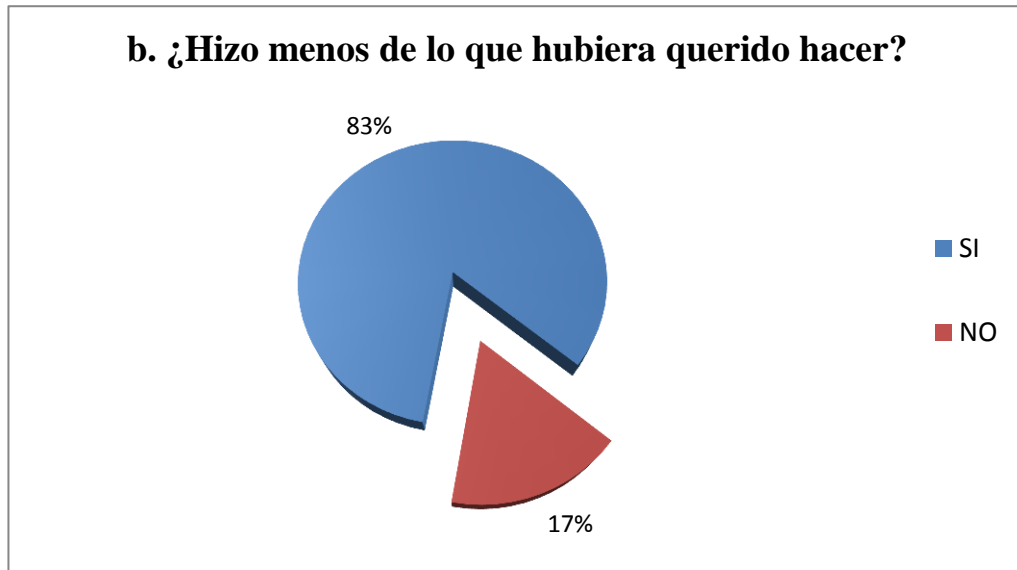


Gráfico #31 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Definiéndose entonces que las nuevas responsabilidades con el bebé han sido una de las principales situaciones para el incumplimiento con ciertas metas que se

hubiesen planteado al ser estudiantes y que hoy reafirmarán de esta manera nuevos compromisos para consigo misma y con el bebé siendo este el peldaño más importante en la toma de decisiones de una madre adolescente.

c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
SI	73	69%
NO	33	31%
TOTAL	106	100%

Tabla #29 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En este apartado el 69% de las entrevistadas responde a tener que haber dejado tareas o actividades cotidianas y el 31% responde que no.

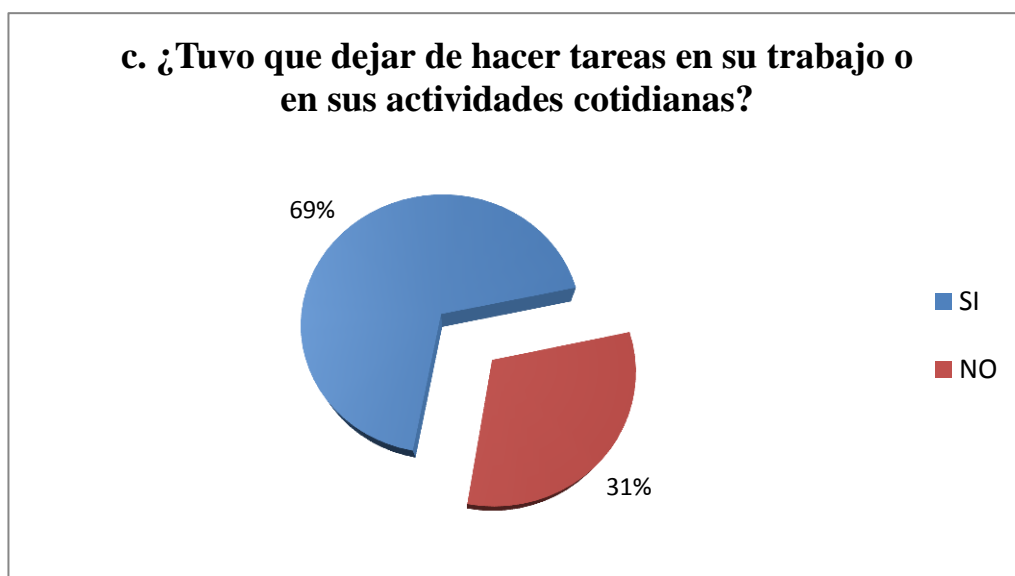


Gráfico #32 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrándose claramente que el ser madre a temprana edad deja tareas y metas incompletas, interrumpiendo actividades en su trabajo, estudio o en actividades cotidianas porque el ser madre se llena de responsabilidades para con ella mismo y el recién nacido enfocado en el bienestar físico y mental de los dos.

d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (pp. ej., le costó más de lo normal)?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
SI	59	56%
NO	47	44%
TOTAL	106	100%

Tabla #30 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

El 56% de las entrevistadas responde haber tenido dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas y el 44% respondió que no.

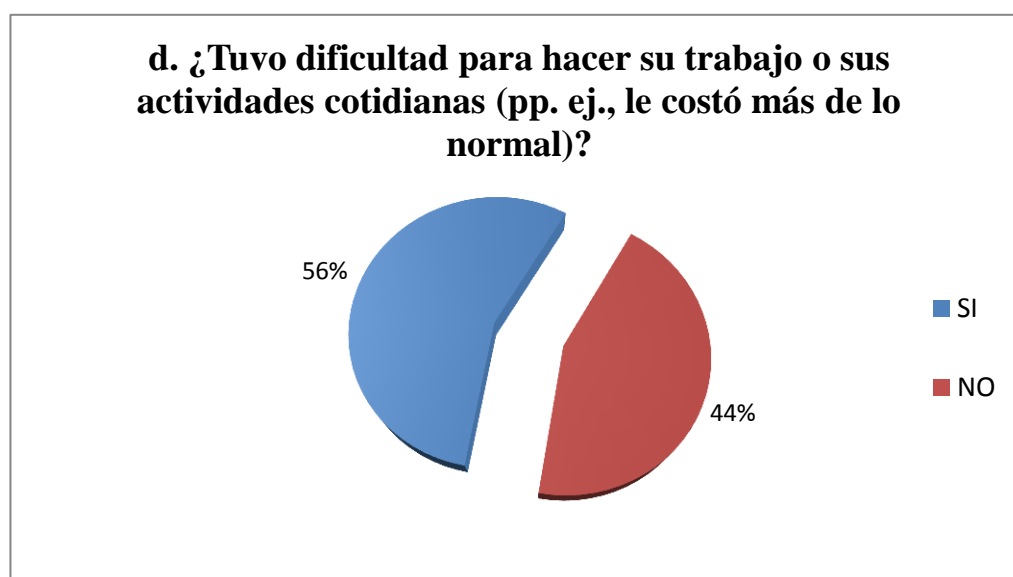


Gráfico #33 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En este análisis de estas variables tenemos entonces que las madres adolescentes cuando tienen un hijo obtienen nuevas responsabilidades que imposibilitan o disminuyen el tiempo dedicado a sí mismo, mientras que el recién nacido tiene una importancia de cuidado que necesitan para tener un bienestar físico y psicológico, así se determina que este podría ser más complicado realizar tareas que requieran mayor esfuerzo, sin embargo el otro porcentaje considerable responde que de igual manera no presentaría dificultades de ningún tipo en cumplir con estas complicaciones

5. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
SI	63	59%
NO	43	41%
TOTAL	106	100%

Tabla #31 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 59% responde que ha tenido que reducir el tiempo dedicado a su trabajo por algún tipo de problema emocional y el 41% que no.

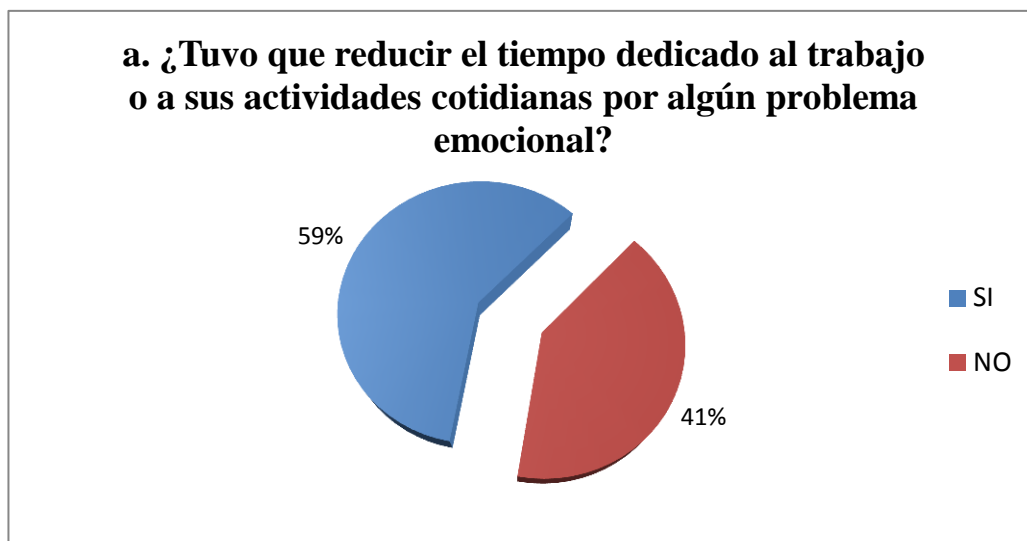


Gráfico #34 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrando que los conflictos emocionales en los jóvenes son los que más se hacen presentes debido a la falta de apoyo o seguridad en sus hogares imposibilitando realizar actividades de estudio, trabajo o incluso tareas cotidianas dentro del hogar, pues la exagerada preocupación que perece en el pensamiento del adolescente lo transgrede para crear en él, perplejidad y conflictos internos que desgastarán su bienestar psicológico.

b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
SI	58	55%
NO	48	45%
TOTAL	106	100%

Tabla #32 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De los resultados de las entrevistadas tenemos que el 55% de ellas respondieron que hicieron menos de lo que hubiesen querido hacer por algún problema emocional y el 45% contestó que no.

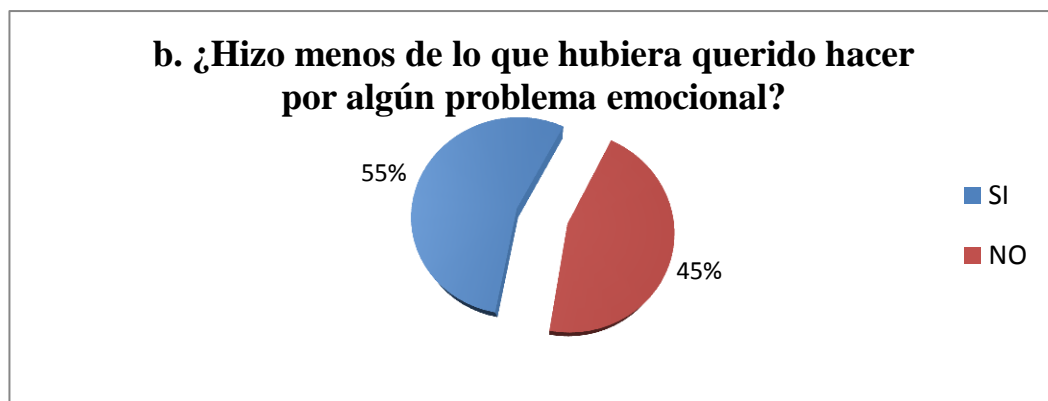


Gráfico #35 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Definimos ante este resultado lo siguiente: que un porcentaje significativo de las entrevistadas afirmó tener problemas en su hogar o con su pareja repercutiendo de manera significativa en el cumplimiento de sus tareas cotidianas o de sus estudios, así paralelamente el siguiente porcentaje va de la mano con el anterior y refiere no haber tenido complicaciones significativas al momento de tener alguna problema de orden emocional.

c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
SI	61	58%
NO	45	42%
TOTAL	106	100%

Tabla #33 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

El 58% de las entrevistadas respondió no haber hecho su trabajo o actividad cotidiana como de costumbre debido por algún problema emocional y el 42% contestó que no.

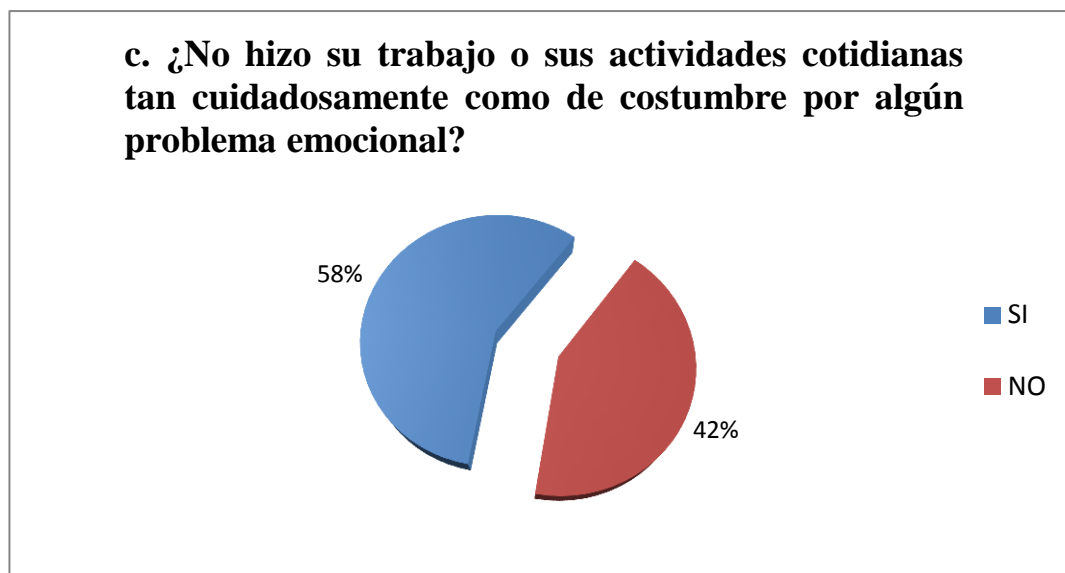


Gráfico #36 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Interpretamos entonces que la mayoría de entrevistadas si ha tenido dificultades para poder enfocar su concentración en las actividades cotidianas que cumplen, ya que esto influye directamente en realizar tareas para sentirse integradas y útiles en su hogar, evitando la impotencia de inconformidad e inutilidad que podría conllevar a un problema psicológico de baja autoestima y que no le permitiría realizarse así como madre.

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nada	22	21%
Un poco	30	28%
Regular	4	4%
Bastante	50	47%
Mucho	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #34 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 21% responde no haber tenido problemas físicos o emocionales que le imposibilitaron tener actividades sociales con la familia, amigos, etc. El 28% respondió que tuvieron un poco de dificultades, el 4% contestó que regular, y el 47% que sí tuvo bastantes complicaciones para cumplir con dichas actividades.

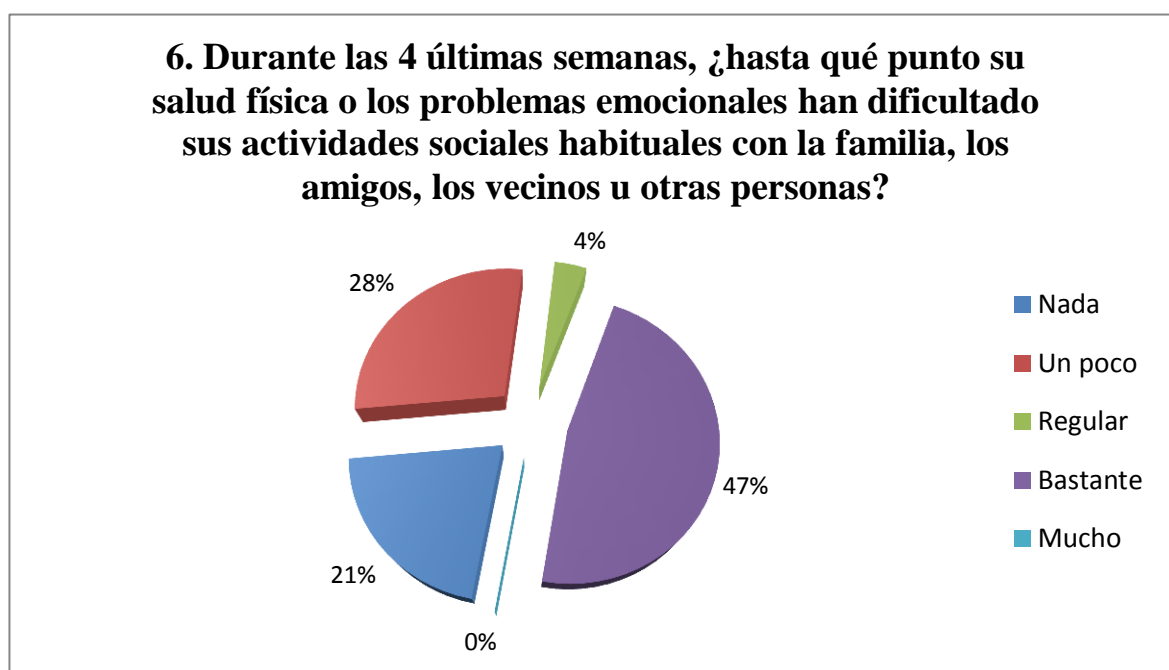


Gráfico #37 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrándose así, que las madres adolescentes, en el rol desempeñado a nivel social de esparcimiento con su familia y amigos, se afecta sintiéndose retenida para cumplir con dichas actividades ya que requiere tiempo para recuperarse de pues del parto ya que requiere reposo y cuidado, y en la madre centrarse en su recuperación gradualmente para la mejor de su salud física y mental.

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
No, ninguno	30	28%
Sí, muy poco	24	23%
Sí, un poco	14	13%
Sí, moderado	28	26%
Sí, mucho	10	10%
Sí, muchísimo	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #35 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistadas el 28% dicen no haber tenido ningún tipo de dolor en el cuerpo las últimas 4 semanas, el 23% muy poco, el 13% poco, el 26% dolor moderado y el 10% mucho.

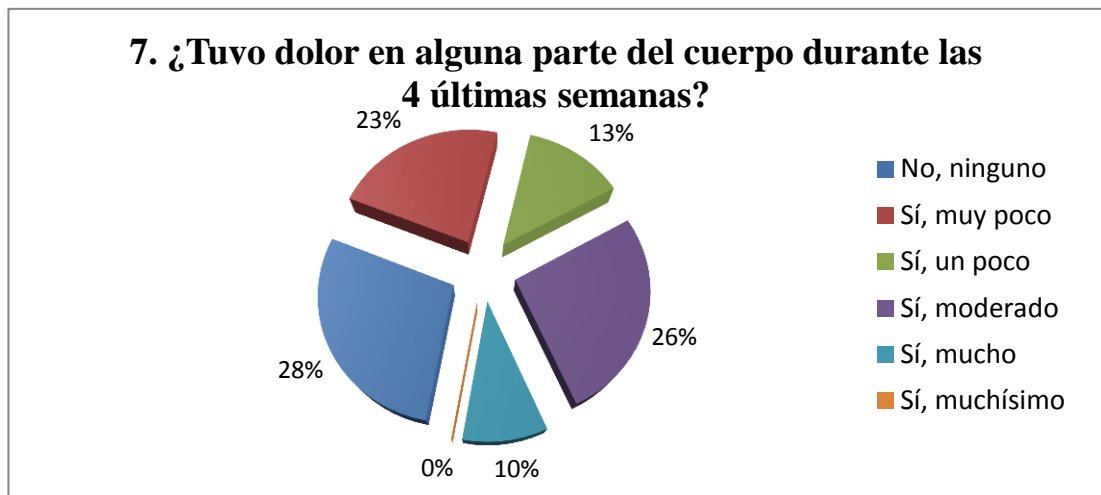


Gráfico #38 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiéndose así que todas los resultados por igual infieran en la madre cierto tipo de malestar, debido a que el parto y el embarazo son proceso que conllevan desgaste energético, proporcionando una serie de complicaciones como son dolores posteriores al nacimiento del bebé, y que de una u otra manera perjudica el bienestar de la madre al encontrarse con situaciones complicadas que harían que desahuciarse y permanecer en constante queja.

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nada	24	22%
Un poco	38	36%
Regular	22	21%
Bastante	22	21%
Mucho	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #36 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistadas el 22% dicen no haber tenido ninguna dificultad en su trabajo habitual, el 36% un poco, el 21% de forma regular y el último 21% dice haber tenido bastante dificultad en cumplir dichas tareas.

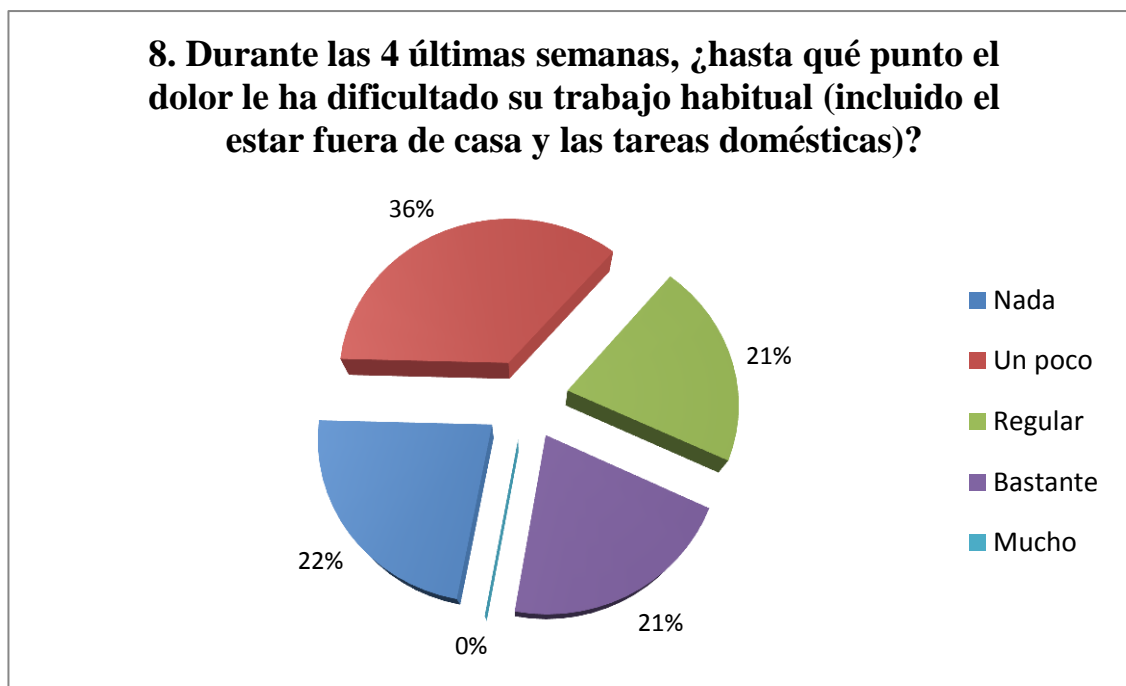


Gráfico #39 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrándose que luego de la labor de parto las madres van a tener ciertas restricciones físicas que imposibiliten la realización de sus actividades cotidianas por lo cual no existe tanta diferencia entre las variables por ser un proceso individual y sugestivo enfocado a como ellas visionan su bienestar en ese momento, sin embargo hay entender que dichas actividades realmente se requieren de esfuerzo el cual tienen restringido por el médico, para evitar complicaciones futuras.

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo

que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo?...

a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	56	53%
Casi siempre	22	21%
Muchas Veces	12	11%
Algunas Veces	16	15%
Solo alguna vez	-	%
Nunca	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #37 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De acuerdo a las entrevistas el 53% dice haberse sentido lleno de vitalidad las últimas 4 semanas, el 21% casi siempre, el 11% muchas veces y el 15% algunas veces.

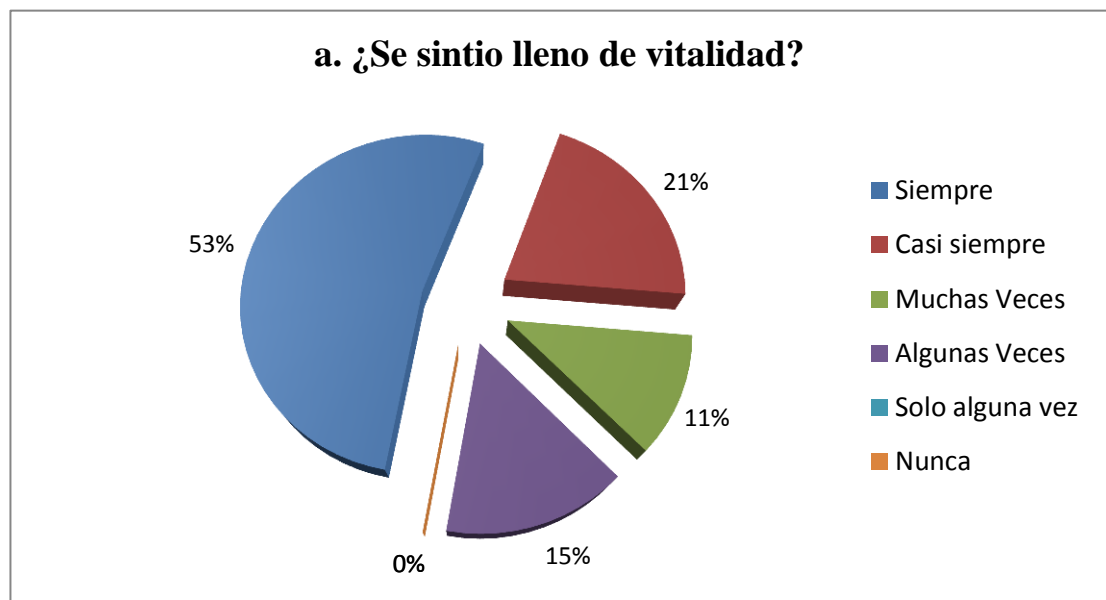


Gráfico #40 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Señalando de esta manera que la mayoría de madres adolescentes respondió positivamente también hay que recalcar que dentro del desarrollo psicológico de los individuos está el saber identificar como se sienten psíquicamente, es por ello que la vitalidad tiene gran importancia debido a que influye directamente como un proceso subjetivo que construye el bienestar personal y que el individuo introyecta de forma que le permite realizar sus actividades de mejor manera y que en si ayuda a la edificación del núcleo familiar.

b. ¿Estuvo muy nervioso?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	4	4%
Casi siempre	26	24%
Muchas Veces	19	18%
Algunas Veces	23	22%
Solo alguna vez	8	8%
Nunca	26	24%
TOTAL	106	100%

Tabla #38 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En este apartado el 4% dicen haber estado nerviosas siempre, el 24% casi siempre, el 18% muchas veces, el 22% algunas veces, el 8% solo alguna vez y el 26% responde no haberse sentido nerviosa nunca.

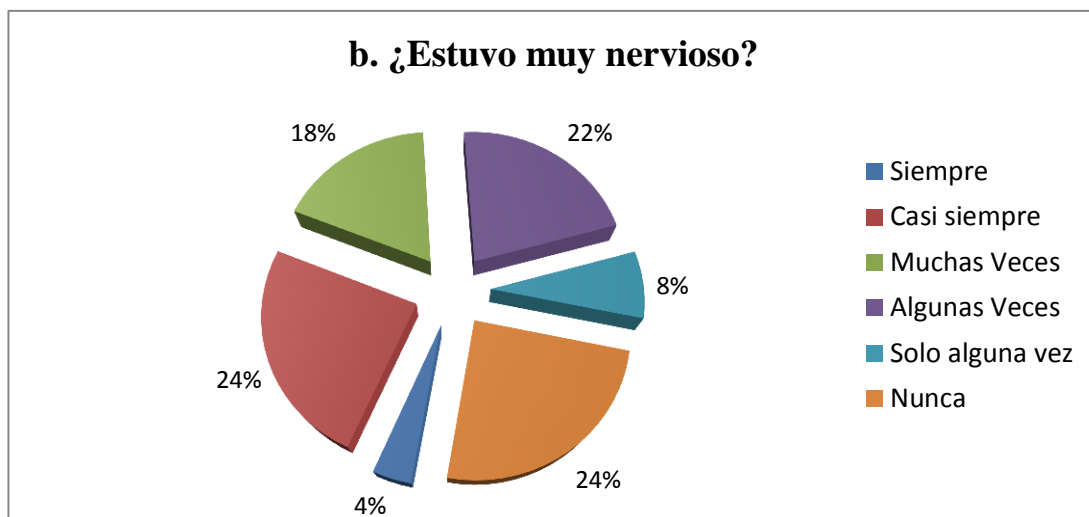


Gráfico #41 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiendo que en un pequeño porcentaje del total han presentado nerviosismo se debe resaltar que el miedo a lo desconocido hace que las personas sientan incertidumbre y que esto es un proceso normal en cada individuo, en tanto a las entrevistadas tenemos que su variación está expuesta netamente en punto central que debido a su inseguridad provoca en ciertas circunstancias problemas, sin embargo sin repercutir necesariamente en su bienestar.

c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	16	15%
Casi siempre	26	24%
Muchas Veces	21	20%
Algunas Veces	13	12%
Solo alguna vez	24	23%
Nunca	6	6%
TOTAL	106	100%

Tabla #39 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En los datos obtenidos de las entrevistadas tenemos que el 15% responde a que siempre se sintieron tan bajo de moral que nada podía animarles, el 24% casi siempre, el 20% muchas veces, el 12% algunas veces, el 23% solo alguna vez y el 6% dicen no haberse sentido de esa manera nunca.

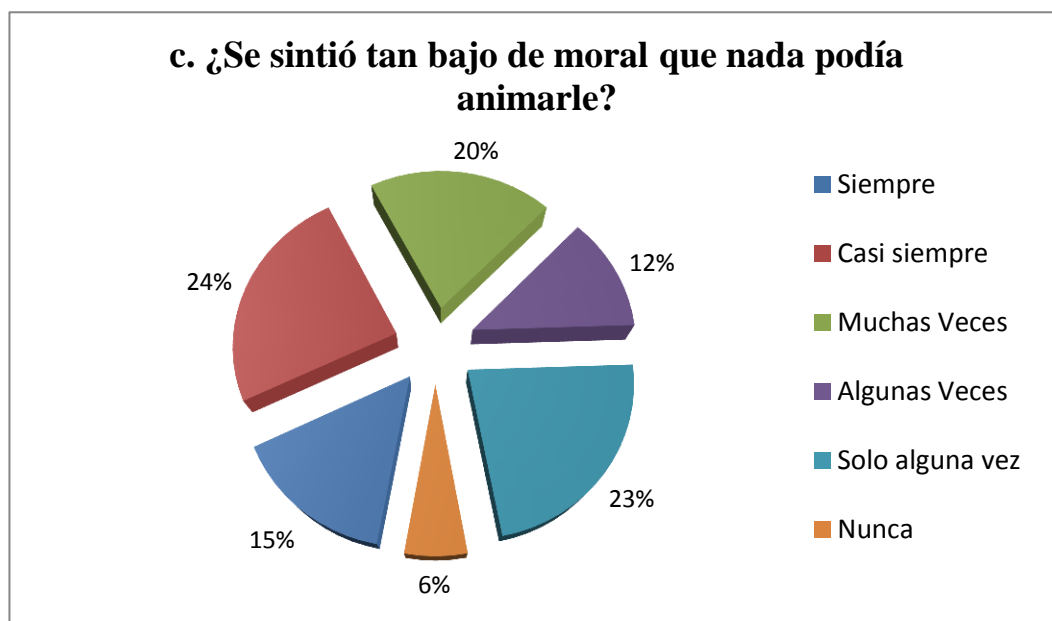


Gráfico #42 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

De este análisis se demuestra que las variables contienen resultados casi idénticos no es significativa el porcentaje mayor ya que en su mayoría no han experimentado situaciones de las cuales no han podido superar y que por supuesto permiten enfocar el nivel de resolución de problemas que mantiene las adolescentes con su nuevo rol de madres, así pues su bienestar no se ha visto afectado de forma significativa siendo este un indicio de conservación de su salud mental.

d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	30	28%
Casi siempre	22	21%
Muchas Veces	23	22%
Algunas Veces	20	19%
Solo alguna vez	3	3%
Nunca	8	7%
TOTAL	106	100%

Tabla #40 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas tenemos que el 28% respondió siempre haberse sentido calmada y tranquila, el 21% casi siempre, el 22% muchas veces, el 19% algunas veces, el 3% solo alguna vez y el 7% no haberse sentido así nunca.

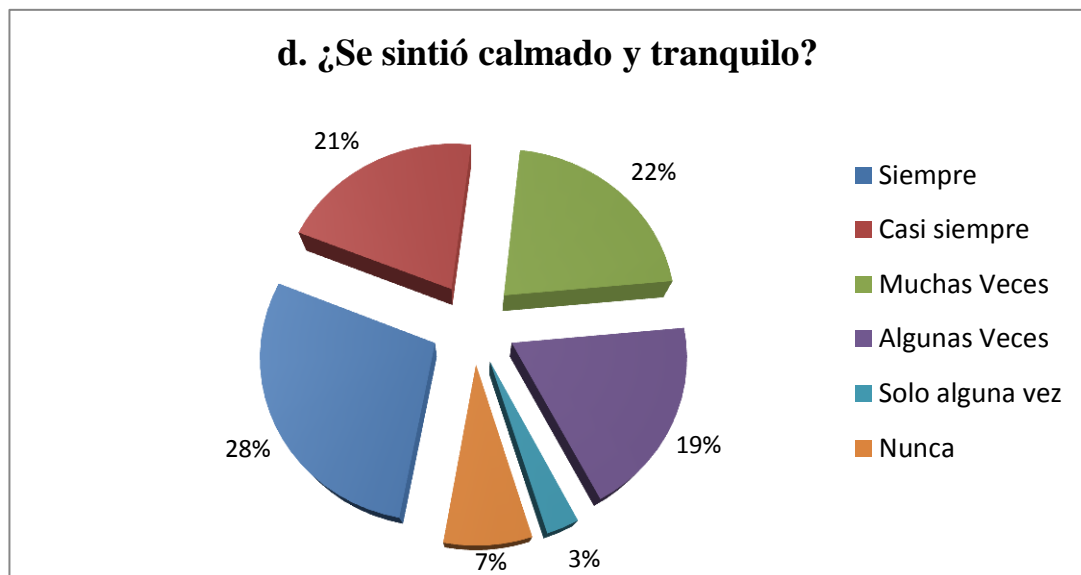


Gráfico #43 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiéndose que a pesar de conocer que el ser madre adolescente conlleva ciertas complicaciones podemos observar que en las entrevistadas, la dicen sentirse casi siempre calmadas y tranquilas pudiendo demostrar que de alguna manera encuentran seguridad y felicidad por ese nuevo ser al nacer, y que de alguna forma se mantiene un equilibrio mental y físico.

e. ¿Tuvo mucha energía?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	36	34%
Casi siempre	10	9%
Muchas Veces	29	27%
Algunas Veces	21	20%
Solo alguna vez	6	6%
Nunca	4	4%
TOTAL	106	100%

Tabla #41 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistas tenemos que el 34% sintió que siempre tuvo energía, el 9% casi siempre, el 27% muchas veces, el 20% algunas veces, el 6% sólo alguna vez y el 4% dicen nunca haber tenido mucha energía.

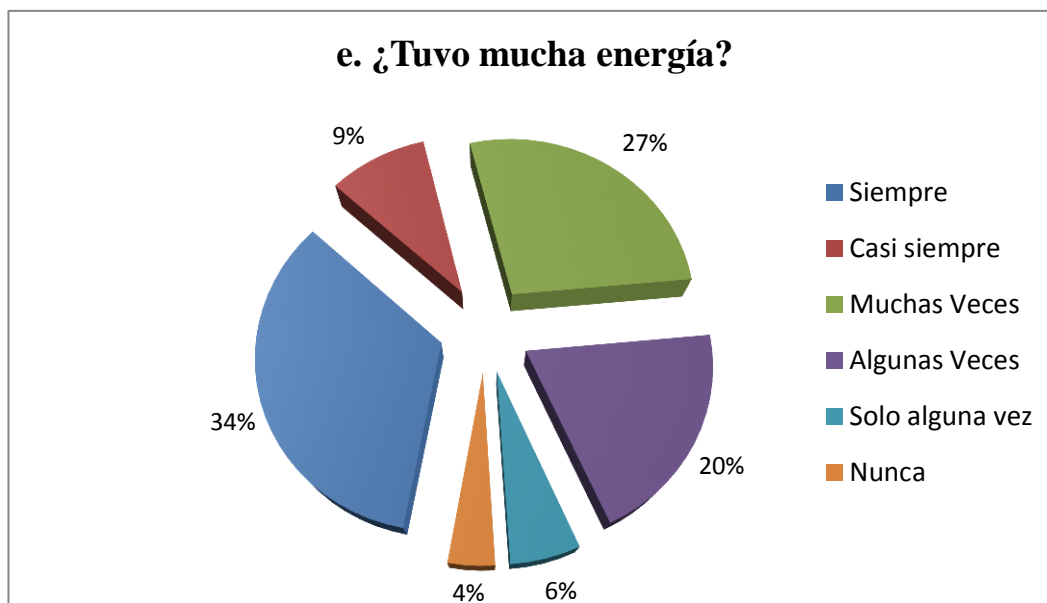


Gráfico #44 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En esta variable se define que en su mayoría no ha disminuido de forma significativa su energía por las actividades cotidianas que realiza, por lo que este proceso sigue siendo una forma de mantenerse activa sin facilitar la angustia y que le permita brindar todos los cuidados requeridos al infante.

f. ¿Se sintió desanimado y triste?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	14	13%
Casi siempre	9	8%
Muchas Veces	24	23%
Algunas Veces	15	14%
Solo alguna vez	20	19%
Nunca	24	23%
TOTAL	106	100%

Tabla #42 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

El 13% de las entrevistadas responde a que siempre se sintió desanimada y triste, el 8% casi siempre, el 23% muchas veces, el 14% algunas veces, el 19% sólo alguna vez y el 23% nunca se sintió desanimada o triste.



Gráfico #45 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En este gráfico podemos observar una ligera desviación en su mayoría representada por ellas haberse sentido en algún momento desanimadas y afligidas siendo una situación en la cual interfieren una serie de problemas por los que puede atravesar la adolescente y que pueden causar un estado intolerante de tristeza y llanto provocando un desequilibrio en su bienestar.

g. ¿Se sintió agotado?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	8	8%
Casi siempre	9	8%
Muchas Veces	32	30%
Algunas Veces	19	18%

Solo alguna vez	32	30%
Nunca	6	6%
TOTAL	106	100%

Tabla #43 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 8% dicen siempre haberse sentido agotadas, otro 8% casi siempre, el 30% muchas veces, el 18% algunas veces, otro 30% solo alguna vez y el 6% restante que nunca se sintió agotada.

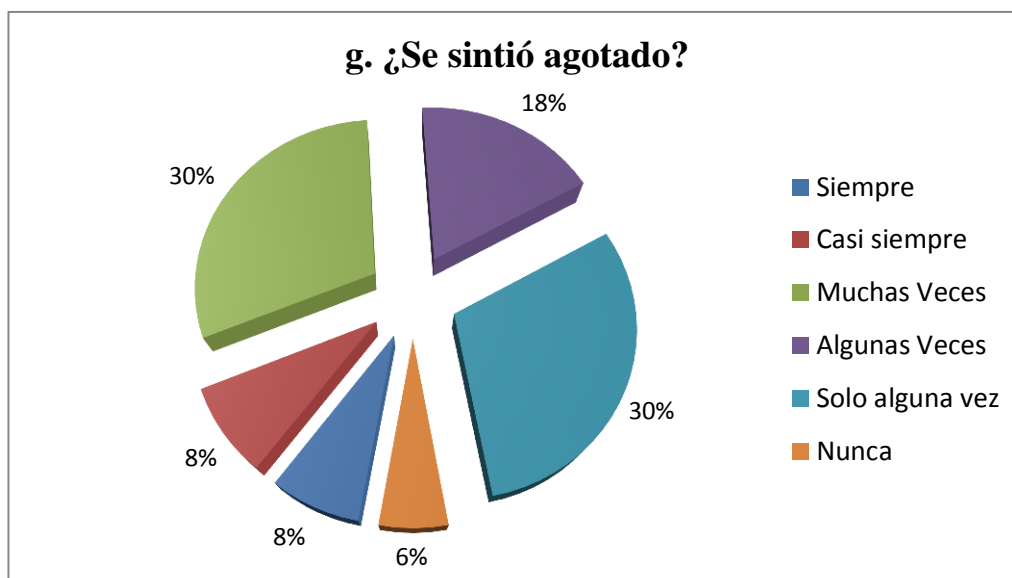


Gráfico #46 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Definiendo que los niveles de agotamiento de las madres adolescentes se encuentran en un punto medio este es un determinante para medir el nivel de actividad física y psíquica que utilizan al realizar sus actividades cotidianas pudiendo ser dificultades pasajeras pero que han logrado sobrellevarlas en su mayoría, previniéndose de caer en la rutina y evitando el sufrimiento.

h. ¿Se sintió feliz?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	36	34%
Casi siempre	8	8%
Muchas Veces	27	25%
Algunas Veces	19	18%
Solo alguna vez	14	13%
Nunca	2	2%
TOTAL	106	100%

Tabla #44 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistas tenemos los siguientes datos el 34% respondió haberse sentido feliz siempre, el 8% casi siempre, el 25% muchas veces, el 18% algunas veces, el 13% sólo alguna vez y el 2% nunca haberse sentido feliz.

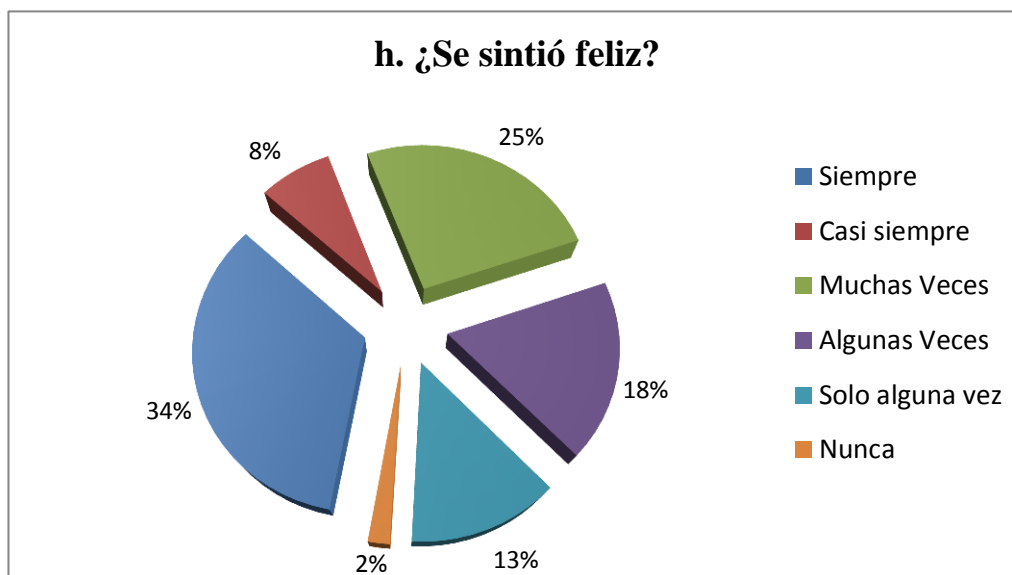


Gráfico #47 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Mostrándose una mayoría de madres adolescentes aproximada que respondieron que son felices este objetivo indudable que busca cada ser humano ponemos a vuestra consideración lo siguiente: uno de los más gratificante regalos que da la mujer a una relación de pareja es un hijo y por ello se considera como un punto positivo el de sentirse felices con la llegada de una nuevo ser.

i. ¿Se sintió cansado?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	8	7%
Casi siempre	14	13%
Muchas Veces	23	22%
Algunas Veces	19	18%
Solo alguna vez	34	32%
Nunca	8	8%
TOTAL	106	100%

Tabla #45 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De la siguiente variable tenemos que el 7% de las entrevistadas siempre se sintió cansada, el 13% casi siempre, el 22% muchas veces, el 18% algunas veces, el 32% sólo alguna vez y el 8% nunca se sintió cansada.

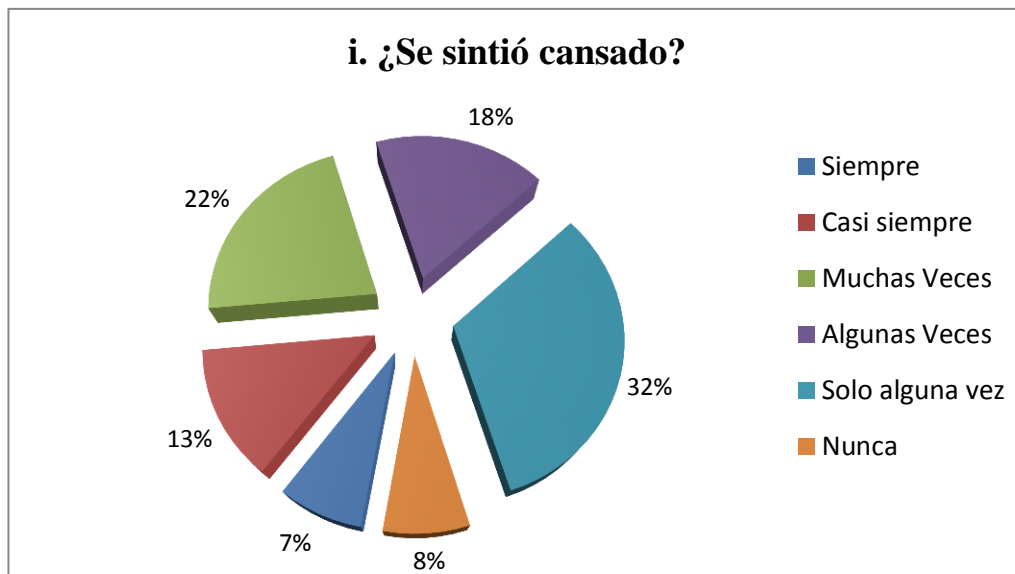


Gráfico #48 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Mostrándose así que el mayor porcentaje es haberse sentido cansadas en pocas situaciones, pero se debe tener en cuenta que diferentes actividades cotidianas pueden ser predisponentes a dicho cansancio y que sería solo una eventualidad o consecuencia y que a podría ser tomado en cuenta este rasgo permanente de incapacidad o solo como evento adverso fuera de un problema físico.

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Siempre	-	%
Casi siempre	24	23%
Algunas Veces	30	28%
Solo alguna vez	50	47%
Nunca	2	2%
TOTAL	106	100%

Tabla #46 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100% de las entrevistadas el 23% contestó siempre haber sentido dificultades en sus actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales, el 28% respondió que algunas veces, el 47% que solo alguna vez y el 2% nunca haber presentado dichos problemas.

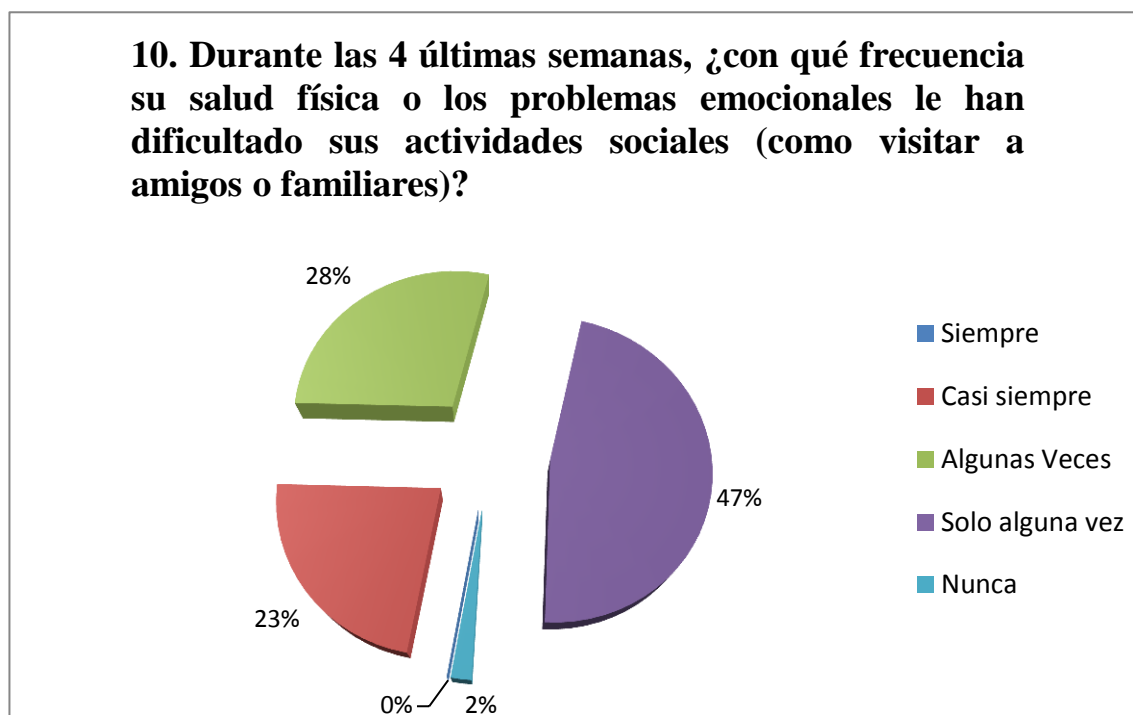


Gráfico #49 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Demostrando del análisis realizado que en pocas ocasiones las entrevistadas se han sentido imposibilitadas de realizar diferentes actividades sociales como reuniones con amigos u otras tareas, emparejando con variables anteriores que son situaciones circunstanciales por las que atraviesan las adolescentes pero que no son tan constantes ni continuas, así pues su bienestar no estaría afectado por esta situación.

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Totalmente cierta	22	21%
Bastante cierta	12	11%
No lo sé	18	17%
Bastante falsa	6	6%
Totalmente falsa	48	45%
TOTAL	106	100%

Tabla #47 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistas tenemos que el 21% dice ser totalmente cierta la cuestión de sentir enfermarse más fácilmente que otras personas, el 11% considera que es bastante cierta, el 17% no lo sabe con seguridad, el 6% que es bastante falsa y el 45% totalmente falsa.

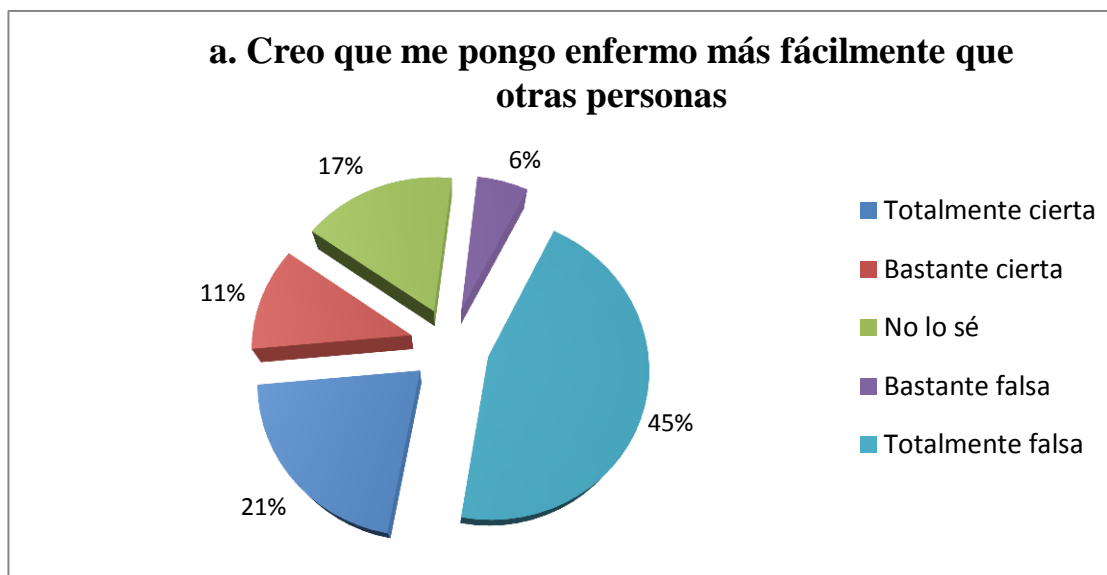


Gráfico #50 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

La sensación de ponerse enfermo más fácilmente que otras personas en su mayoría no considera predeterminante en esta evaluación lo que nos dice que su bienestar general no se encuentra afectado pero que considera ser responsable de cómo se siente y el bienestar que quiere transmitir así pues el nuevo rol de madre no interferiría en su desenvolvimiento diario.

b. Estoy tan sano como cualquiera

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Totalmente cierta	35	33%
Bastante cierta	8	7%
No lo sé	42	40%
Bastante falsa	17	16%
Totalmente falsa	4	4%
TOTAL	106	100%

Tabla #48 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas tenemos que el 33% asienta la afirmación de ser totalmente cierta sentirse tan sana como cualquiera, el 7% bastante cierta, el 40% no lo sabe con seguridad, el 16% bastante falsa y el 4% totalmente falsa.

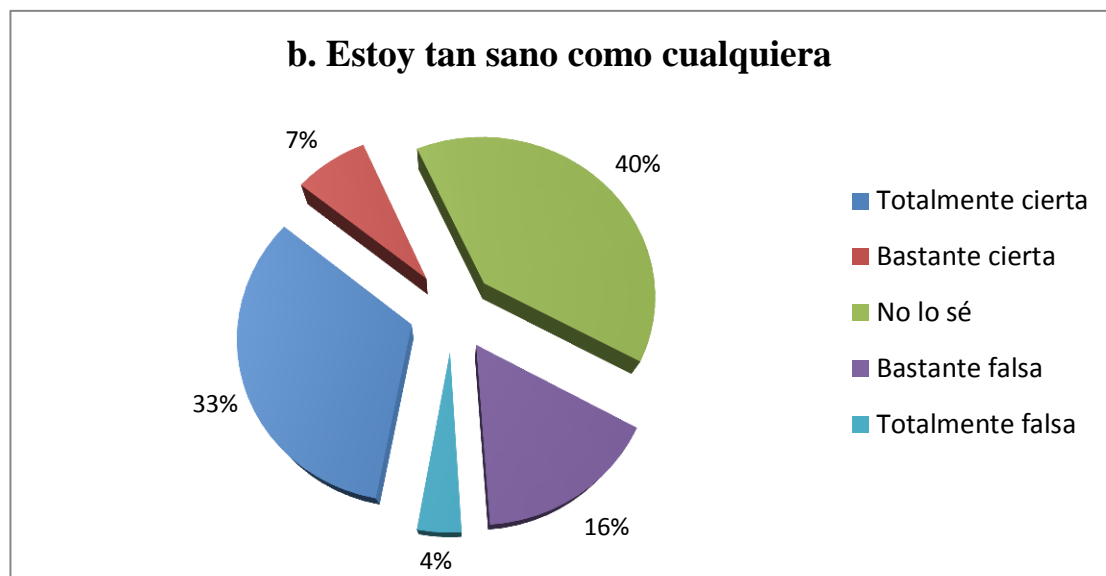


Gráfico #51 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

En estos resultados observamos que no siente tanta seguridad de estar tan sana como el resto de personas tal vez por su desconocimiento o por las dificultades que pueden estar atravesando en ese momento, recordando que cada una de las cosas que pasa son nuevas experiencias para ella y de lo que requerirá proyectar nuevas metas enfocando su bienestar como punto primordial de búsqueda.

c. Creo que mi salud va a empeorar

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Totalmente cierta	11	10%
Bastante cierta	6	6%
No lo sé	48	45%
Bastante falsa	3	3%
Totalmente falsa	38	36%
TOTAL	106	100%

Tabla #49 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistas el 10% asienta ser totalmente cierta su creencia de que su salud va a empeorar, el 6% considera bastante cierta, el 45% no lo sabe con seguridad, el 3% bastante falsa y el 36% totalmente cierta.

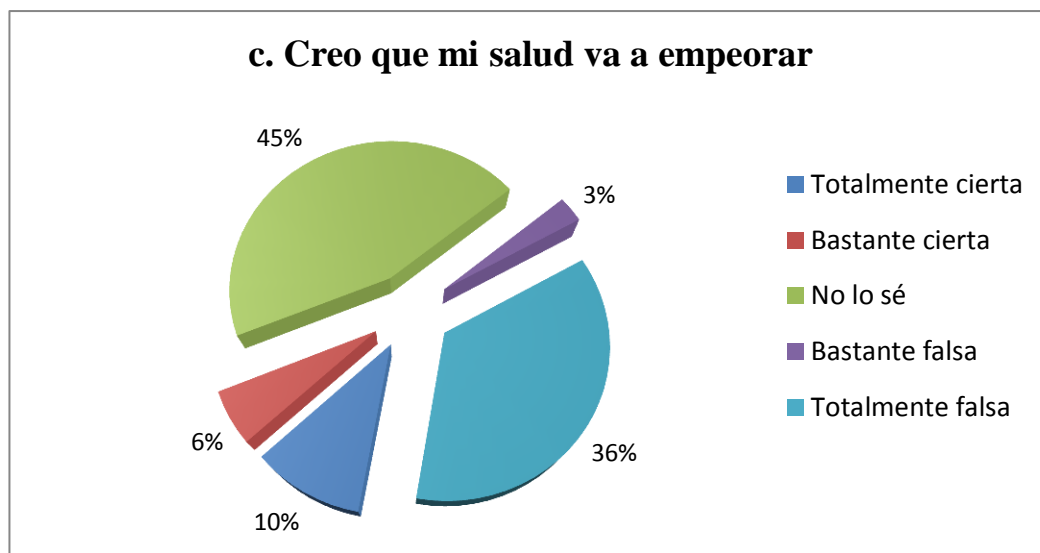


Gráfico #52 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

La creencia que la salud de las participantes empeorará es algo que la persona cree y la cual es una reacción psicológica a diferentes circunstancias estresantes por las que está pasando la entrevistada y que con respecto a su salud, no se vería afectada pues este estado no repercutiría en su desenvolvimiento ni mucho menos en su bienestar.

d. Mi salud es excelente

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Totalmente cierta	35	33%
Bastante cierta	8	8%
No lo sé	51	48%

Bastante falsa	2	2%
Totalmente falsa	10	9%
TOTAL	106	100%

Tabla #50 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las evaluaciones tenemos que el 33% considera totalmente cierta la afirmación de que su salud es excelente, el 8% bastante cierta, el 48% no lo sabe con seguridad, el 2% bastante falsa y el 9% totalmente falsa.

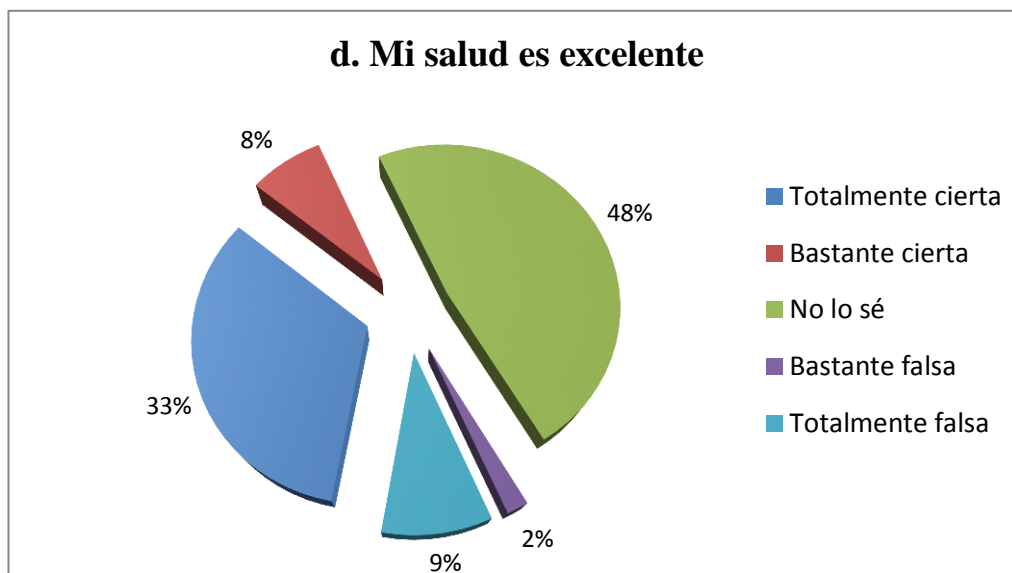


Gráfico #53 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Finalmente observamos que en su mayoría ellas al no saber con seguridad sobre su salud las conlleva a concluir que su bienestar físico y psicológico está siendo influenciado por la forma como afronta el ser madre y en su mayoría sin el apoyo de sus padres o su pareja, este medio si de hacerle vulnerable a reaccionar de forma inadecuada y sentimientos de abandono que desequilibraran su bienestar.

4.1.4 Anexo N° 3. Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar –CESF–

1. Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	3	3%
Pocas veces	49	46%
Algunas veces	23	22%
Muchas veces	5	5%
Siempre	26	24%
TOTAL	106	100%

Tabla #51 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistas el 3% respondió que nunca se piden ayuda entre ellos cuando lo necesitan, el 46% pocas veces, el 22% algunas veces, el 5% muchas veces y el 24% dicen que siempre.

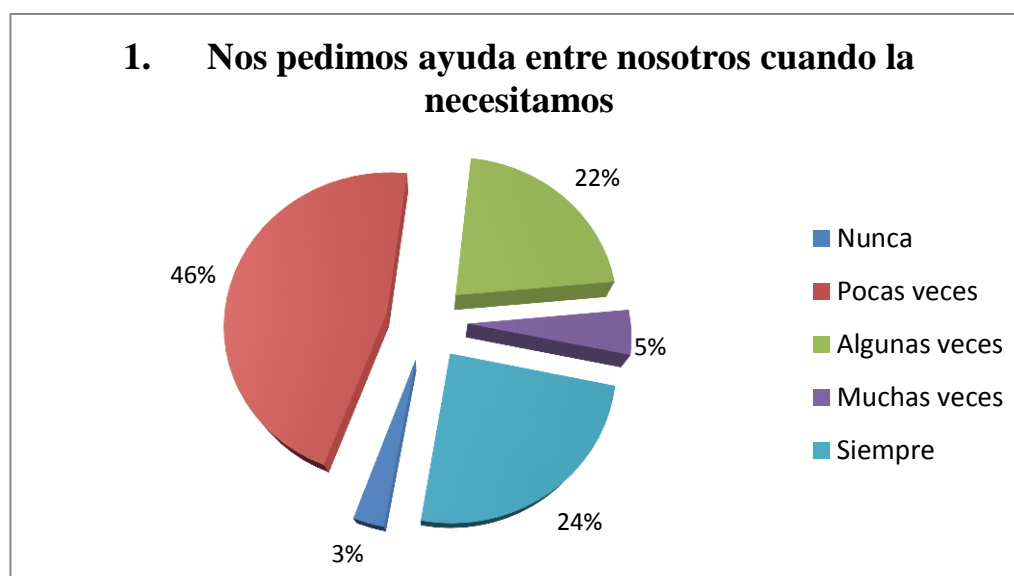


Gráfico #54 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Manifestando la comunicación deficiente que existe entre los miembros de un sistema familiar totalmente desvinculado y sin el cuidado por los miembros de la familia, siendo este un determinante perfecto para conocer el nivel de disfuncionalidad de la adolescente, este referente da a conocer la inseguridad a la hora de sacar una solución a un problema que se presente en este ambiente y mas no tienen las estrategias necesarias para afrontarlos

2. Cuando surge un problema se tiene en cuenta la opinión de los hijos

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	12	11%
Pocas veces	34	32%
Algunas veces	29	27%
Muchas veces	9	9%
Siempre	22	21%
TOTAL	106	100%

Tabla #52 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 11% dicen que cuando surge un problema nunca tienen en cuenta la opinión de los hijos, el 32% que pocas veces, el 27% algunas veces, el 9% muchas veces y el 21% que siempre cuenta dicha opinión.

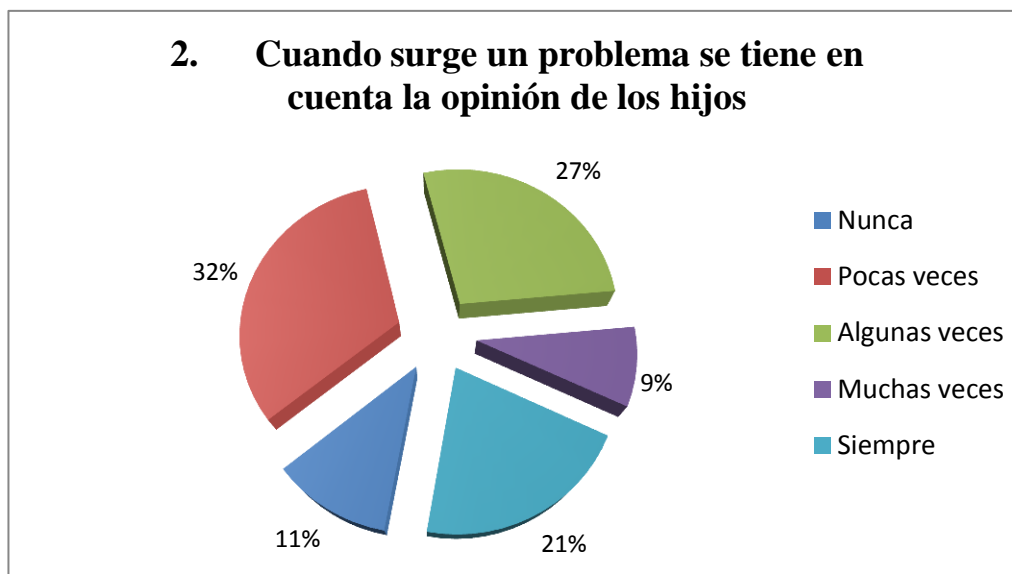


Gráfico #55 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

La resolución de los problemas dentro del ámbito familiar es de suma importancia para la experiencia que se siembra en los más pequeños y su capacidad futura de solucionar otros conflictos, así pues tenemos en cuenta que no existe el adecuado respeto sobre opiniones de los hijos siendo un predisponente de ser una familia distanciada con dificultades en su sistema de relación y sobre todo evadiendo la comunicación que necesita para funcional el entorno de mejor manera.

3. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	6	5%
Pocas veces	23	22%
Algunas veces	34	32%
Muchas veces	21	20%
Siempre	22	21%
TOTAL	106	100%

Tabla #53 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100% de las entrevistas el 5% responde que nunca se han aceptado las amistades de los demás miembros de la familia, el 22% pocas veces, el 32% algunas veces, el 20% muchas veces y el 21% dicen que siempre.

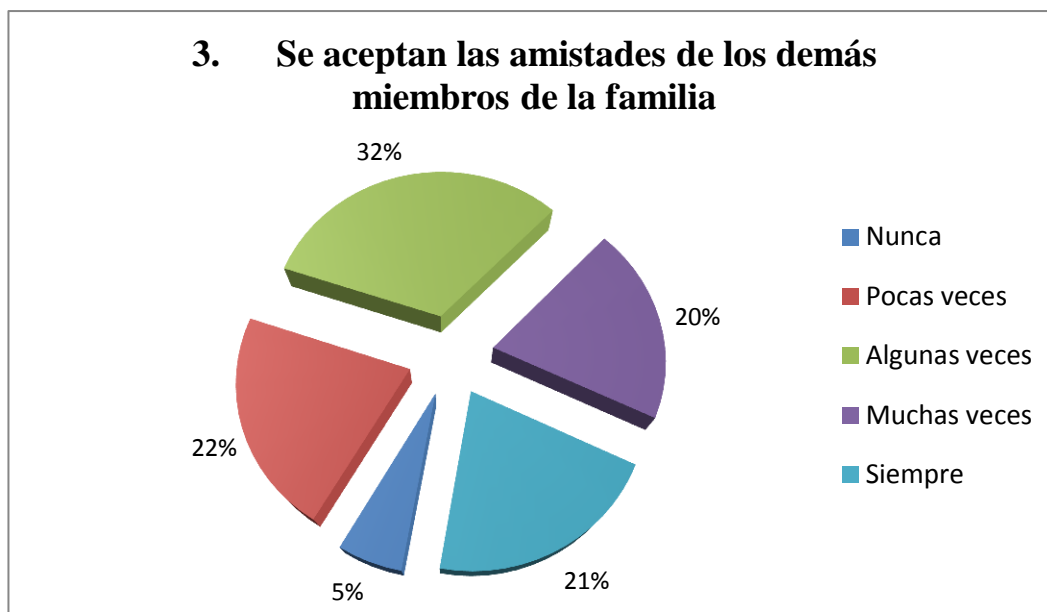


Gráfico #56 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Consideramos entonces que existen dificultades en aceptar a las amistades de los miembros de la familia, dichos comportamientos hace referencia que son personas no sociables y que se siente inseguros hacia el ambiente exterior, poniéndose en un punto muy estricto con serias diferencias de comunicación con su entorno y deficientemente podrían desenvolverse fuera, de manera normal ya que dichas situaciones disgrega estos comportamientos a un ambiente familiar dañino.

4. A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	10	9%
Pocas veces	34	32%
Algunas veces	24	23%
Muchas veces	16	15%
Siempre	22	21%
TOTAL	106	100%

Tabla #54 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistadas el 9% afirman que a la hora de establecer normas de disciplina nunca se tiene en cuenta la opinión de los hijos, el 32% pocas veces, el 23% algunas veces, el 15% muchas veces y el 21% que siempre.

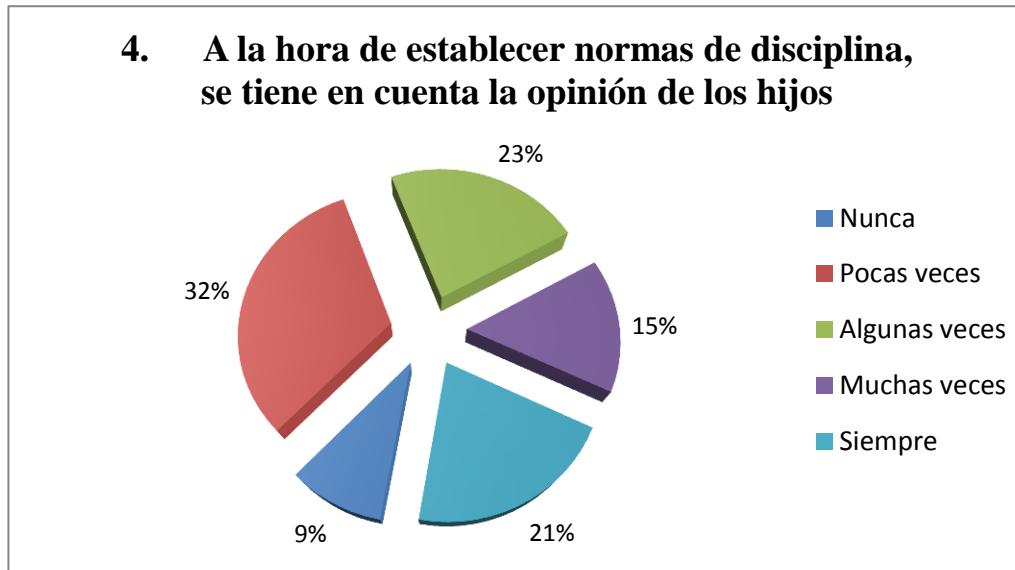


Gráfico #57 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Concluyendo entonces que al momento de establecer normas de disciplina para los miembros de la familia no podría ser aceptada la opinión de los hijos, lo que

predisponen a una relación familiar deteriorada sin reglas ni valores que permitan a los individuos de ese hogar crecer tanto emocional como mentalmente, esto dificultará a futuro su relación con las personas que la rodean.

5. Preferimos relacionarnos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos...)

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	5	5%
Pocas veces	19	18%
Algunas veces	36	34%
Muchas veces	20	19%
Siempre	26	24%
TOTAL	106	100%

Tabla #55 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 5% responde a nunca preferir relacionarse con la familia más cercana, el 18% pocas veces, el 34% algunas veces, el 19% muchas veces y el 24% responde que siempre.

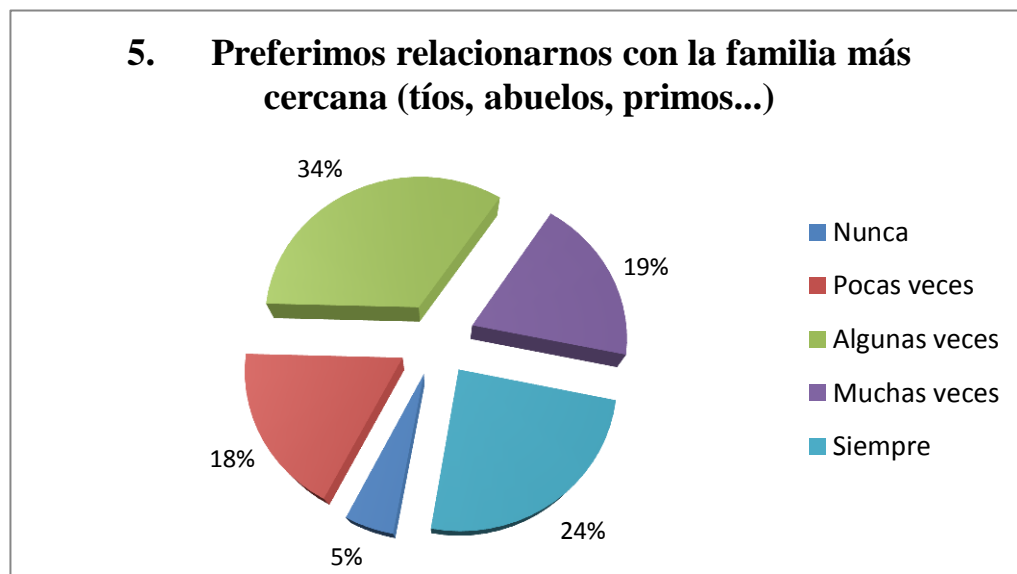


Gráfico #58 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Identificamos entonces que las relaciones familiares de los miembros de la familia es muy selectiva a la hora de elegir compartir con su allegados más cercanos, esto por supuesto no están vinculados a dichos miembros pues ellos tienen un predisponente a considerarse aislados de ellos, infiriendo en una analogía de desidia, abandono por parte de sus otros familiares.

6. Diferentes personas de nuestra familia mandan en ella

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	19	18%
Pocas veces	30	28%
Algunas veces	32	30%
Muchas veces	9	9%
Siempre	16	15%
TOTAL	106	100%

Tabla #56 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100% el 18% afirma que nunca otras personas diferentes a su familia mandan en ella, el 28% que pocas veces, el 30% muchas veces, el 9% muchas veces y el 15% que siempre.

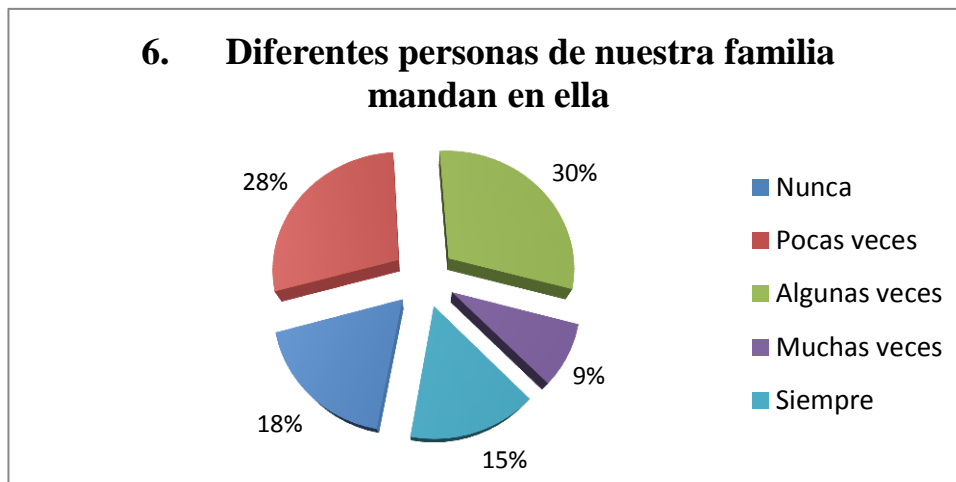


Gráfico #59 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Verificando en primer plano que al existir personas ajenas a la familia que manden en ella, demuestra una pérdida total de la individualidad como núcleo familiar y que por ende desfavorece el crecimiento personal de sus miembros volviéndola definitivamente en familias disecionadas por brechas de desidia, desconcierto e inseguridad para ellos.

7. Nos sentimos más próximos entre nosotros que entre personas que no pertenecen a nuestra familia

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	21	20%
Pocas veces	27	25%
Algunas veces	37	35%
Muchas veces	15	14%
Siempre	6	6%
TOTAL	106	100%

Tabla #57 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

En este análisis el 20% responde a nunca sentirse próximos entre los miembros de la familia, el 25% pocas veces, el 35% algunas veces, el 14% muchas veces y el 6% contesta que siempre

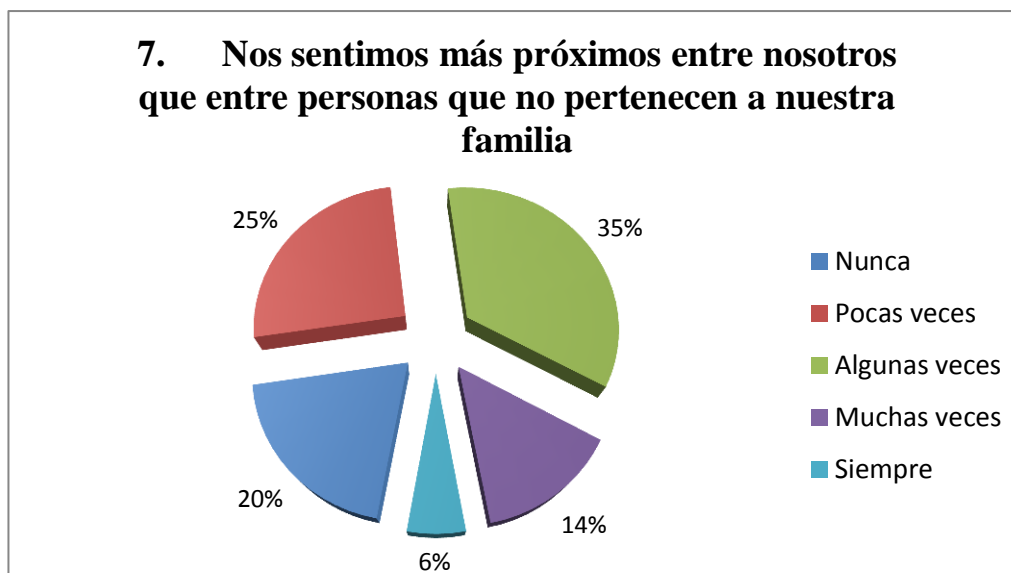


Gráfico #60 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

La proximidad y el sentido de pertenencia entre los miembros de la familia es carente en ellos ya que la cercanía familiar y entorno hace referencia a una disfunción dentro del hogar por el que atraviesan cada uno de los miembros y como lo perciben desestructurada las adolescentes, dándonos a entender que en dicha familias cada uno tiene un rumbo diferente sin supervisión adecuada, pero sobre sin sentido de pertenencia hacia ese núcleo familiar

8. Nuestra familia cambia la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	32	30%
Pocas veces	26	25%

Algunas veces	32	30%
Muchas veces	16	15%
Siempre	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #58 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

El 30% responde que nunca su familia cambia la manera de realizar las distintas tareas, el 25% pocas veces, el 30% algunas veces y el 15% muchas veces.

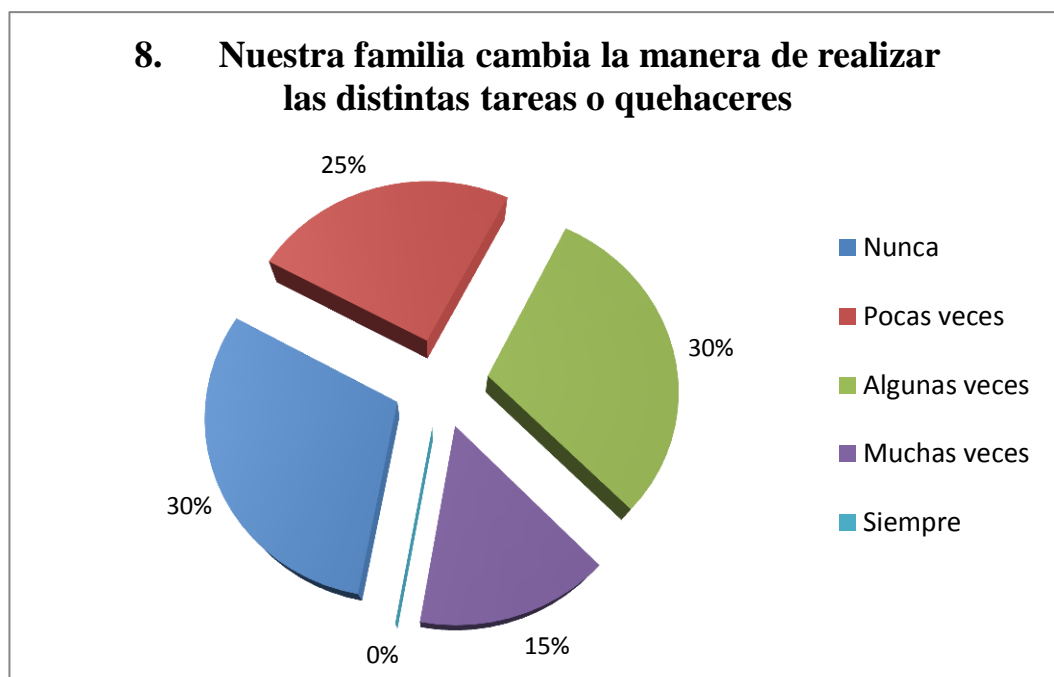


Gráfico #61 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiendo así que la falta de normas familiares es en un porcentaje mínimo y que en el entorno en que viven las adolescentes como sistema, esto hace inferir que mentalmente están desorientadas al tomar responsabilidades de actividades

que se realizan en el hogar y que carecerían de propósitos a cumplir dentro de sus casas.

9. Nos gusta pasar el tiempo libre junto

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	7	6%
Pocas veces	23	22%
Algunas veces	32	30%
Muchas veces	20	19%
Siempre	24	23%
TOTAL	106	100%

Tabla #59 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistadas el 6% contesta que nunca les gusta pasar tiempos libres juntos, el 22% que pocas veces, el 30% algunas veces, el 19% muchas veces y el 23% que siempre.

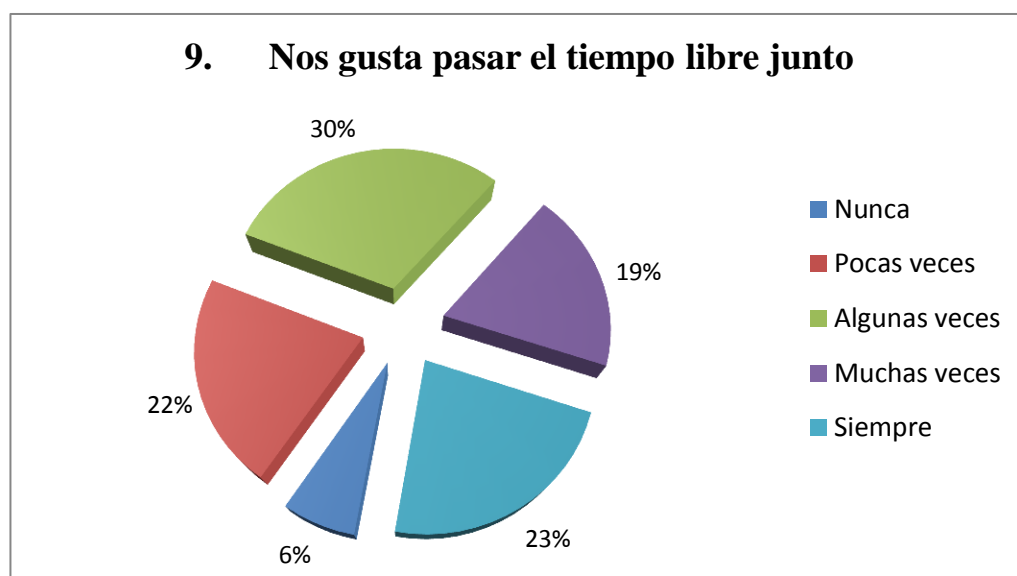


Gráfico #62 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Expones así que de partes casi igualitarias de las familias comparten momentos juntos lo que no denota complicaciones de vinculación con sus miembros ni imposibilitando que se formen situaciones que fortalezcan el lazo de afecto entre ellos y por ende involucrado un ambiente hostil carente de afecto familiar.

10. Padres e hijos comentamos juntos los castigos

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	17	16%
Pocas veces	26	24%
Algunas veces	25	24%
Muchas veces	16	15%
Siempre	22	21%
TOTAL	106	100%

Tabla #60 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100% el 16% dicen que nunca padres e hijos comentan juntos sobre los castigos, el 24% pocas veces, otro 24% algunas veces, el 15% muchas veces y el 21% que siempre lo hacen.

10. Padres e hijos comentamos juntos los castigos

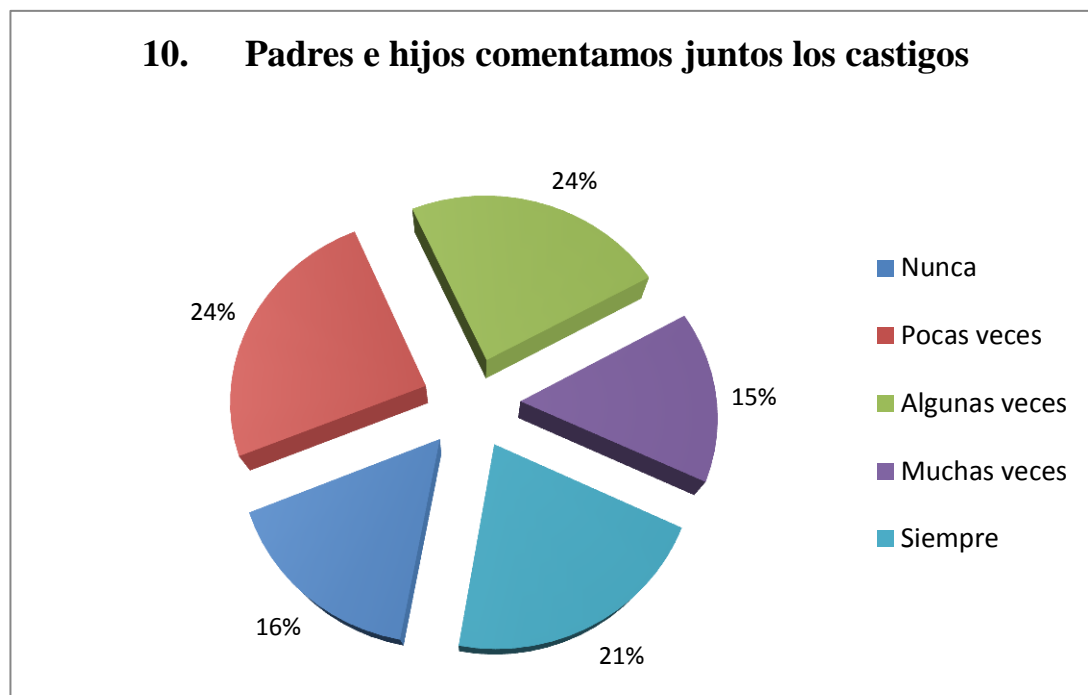


Gráfico #63 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

El castigo es una acción disciplinaria con el fin de terminar ciertas actitudes dañinas para poder cambiarlas por unas más adecuadas, así se deduce que en esta investigación pocas veces hay un acuerdo entre dichos miembros familiares, representando una carencia de comunicación entre ellos, volviendo individuos retraídos e inseguros de su libre expresión ya que están sometidos a una educación estricta aplicando castigos tormentosos y dañinos psicológicamente para los adolescentes.

11. Nos sentimos muy unidos entre nosotros

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	15	14%
Pocas veces	15	14%

Algunas veces	39	37%
Muchas veces	13	12%
Siempre	24	23%
TOTAL	106	100%

Tabla #61 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las madres adolescentes entrevistadas el 14% nunca se han sentido unidos entre ellos, otro 14% pocas veces, un 37% algunas veces, el 12% muchas veces y el 23% que siempre.

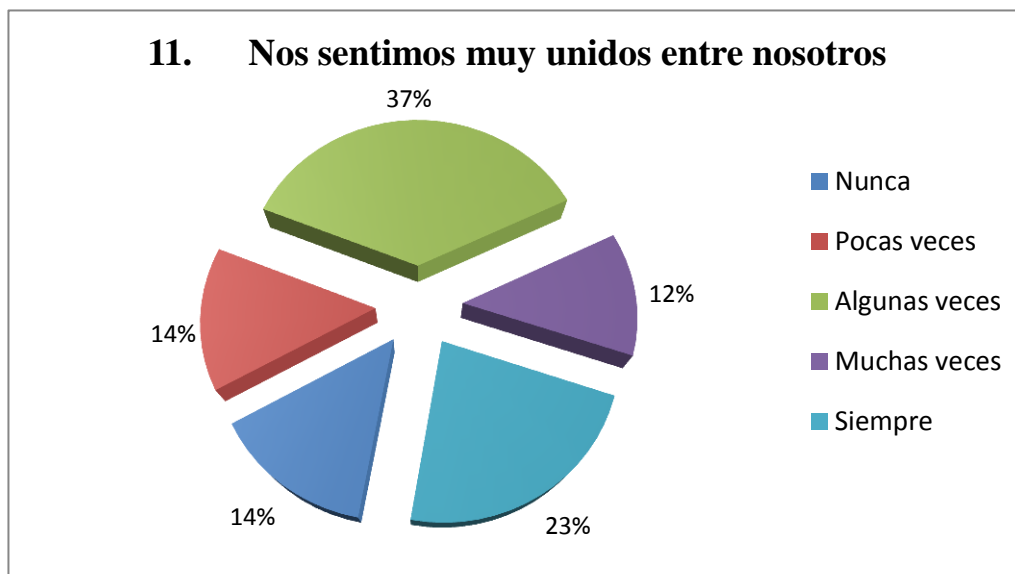


Gráfico #64 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponemos así que de forma paralela a las variables la vinculación y unión entre cada uno de los miembros de la familia como está formando es el predisponente a crear individuos desamparados de su familia por no existir la inherencia entre ellos, pues su inseguridad por la falta de lazos familiares es deficiente y arrastrando personas con problemas emocionales por solucionar.

12. En nuestra familia los hijos también toman decisiones

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	11	10%
Pocas veces	29	27%
Algunas veces	19	18%
Muchas veces	21	20%
Siempre	26	25%
TOTAL	106	100%

Tabla #62 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas el 10% responde que en su familia los hijos nunca toman decisiones, el 27% pocas veces, el 18% algunas veces, el 20% muchas veces y el 25% siempre.

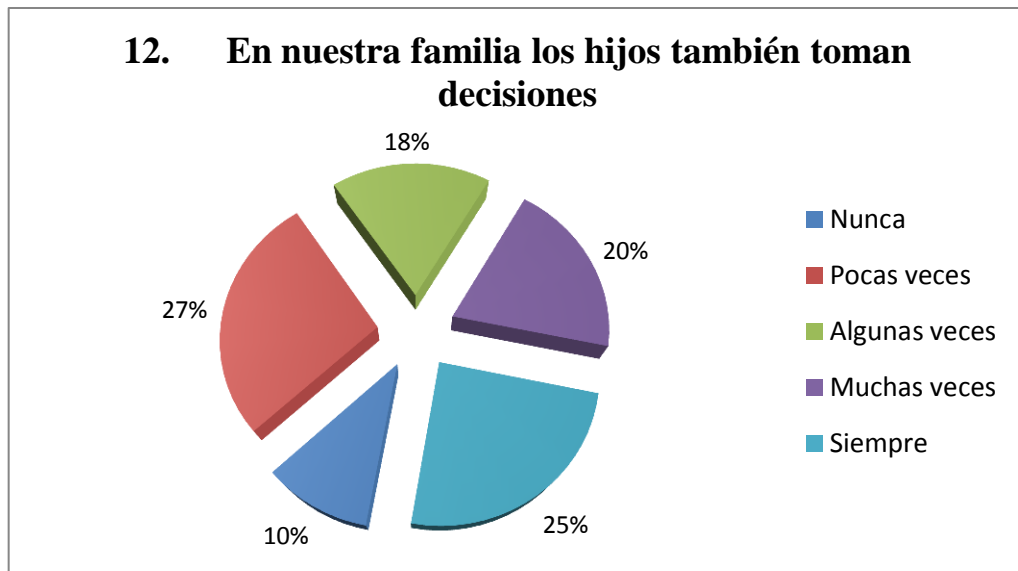


Gráfico #65 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exponiendo que las madres adolescentes dicen vivir en un entorno que en su mayoría los hijos no toman decisiones, solo las cumplen, y que se enfoca la escasa comunicación y falta de vinculación con cada miembro de la familia,

exteriorizando conflictos con sus padres debido a su ambiente estricto y autoritario donde solo determinada persona tiene la razón y voz al momento de emitir una solución.

13. Cuando la familia tiene que realizar alguna actividad conjunta, todos los miembros participan

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	19	18%
Pocas veces	26	24%
Algunas veces	25	24%
Muchas veces	12	11%
Siempre	24	23%
TOTAL	106	100%

Tabla #63 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistadas el 18% responde que cuando la familia tiene que realizar alguna tarea conjunta nunca participan todos, el 24% pocas veces participan, otro 24% algunas veces, el 11% muchas veces y el 23% contestó que siempre.

13. Cuando la familia tiene que realizar alguna actividad conjunta, todos los miembros participan

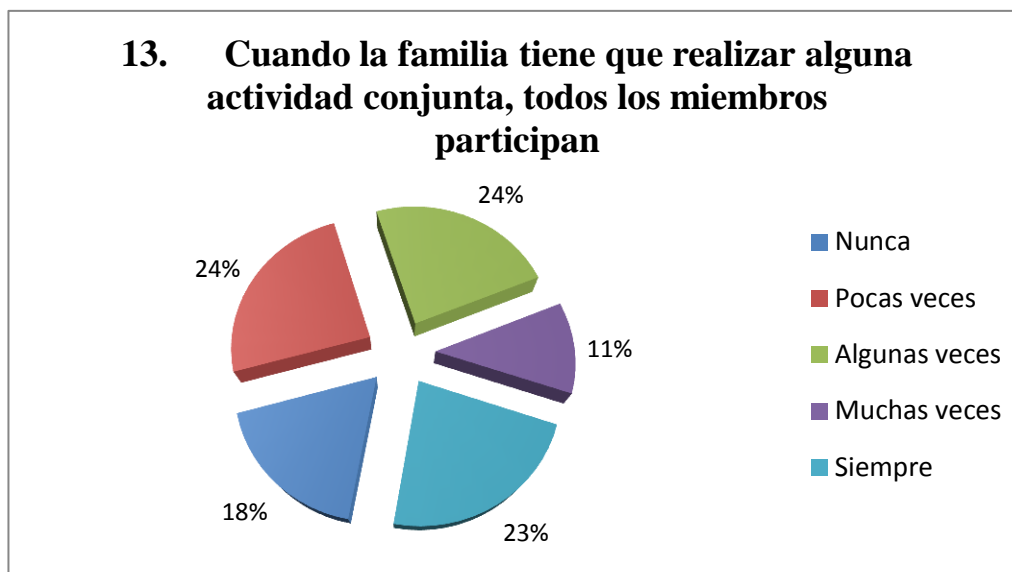


Gráfico #66 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Redactando entonces que en un porcentaje paralelo los miembros de la familia, impidiendo disfrutar del compartir entre ellos momentos satisfactorios que benefician a la adolescente y el nuevo miembro de la familia, esto en si imposibilitaría el desenvolvimiento de dicho individuo e inclinándolo a escoger personas con hábitos que podrían ser perjudiciales para ellos.

14. En nuestra familia las normas o reglas pueden cambiarse

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	33	31%
Pocas veces	38	36%
Algunas veces	25	24%
Muchas veces	9	8%
Siempre	1	1%
TOTAL	106	100%

Tabla #64 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100%, el 31% dicen que nunca pueden cambiarse las normas o reglas de la familia, el 36% que pocas veces, el 24% algunas veces, el 8% muchas veces y el 1% responde que siempre.

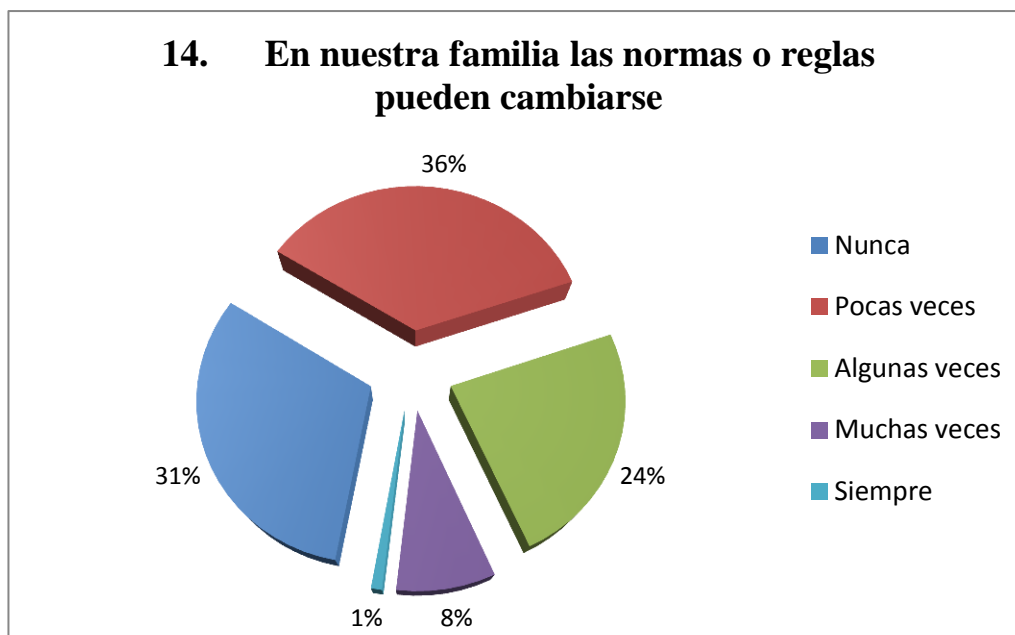


Gráfico #67 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Exhibiendo entonces que la inflexibilidad al cambio hace que se cree un ambiente estricto que perjudicaría su salud mental, este es el que predomina dentro de ambientes familiares donde los padres no demuestran el amor a sus hijos de forma abierta, sino existe una represión de dichos sentimientos compartiendo emociones nocivas que imposibilitarían el reconocimiento de un estado anímico sano.

15. Se nos ocurren fácilmente cosas que hacer en común

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	7	7%
Pocas veces	23	22%

Algunas veces	43	40%
Muchas veces	11	10%
Siempre	22	21%
TOTAL	106	100%

Tabla #65 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100%, el 7% respondió que nunca se les ocurren cosas que hacer en común, el 22% que pocas veces, 40% algunas veces, el 10% muchas veces y el 21% que siempre.

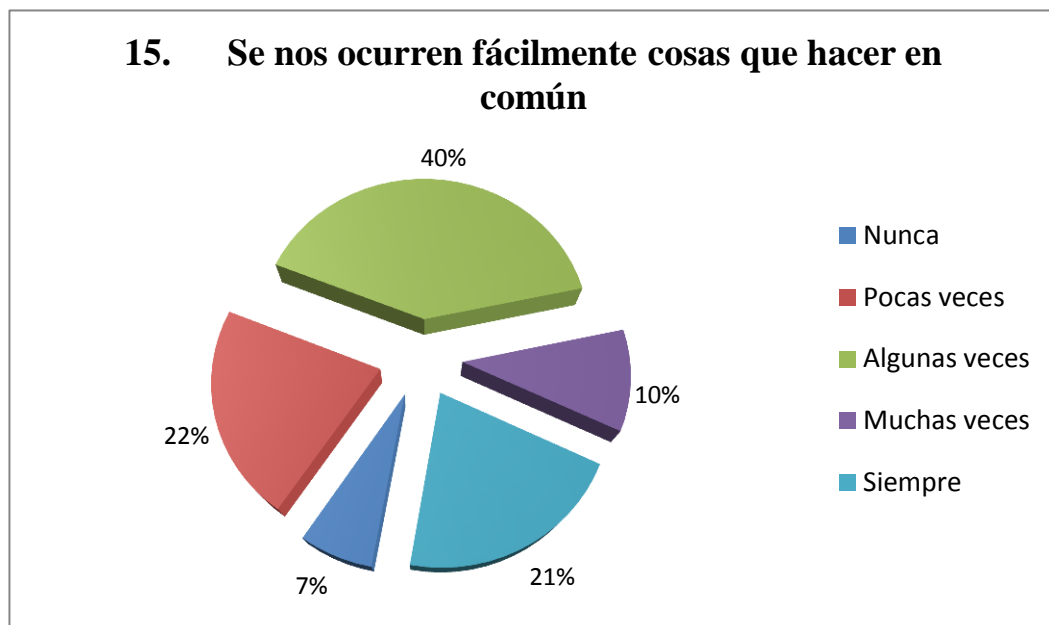


Gráfico #68 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Puntualizando que las actividades que comparten en familia son mínimas, esto nos da una referencia que su falta de comunicación abarca una serie de conflictos tanto personales como del núcleo familiar en sí, estos detalles de interrelación entre sus miembros sostienen complicaciones en su vida llevadera dificultando la prosperidad como personas funcionales en su entorno completamente.

16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	12	11%
Pocas veces	31	29%
Algunas veces	26	25%
Muchas veces	13	12%
Siempre	24	23%
TOTAL	106	100%

Tabla #66 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100%, el 11% dice nunca turnarse las responsabilidades de la casa entre los miembros de la familia, el 29% pocas veces, el 25% algunas veces, el 12% muchas veces y el 23% que siempre.

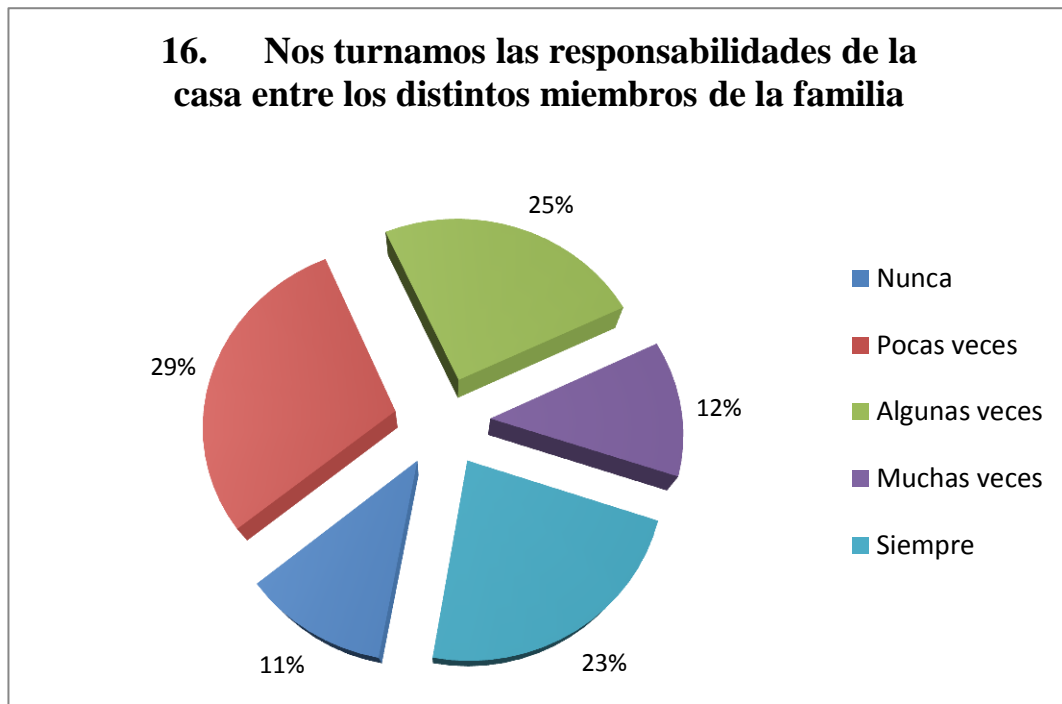


Gráfico #69 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Actividades cotidianas como las responsabilidades de aseo, compras, etc., se expondría entonces que existe un desacuerdo entre los integrantes de la familia que no permite designar responsabilidades fijas entre sus miembros, dificultando su proceder dentro de su hogar y requiriendo mayor atención de parte de quienes estén a la cabeza de la familia.

17. A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	14	13%
Pocas veces	33	31%
Algunas veces	26	25%
Muchas veces	10	9%
Siempre	23	22%
TOTAL	106	100%

Tabla #67 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las entrevistadas el 13% menciona que nunca toman decisiones consultándose entre ellos, el 31% lo hacen pocas veces, el 25% algunas veces, el 9% muchas veces y finalmente el 22% lo hacen siempre.

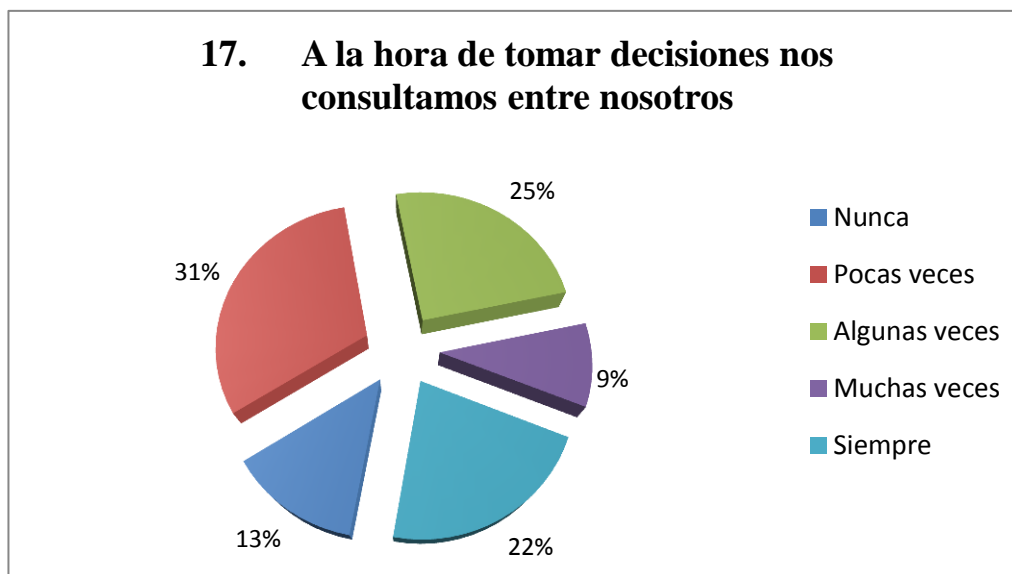


Gráfico #70 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Reafirmamos que a la hora de tomar decisiones en la familia no existe comunicación fluida y necesaria para poder fortalecer los vínculos de padres a hijos, demostrando la carencia de respeto, no existe hacia la opinión de los hijos, su familia está desorganizada y que funcionalidad es totalmente errónea.

18. Es difícil saber quién manda en nuestra familia

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	32	30%
Pocas veces	36	34%
Algunas veces	22	21%
Muchas veces	13	12%
Siempre	3	3%
TOTAL	106	100%

Tabla #68 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 entrevistadas tenemos que al 30% nunca les resulta difícil saber quién manda en su familia, el 34% pocas veces, el 21% algunas veces, el 12% muchas veces y el 3% responde que siempre.

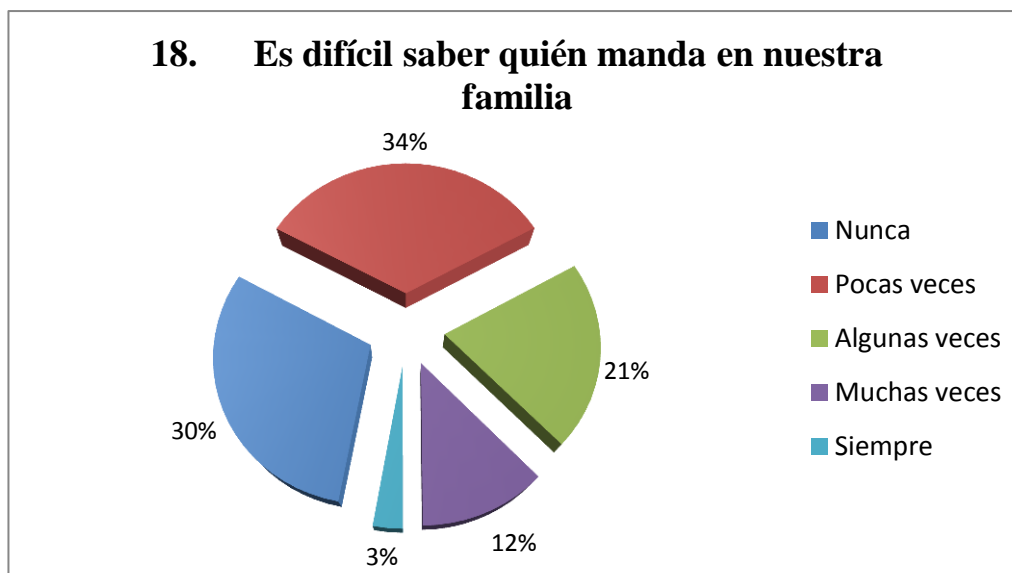


Gráfico #71 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Del análisis claramente denotamos como están representados los roles de la familia al momento de poner reglas y orden al resto de miembros personificando un hogar que está estructurado con figuras de autoridad y que ejercen el poder sobre el resto.

19. El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	6	6%
Pocas veces	40	38%
Algunas veces	27	25%
Muchas veces	12	11%

Siempre	21	20%
TOTAL	106	100%

Tabla #69 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

Del 100%, el 6% responden que el sentimiento de unión familiar nunca sido importante entre ellos, el 38% que pocas veces, el 25% algunas veces, el 11% muchas veces y el 20% dicen que siempre.

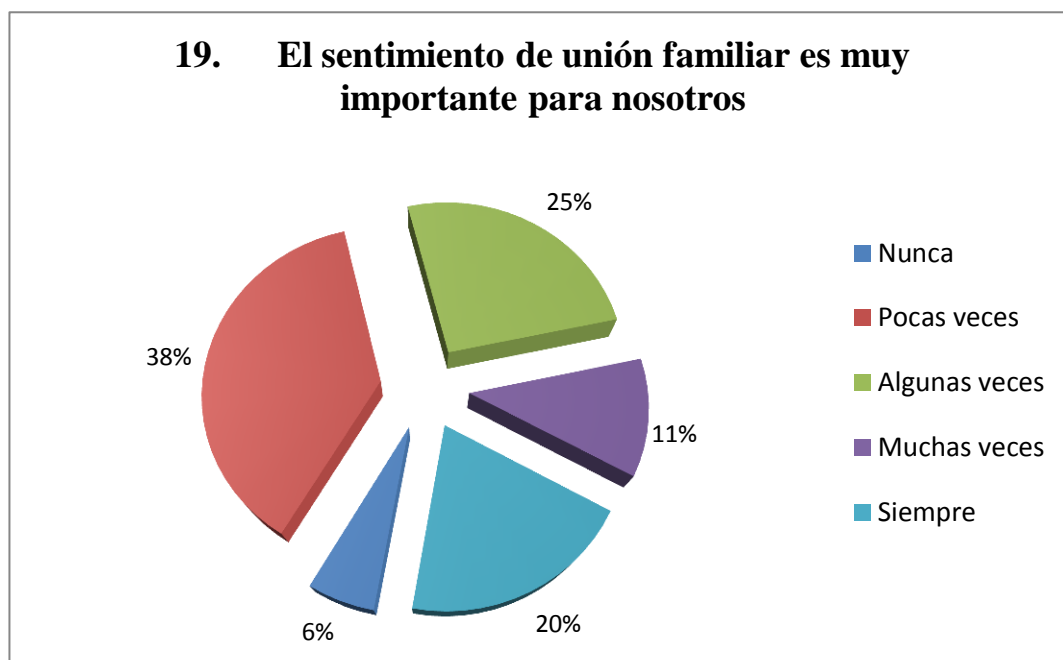


Gráfico #72 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Definimos entonces que existe un considerable sentimiento de alejamiento entre los miembros de la familia, lo que nos hace una prudente referencia sobre dichas familias disfuncionales y la falta de efectividad en su vinculación emocional, conllevando quizás a los hijos en un futuro a crecer con el desconocimiento de saber expresar correctamente sus emociones.

20. Es difícil decir qué tarea realiza cada miembro de la familia

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Nunca	29	27%
Pocas veces	32	30%
Algunas veces	25	24%
Muchas veces	16	15%
Siempre	4	4%
TOTAL	106	100%

Tabla #70 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De número total de entrevistadas tenemos que el 27% de ellas considera que nunca ha sido difícil decir que tarea realiza cada miembro de la familia, el 30% que pocas veces, el 24% algunas veces, el 15% muchas veces y el 4% dicen que siempre.

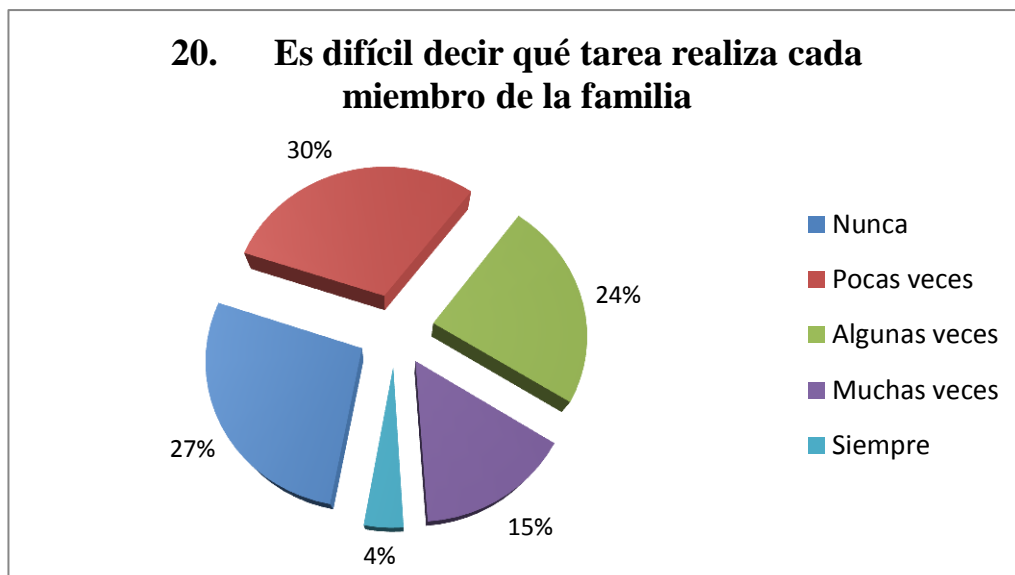


Gráfico #73 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN

Finalmente se observa que al tener reglas y normas casi estrictas se conoce la función o rol que cumple cada miembro en la familia de forma distorsionada recordando que los que asumían el control sobre ellos ya estuvo expuesto anteriormente, y que ahora solo se reafirma que de manera equívoca los padres aportan su condicionamientos autoritativos en los vínculos de la familia.

4.2.- Interpretación de resultados.

VINCULACIÓN EMOCIONAL

VARIABLE	Nº Respuestas	PORCENTAJE
Excelente	20	19%
Muy buena	16	15%
Buena	60	57%
Regular	10	9%
Mala	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #71 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 madres adolescentes entrevistadas el 19% responde que su vinculación emocional dentro del sistema familiar es excelente, el 15% muy buena, el 57% buena y el 9% regular.

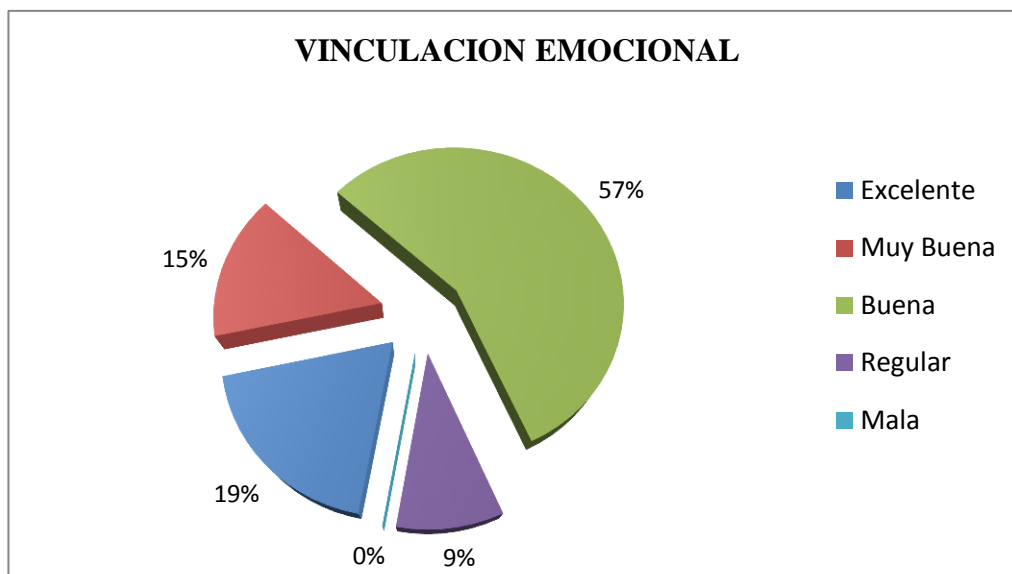


Gráfico #74 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

CALIDAD DE VIDA

VARIABLE	N° Respuestas	PORCENTAJE
Excelente	2	2%
Muy buena	24	22%
Buena	59	56%
Regular	21	20%
Mala	-	%
TOTAL	106	100%

Tabla #72 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

ANÁLISIS

De las 106 madres adolescentes entrevistadas el 2% responde que su calidad de vida es excelente, el 22% muy buena, el 56% buena y el 20% regular.

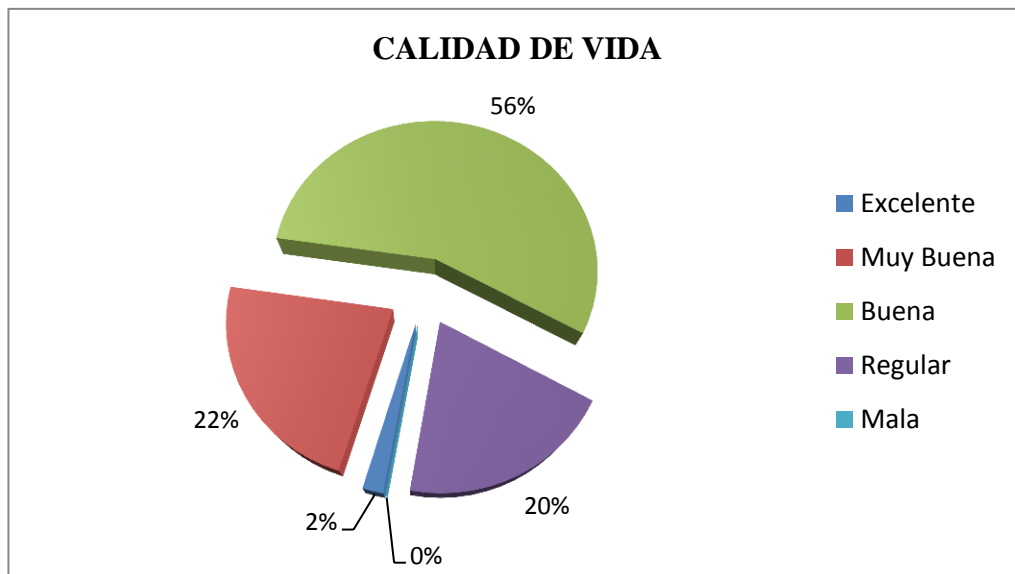


Gráfico #75 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

INTERPRETACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Referenciando las dos variables analizadas por sus reactivos correspondientes tenemos que en general tanto la vinculación emocional con el (57%), como la calidad de vida el (56%) tienen puntuaciones promedio, y esto en correlación representa una puntuación de Buena, lo que refiere que cada una de las variables tienen gran relación entre sí, y que permite enfocar los resultados hacia una perspectiva centrada en la comprobación de las hipótesis planteadas.

4.3.- Verificación de hipótesis.

Hipótesis

Las Madres Adolescente Del Área De Ginecología Del Hospital Provincial Docente Ambato que presenten puntuaciones altas en Vinculación Emocional de sus Relaciones Paterno Filiales tienen mejor Calidad De Vida.

Verificación

Tabla de contingencia Vinculación Emocional * Calidad de Vida						
Recuento						
		Calidad de Vida				Total
		regular	buena	muy buena	excelente	
Vinculación Emocional	regular	3	7	0	0	10
	buena	16	40	4	0	60
	Muy buena	2	12	2	0	16
	excelente	0	0	18	2	20
Total		21	59	24	2	106

Tabla #73 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

Análisis.- De la población de 106 madres adolescentes entrevistadas según la tabla de contingencias de las variables se aprecia que en su total la relación entre en el tipo de relación filial con los padres, específicamente en su nivel de vinculación emocional y la calidad de vida, es de 60 con un puntaje de Buena teniendo una constancia considerable ante las 10 de Regular, 16 de muy Buena y 20 en Excelente, interrelaciones en cuanto al recuento del número de entrevistas realizadas.

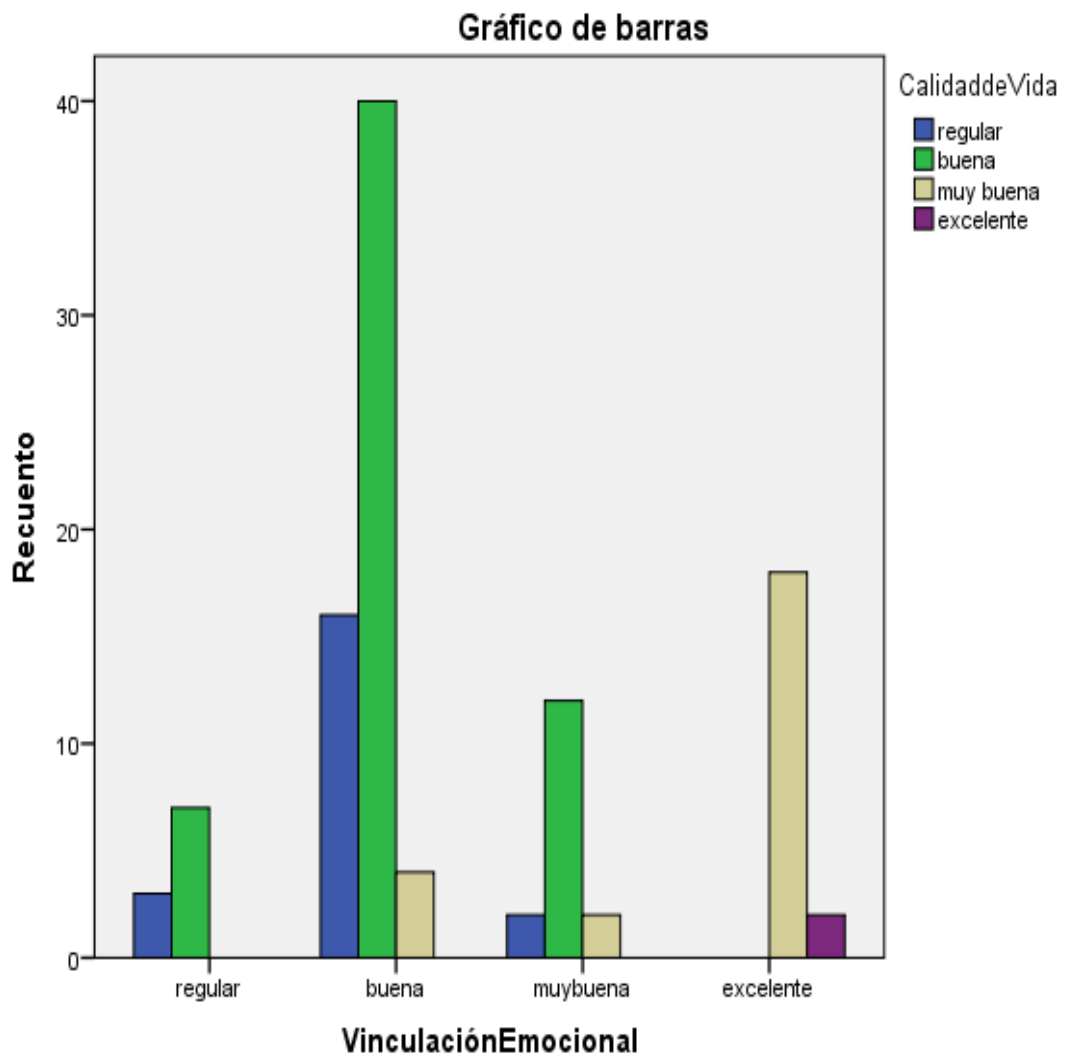


Gráfico #76 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

Interpretación.- Definiéndose que el porcentaje mayor de las entrevistadas tiene un nivel de interrelación de sus variables es mayor a la mitad, se verificaría su influencia entre las dos debido a que la forma como son criados desde su niñez hasta la adolescencia, se verán reflejadas en la construcción de su carácter y personalidad, tanto en la forma de comportarse como en su nivel de adaptabilidad a cada una de las circunstancias que se le presenten en su vida. Esto evidenciando que los constructos mentales fuertes que se encuentran en los adolescentes y personas adultas, se fomentan en base a cada suceso experimentado a lo largo de

su vida y el nivel de resiliencia aprehendida que permita desarrollarse de una manera saludable. Por lo tanto mientras a menor nivel de vinculación emocional con los miembros de su familia disminuiría su nivel de calidad de vida, puesto que dentro de la salud mental general necesita que el individuo tenga un equilibrio entre su salud física, su interrelación social-familiar, con un manejo de sus emociones como también la capacidad individual de sobreponerse ante los eventos adversos; así, su nivel de estabilidad dependerá de cada uno de los factores o constructos psíquicos que forme a raíz de su desenvolvimiento personal.

Pruebas de Chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	78,656 ^a	9	,000	,000		
Razón de verosimilitudes	79,152	9	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	68,722			,000		
Asociación lineal por lineal	44,894 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	106					
a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.						
b. El estadístico tipificado es 6,700.						

Tabla #74 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

De la aplicación de la prueba Chi cuadrado se encuentra que la Vinculación Emocional si se relaciona con la Calidad de Vida de las madres adolescentes [$\chi^2(9)= 68,722$, $N= 106$, $p<0,050$], en tal virtud se acepta la Hipótesis planteada.

Como se demuestra a través de los Tablas de correlación de las hipótesis y la prueba del Chi-cuadrado, la hipótesis planteada es afirmativa, puesto que la vinculación afectiva del sistema familiar de las madres adolescentes incide en su calidad de vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Finalizando el presente trabajo investigativo podemos concluir lo siguiente:

- Basándonos en los resultados del programa SPSS y la verificaciones las variables planteadas se puede concluir que, efectivamente el tipo de relación paterno filial en incidencia a su vinculación emocional en el sistema familiar influye en el bienestar físico y psicológico de las madres adolescentes en cuanto esto se ve reflejado en los niveles bajos de afrontamiento a su estilo de vida, proporcionando inseguridad en su entorno familiar.
- El siguiente dato de la investigación es, que el promedio de madres adolescentes identifican a su relación paterno filial predominante es Buena, por lo tanto da a conocer la influencia en las dificultades dentro de su núcleo familiar que evitan la prosperidad de sus miembros, provocando bajo autoestima en las adolescentes y desvinculándolos de la familia, centrando dicho desamparo en toma de decisiones apresuradas que dificultan su desenvolvimiento individual, social y académico.
- También se aprecia que el nivel tanto psicológico como físico que componen su calidad de vida como la satisfacción personal, se encuentran en un promedio medio, dando a conocer que dicha bonanza está vinculada directamente a su estilo de crianza, y esto pone a consecuencia que mientras exista mayor relación filial con los padres esto mejora de manera

considerable la satisfacción familiar o personal que beneficiara a su bienestar mental.

- Se concluye además que solo el 39% de las madres adolescentes han formado una familia conviviendo con su pareja, dándonos así una perspectiva que el bebé nace en un hogar desestructurado sin la presencia de su padres, determinante esencial de la calidad de vida a la que estará expuesto, en el cual su entorno no sería completo para su crianza debido a que el rol desempeñado por cada uno de los padres es de vital importancia ya que ellos implantarán la enseñanza de reglas, normas, conocimiento de su afectividad y demás habilidades sociales que proporcionaría un bienestar psicológico adecuado.

5.2 Recomendaciones

- En base a los resultados de la investigación realizada, se recomienda una intervención psicológica al sistema familiar de las madres adolescentes, con el fin de psicoeducar en relación a los conflictos y enseñanza de formas de afrontar los problemas por los que atraviesan brindando una atención psicoprofiláctica a cada miembro de la familia enfocada en su bienestar psíquico-físico.
- Aplicar técnicas psicoterapéuticas que permitan de manera eficaz trabajar en el foco del problema, para el mejoramiento de la comunicación intrafamiliar y a través de esta psicoeducación, modificar y mejorar las conductas de padres e hijos dentro de su núcleo familiar, desarrollando mayor asertividad que promoverá una vinculación emocional positiva.
- Utilizar los datos de la investigación para conocimiento de las autoridades del Ministerio de Salud para creación de más programas de prevención enfocados en el bienestar psicológico y físico de la madre adolescente como para el recién nacido, interviniendo como ente promotor de salud mental.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.- Datos Informativos

Título: “Programa de mejoramiento de la calidad de vida en el sistema familiar de las madres adolescentes del área de Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato”

Institución Ejecutora: Hospital Provincial Docente Ambato

Beneficiarios:

- **Directos:** Las madres adolescentes, el recién nacido, pareja o conyugue y los padres de familia involucrados
- **Indirectos:** Futuras madres, personal médico, sala de 1° Acogida del H.P.D.A.

Ubicación: Cantón Ambato - Sector La Merced - Hospital Provincial Docente Ambato

Tiempo estimado para la ejecución: 6 meses

Inicio: Julio 2014 **Fin:** Diciembre 2014

Equipo técnico responsable:

- **Tutor de la investigación:** Psc. Clín. Juan Sandoval
- **Investigador:** Luis Marcelo López.
- **Director del Hospital:**
- Departamento de Psicología del Hospital Docente Ambato

Costo: 1700 \$

6.2.- Antecedentes de la propuesta.

Según la información descrita en el capítulo de Análisis e Interpretación de Resultados de esta investigación se indica que dentro de las relaciones paternas y su calidad de vida en madres adolescentes encontrando serie de conflictos en el entorno familiar, razón por la cual existe un sin número de complicaciones de ámbito psicológico, como baja autoestima, depresión, ansiedad, inseguridad y demás circunstancias que favorecen el crecimiento de la tasa de embarazo adolescente entre las adolescentes, siendo de mayor frecuencia entre los 14 y 16 años de edad, en la cual asisten hacerse atender en los centros de salud con varias complicaciones, debido a la falta de preparación tanto Física como Psicológica, llevándolas a un alto riesgo, como el fallecimiento del recién nacido o la madre debido un parto prematuro y las dificultades que derivan de ello como la preclamsia o eclampsia. Además también da a conocer la problemática de la falta de psicoeducar a nuestros jóvenes de forma que puedan evitar responsabilidades que aún no deberían tener a su edad como el matrimonio, o tal vez dejar sus estudios que son impedimentos para que ellos se desarrollen de manera eficiente para la sociedad, así como el tener mayores necesidades de cumplir de ámbito económico y el sustento de un hogar.

Mostrando de esta forma que la vinculación emocional, la comunicación asertiva, la comprensión y el expresar interés por cada miembro de la familia disminuirán en las jóvenes el índice de verse expuestas en fenómenos que involucren su integridad y bienestar psicológico; creando un lazo familiar consistente, y que fortalezcan de esta manera los roles y la interacción familiar.

6.3.- Justificación.

La aplicación de la propuesta es factible y de vital importancia debido a que la comprobación de la problemática investigada tiene un campo de desarrollo adecuado para una intervención oportuna, permitiendo la prevención del bienestar individual y social del colectivo; ya que al existir dichas complicaciones de desarrollo familiar interrumpen en el desarrollo de la resiliencia adecuada de las adolescentes, estas dificultades al ser intervenidas eficientemente comprometen el

mejoramiento de un estilo de vida para ellas y futuras madres que asistan a la institución.

Por medio del desarrollo de la propuesta se espera contemplar con un eje de educación a gran escala, que permita fomentar el desarrollo de los adolescentes de manera óptima y que esto sirva como réplica a generaciones futuras que con estos conocimientos sepan desenvolverse de mejor manera en la sociedad; es así pues, este ente gestor será el encargado de fortalecer fundamentalmente el desarrollo psicológico, físico y social de los involucrados y personas terciarias que serán parte del mismo.

Además, se contará con el espacio físico, el apoyo directriz de las autoridades de la institución y se desarrollará el proyecto con prioridad enfocada en el plan nacional y estratégico del Buen Vivir que enfoca con primacía métodos que intervengan en personas que busquen su bienestar tanto físico como mental.

La propuesta tiene una originalidad integra debido a que ha sido postulada desde una fundamentación teórico científica centrada en una terapia familiar integral, haciendo participe de varias estrategias y métodos de intervención psicológica adoptadas por la persona a investigar para ser aplicadas dentro de la problemática y con la población señalada de manera específica.

6.4.- Objetivos.

6.4.1.- Objetivo General

- Aplicar la Terapia Sistémico Familiar, para la reestructuración familiar y así fortalecer la calidad de vida de las madres adolescentes que asisten al Área de Ginecología de H.P.D.A

6.4.2.- Objetivos Específicos

- Establecer vínculos y roles familiares que permitan modificar conductas y pensamientos positivos por medio de la interacción del núcleo familiar.

- Desarrollar un moldeamiento en habilidades comunicacionales enfocados en la búsqueda del bienestar Biopsicosocial de la familia.
- Realizar un Seguimiento terapéutico para la vinculación efectiva entre cada miembro de la familia.

6.5.- Análisis de Factibilidad.

Esta investigación es factible por cuanto se centra en el desarrollo del plan nacional del Buen Vivir en el cual al ser parte de la constitución de Ecuador enfoca sus prioridades en la búsqueda de un bienestar biopsicosocial de las personas, sin distingo de raza, etnia, educación o nivel económico, sugiriendo siempre una igualdad generacional para todos, es por ello y gracias al apoyo de la instituciones gestoras como lo son los centros educativos, centros de salud y demás institución al beneficio de la colectividad, permite que esta propuesta pueda realizarse por intermedio de sus organizadores, beneficiarios y equipo multidisciplinario que brindara su servicio de calidad en post del mejoramiento de la salud mental de sus habitantes.

El artículo **358** de la Constitución del Ecuador además establece que el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral.

6.5.- Fundamentación Científico -Técnica.

La Teoría Sistémico-Familiar se encuentra en mayor fiabilidad provisto que los teóricos enfocados en procesos terapéuticos internacionales se verifica que la mejor manera de que exista el “cambio”, está en vincular a cada miembro de la familia como un Todo y que el terapeuta buscará la homeostasis que produce dicha crisis en el sistema mejorando su estructura para un mejor funcionamiento con el manejo estratégico de sus esquemas mentales con el fin de reorganizar a la familia mediante una lucha dialéctica de forma colectiva e interacción individual

con los miembros de la familia orientándolos hacia su bienestar y proponiendo la búsqueda de un mejoramiento de su calidad de vida.

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL DE SALVADOR MINUCHIN

Salvador Minuchin (1974) desarrolló la terapia familiar estructural basado en el estudio de la influencia de la familia en el mantenimiento de ciertos síntomas que ocasionaban problema dentro del sistema. Es así que se basa en el hecho de que el individuo no es un ser aislado, sino un miembro activo entre los grupos relacionales en los que se desenvuelve.

Mediante ello Minuchin propone que al modificar la estructura actual de la familia, el terapeuta podría alterar el funcionamiento del mismo, lo cual incidirá en el comportamiento de cada individuo, así entonces el papel del terapeuta es de modelo y maestro encargado de que por medio de este cambio, el sistema opere adecuadamente.

El Asiento De La Patología

Al concebir nuestra mente tanto extra cerebral como intracerebral, y situar la patología en el interior de la mente del individuo aún no se esclarece si está dentro o fuera de la persona. La patología podría involucrarse dentro del paciente, o tanto en su contexto social como también interrelacionando entre los dos. La propuesta de la terapia está orientada en tres axiomas. El primer axioma: la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. Esto referenciando a que el individuo se desarrolla en múltiples contextos como social, familiar, educativo y demás, respondiendo de maneras diferentes en cada uno de ellos y contribuyendo significativamente en el sistema con otros miembros. El segundo axioma: cada cambio de la estructura que la familia maneje contribuye en la resocialización de nuevos constructos intrapsíquicas del sistema que interrelacionan entre sí; y finalmente el tercer axioma precisa en que cuando la terapia se incluye en ese contexto, los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico, y que permite enfocar la modificación de la

conducta de sus miembros, dándonos una reapertura a los beneficios enfocados en el bienestar de cada uno de los sistemas en el que el individuo interactúa.

El Objetivo De La Terapia

La terapia estructural de familia es una terapia de acción. Cada una de las herramientas que enfoca esta terapia consiste en reestructurar un mejor presente, no en explorar y modificar el pasado. “El pasado influyo en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente”. Minuchin (1974)

Por consiguiente enfocarse en las intervenciones del presente del sistema familiar es el pilar magno que guía la terapia sistémica. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas.

“Con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos una posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Así, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino, más bien, para reparar o modificar su funcionamiento para que esta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de auto perpetuación. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta”. Minuchin (1974)

Estructura Familiar

La estructura familiar es un conjunto invisible de normas y demás en funciones, que se encargan de la organización de los miembros de una familia, operando a través de pautas generacionales y de orden establecidas de manera inconsciente.

Así pues esta estructura familiar funciona en base a sistemas integrales de coacción: el primero generacional o genérico que implica la utilización de reglas universales que gobiernan la regulación familiar, por ejemplo las condiciones jerárquica del poder de padres a hijos dados como principios básicos de convivencia y segundo: un sistema idiosincrático, que está expuesto como expectativas mutuas de los miembros en la familia, ejemplo las condiciones de adaptación a pequeños acontecimientos diarios un tanto más explícitos.

El sistema familiar se diferencia y desenvuelve sus funciones a través de subsistemas que integran los miembros de la familia. Estos subsistemas puede ser formados por generación, sexo, interés o función; por ende cada miembro de la familia formará un determinado subsistemas dentro del núcleo familiar como fuera de él. La organización de dichos subsistemas son los que permiten organización en una familia al mismo tiempo que desarrolla sus habilidades interpersonales en diferentes niveles.

Este empoderamiento de cada subsistema está constituido en base a los límites establecidos de forma colectiva o individual, ya que las reglas van modificándose en base al subsistema que pertenezcan por ejemplo: el límite de un subsistema parental se encuentra definido a la orden de los padres como la hora de llegada a casa o la designación de tareas. Estas funciones de dichos limites permiten protegeré las diferenciaciones de los otros subsistemas que requieren demandas diferentes a los miembro que la componen. Sin embargo, la estructura familiar deberá ser capaz de adaptarse a cada cambio de las circunstancias si así lo exigiesen. Estos cambios tanto internos como externos permitirán con mayor facilidad la adaptabilidad y la transformación del sistema sin perder la continuidad o el desenvolvimiento de los miembros.

La estructura de la familia, incluyendo los subsistemas y sus límites, se diagnostica en términos de estructuras de comunicación, adaptación y poder jerárquico. Se observan los subgrupos (esposos, padres y hermanos) a la búsqueda de fallas generacionales, alianzas, conflictos; así se exploran los limites observando su firmeza y flexibilidad, rigidez o difuminado, o el nivel de implicación que tienen.

Formación del sistema terapéutico.

El terapeuta utiliza intervenciones físicas activas como también la comunicación verbal. Estas intervenciones son especialmente útiles con familias socioeconómicas inferiores en que la acción concreta es más efectiva que el uso del lenguaje. Los objetivos consisten en reestructurar la familia en el aquí y en el ahora, para establecer límites adecuados entre los subsistemas, reforzar la autoridad parental y facilitar la comunicación y la resolución de problemas entre los miembros que integran el núcleo familiar. En este enfoque se examina toda probabilidad para abordar las dinámicas intrapsíquicas o explorar el pasado de la familia de origen, aquí no se utilizan las interpretaciones orientadas al insight, si no explícitamente al Cambio.

Unión y acomodamiento.

La técnica de Unión en la terapia familiar se puede emplear cuando el terapeuta direcciona acciones relacionadas tanto a los miembros de la familia como con su estructura interrelacionar; en cambio el Acomodamiento el terapeuta puede utilizarse como inferencia a lograr la alianza entre los subsistemas que se maneja dentro de la familia. Para aliarse a un Sistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización su estilo y unirse con ellos para experimentar las pautas transaccionales de la familia, saber cómo siente, piensa y se comporta. El terapeuta reconoce el predominio de determinados temas familiares y participa en conjunto con los miembros de la familia en su exploración. Cuando traspasa los umbrales familiares, debe estar alerta ante los mecanismos de estabilidad del sistema.

Los tropiezos de la familia en relación con el terapeuta constituyen factores que permiten conocerla. Del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, la familia también de acomodarse para unirse a él. El terapeuta dentro de la familia experimenta presiones del sistema; al mismo tiempo, observa el sistema realizando deducciones que le permiten transformar su experiencia en un mapa familiar en la que basa sus objetivos terapéuticos. Todo aquel que emprende una terapia familiar se ve constantemente impresionado por

la enorme dificultad que existe para transformar un sistema. La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a este. En el desarrollo de la terapia, las intervenciones fundamentales del terapeuta intentan desplazar al sistema terapéutico en la dirección de las metas terapéuticas. Pero el terapeuta también debe responder a los elementos inmediatos de cada sesión. Estas respuestas inmediatas pueden discrepar con las metas finales del tratamiento, debido a que una reestructuración exitosa requiere a menudo el apoyo de las estructuras que con el tiempo pueden verse cuestionadas. En efecto, la terapia es calibrada en dos escalas temporales diferentes. El progreso de la familia hacia las metas terapéuticas se evalúa como los movimientos a lo largo de periodos de tiempo prolongados. La unión y el enfrentamiento de los problemas mediatos se evalúan como intercambios específicos que se producen en una sesión particular.

Rastreo

El rastreo es otra técnica que se emplea en la acomodación dentro de la terapia del sistema en donde el terapeuta realiza un seguimiento de la forma y el fondo de la comunicación de la familia permitiendo enfoca cuáles son sus anexos y axiomas empleados. El rastreo asiente en el cuestionamiento de las preguntas junto con su comunicación en la estructura familiar clarificando la relación del juego entre la familia y el terapeuta mismo que en terapia guía el proceso.

Dicha interacción del rastreo en la terapia permite una posición de interés y líder del terapeuta que se reconoce a sí mismo como moderador de los interés y necesidades que la familia, esclareciendo mediante interacciones direccionales y dinámicas la fluidez de la comunicación que permitirán inferir en su preparación de interrelación, sin olvidar sus modalidades tradicionales, accediendo a cada acción de la familia producida en la sesión y rastreando cada una de sus directrices de fortalecimiento de su terapia. El terapeuta no inicia una acción: él conduce siguiendo, convalida a la familia tal como es, estimulando y aceptando sus comunicaciones. Como el mantenimiento, el rastreo puede utilizarse como una estrategia de reestructuración. Minuchin (1974 pág. 188-189).

Mimetismo

“Un terapeuta puede utilizar el mimetismo para acomodarse a un estilo familiar y a sus modalidades afectivas. Así, adopta el ritmo familiar de comunicación, disminuyendo su ritmo, por ejemplo, en una familia habituada a pausas prolongadas y lentas respuestas; en una familia jovial, asume una actitud jovial y expansiva, etc.” Minuchin (1974). El terapeuta se involucra dentro del sistema de la familia en toda condición intrínseca, por lo cual permitirá evidenciar experiencias iguales y así plantear situaciones que expliquen el porqué de dichos comportamientos a los que se exponen los miembros de la familia.

“En el marco del sistema terapéutico, las operaciones miméticas son por lo general implícitas y espontáneas”. Minuchin (1974, pág. 191). Por consiguiente cada proceso de acomodación se incluye en el comienzo de la reestructuración familiar. El terapeuta así, utilizar su análisis para conllevar a la familia que incremente su interrelación afectiva desarrollando capacidades que contemple la familia.”

Diagnóstico.

En terapia familiar, el diagnóstico es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. Un diagnóstico familiar, requiere cada una de las herramientas explicadas con anterioridad para formar un sistema terapéutico adecuado seguido por su evaluación de sus experiencias de la interacción de la familia en el presente. El enfoque de la familia en relación con su problema se orienta por lo general hacia el individuo y hacia el pasado. El objetivo de sus miembros consiste en que el terapeuta cambie al paciente identificado, enfocando la unión de la familia como un todo, como un sistema íntimamente interrelacionado y que cada situación de cambio esta inferido para todos.

Coparticipación.

La coparticipación está involucrando al terapeuta en posición de liderazgo. Esto más de ser una técnica es una arte o una actitud que adopta el Líder, no solo

al ofrecer apoyo, sino también crear un ambiente de homeostasis entre todos los miembros de la familia y el cuestionamiento de actitudes disfuncionales, es por eso que se involucra, metas compartidas que se manifiestan en reducir conflictos y tensiones como un todo y aprender nuevos modos de superar dificultades.

Planificación.

El terapeuta de familia ha aprendido a teorizar más allá de los datos que poseen acerca de la familia, pero consiente que la estructura solo aparecerá en el proceso de coparticipar con la familia, sondear sus interacciones. Sin embargo una hipótesis inicial puede ser invaluable, para el terapeuta para hacer un contacto inicial y orientar sus primeros sondeos. Se basará en la configuración familiar que indica posibles campos funcionales y posibles eslabones débiles dentro de su ordenamiento estructural.

“Al mismo tiempo que recoge material para un mapa estructural, el terapeuta introduce pruebas experimentales. En cierto modo, su sola presencia es una prueba, porque la familia se organiza en relación con él. Pero, además, puede imponer la realización de tareas planificadas para indagar acerca de aspectos significativos de la estructura familiar. El terapeuta familiar se considera a sí mismo como un miembro actuante y recreativo en relación con el sistema terapéutico. Para asociarse con la familia, subraya los aspectos de su personalidad y experiencia que son sintónicos con los de la familia. Pero también conserva la libertad de ser espontáneo en sus indagaciones experimentales”. Minuchin (1974 pág. 140)

Cambio

Cada familia que acude a terapia tiene con disposiciones psicológicas y estructuras mentales diferentes, por lo cual no se puede inferir su sintomatología a simple modo, hay que introducirnos en la psique de la familia mimetizarnos en ella para poder condensar la forma que tiene de interrelacionar entre sí, pudiendo de primera instancia planificar la respuesta a la evaluación por medio de una terapia guiada al focus del problema. Ésta indicará posibles ejidos eficaces y

potenciales relaciones débiles dentro de su simbolización estructural. El terapeuta se forma una idea sobre cierta familia como un todo tras una primera inspección de ciertos aspectos básicos de su estructura. Como en su mayoría, el terapeuta de familia no cuestiona la percepción de la realidad de los pacientes, más bien explica a los miembros de la familia que sus experiencias son debatibles, ya que el terapeuta sabe que la realidad es más compleja.

“Los pacientes evolucionan por tres causas. En primer lugar, se cuestiona su percepción de la realidad. En segundo lugar se les proporcionan posibilidades alternativas que les parecen adecuadas. Y, en tercer lugar, una vez que ensayaron las pautas transaccionales alternativas aparecen nuevas relaciones que se refuerzan a sí mismas”. Minuchin (1974 pág. 177).

Reencuadramiento.

La terapia parte en consecuencia, del choque entre dos encuadres de la realidad. El de la familia es pertinente para la continuidad y el mantenimiento de ese organismo en condiciones más o menos estables; el encuadre terapéutico atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional. El terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que la familia considera importante. Pero ya el modo en que el recoge la información dentro del contexto de la familia encuadra lo recogido de manera diversa. Entonces la tarea del terapeuta es convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar, las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad contribuyen al logro de un encuadramiento terapéutico.

En la **escenificación**, el terapeuta asiste a los miembros de la familia que interactúen en su presencia, y ello con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquellos la definen. Después reorganiza los datos, poniendo el acento en ciertos aspectos y cambiando el sentido de lo que ocurre; introduce nuevos elementos e insinúa modos diferentes de interactuar, que de este modo se actualizan dentro del sistema terapéutico. En el **enfoque**, cada terapeuta distingue

síntesis pertinentes para el cambio terapéutico, establece las reseñas de las interacciones de la familia de acuerdo a un tema que les imparte un sentido nuevo. En la **obtención de intensidad**, el terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico. Destaca la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, las diversas modalidades que ellas cobra y cuánto penetra los diferentes roles familiares. La obtención de intensidad, lo mismo que el enfoque y la escenificación, contribuye en particular a sustentar la vivencia de una realidad nueva, terapéutica, donde se cuestionan el síntoma y la posición que su portador ocupa en la familia.

Reestructuración.

Las sistematizaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que a la familia le corresponde afrontar en la tentativa de conseguir un cambio verdadero de ámbito terapéutico. Se distinguen de las operaciones de unión por el desafío que plantean. Las operaciones de unión no constituyen un reto; al contrario provocan que abrevie el trayecto entre el terapeuta y la familia, ayudando al terapeuta a fusionarse con la familia debido a que juntos previenen en los efectos de la deliberación terapéutica. Sin embargo, las operaciones de reestructuración y de unión son interdependientes. La terapia no puede lograrse sin la unión, pero ésta no tendrá éxito sin la reestructuración. A menudo resulta complejo diferenciar entre uno y otro: la unión, en efecto, puede utilizarse como una técnica reestructurante. Pero cuando una operación de unión es utilizada con fines de reestructuración, no se lo hace enfrentando a la familia. Al valerse de las operaciones de unión con fines de reestructuración, el terapeuta utiliza el oportuno movimiento de la familia para promoverla en dirección de las metas terapéuticas.

“Cuando el terapeuta se une a la familia, debe encarar dos tareas fundamentales. Debe acomodarse a la familia, pero también debe mantenerse en una posición de liderazgo dentro de la unidad terapéutica. Debe resistir su absorción dentro del sistema familiar. Debe adaptarse en grado suficiente a la organización familiar para ser capaz de incorporarse

a ella, pero también debe conservar la libertad de intervenir de un modo que cuestione la organización de la familia, obligando a sus miembros a acomodarse a él de un modo que facilitará el movimiento en dirección de los objetivos terapéuticos”. Minuchin (1974, pág. 205)

Las familias en consecuencia asisten a terapia debido a que una parte del sistema en el que viven se encuentra desestructurado lo que impide la vinculación eficiente de los miembros de la familia. Dichas familias con esquemas y pensamientos disfuncionales se acogen directamente a un cambio total de sus esquemas, para permitir por medio de estas interacciones se modifique y mejore el bienestar que buscan, y por ende mejorando su estilo de vida que beneficie su desembolvimiento efectivo dentro de la sociedad.

6.6.- Metodología.

FASE I

ALIANZA TERAPÉUTICA

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS
Creación del ambiente terapéutico	Proporcionar un ambiente terapéutico que permita al terapeuta y la familia un trabajo eficiente	Rapport	Primer día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.
		Escucha Empática	Primer día		
	Explicar las metas y objetivos del tratamiento	Encuadre terapéutico	Primer día		
		Elaboración del genograma Familiar	Primer día		
Recolección de información sobre la problemática de la familia	Esclarecer la dinámica de la familia hacia la terapia	Escucha empática y Rastreo a cada miembro de la Familia	Segundo día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.
		Establecer una alianza y el contrato terapéutico	Segundo día		

Cuadro #4 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE II

FORMACIÓN DEL SISTEMA TERAPÉUTICO

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS
Profundización del Sistema Familiar	Organizar las etapas de participación familiar	Realizar un Genograma detallado de la familia	Tercer día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia. Historias Clínicas
		Historia clínicas de cada miembro de la familia	Cuarto al Sexto día		
	Implementar tareas de participación y comunicación	Interacción en elementos de comunicación participativa – Asignación de tareas	Séptimo día		
		Interferir en centrar la problemática al individuo que es el Síntoma	Octavo día		
Unión y Acomodamiento	Especificar las contradicciones y soluciones que intentaron como familia	Mantenimiento y participación de la dinámica familiar	Noveno-Décimo día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia. Historias Clínicas
		Esclarecimiento	Décimo Primer día		
	Incorporar las metas, los objetivos y necesidades individuales	Coparticipación	Décimo Segundo – Décimo Tercer día		
		Transformación de sus experiencias en objetivos terapéuticos	Décimo Cuarto- Décimo Sexto día		

Cuadro #5 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE III

REDEFINICIÓN

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS
Diagnóstico	Inferir en el punto focal de conflicto para objetivar hacia donde se dirige la terapia	Resultado de la interpretación de las Historias Clínica – Genograma y Entrevista psicológica	Décimo Séptimo día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.
Modelamiento comunicacional dentro de la familia	Replanteamiento de habilidades comunicacionales	Recreación de los canales de comunicación	Décimo Octavo día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.
		Manipulación de los espacios	Décimo Noveno día		
		Mantenimiento	Vigésimo		
		Técnica paradójal	Vigésimo Primer día		

Cuadro #6 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE IV

REESTRUCTURACIÓN

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS	
Reestructuración de la Estructura y Dinámica Familiar	Encuadrar de forma terapéutica la finalidad del sistema familiar	Reencuadramiento	Vigésimo Segundo día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	
	Reorganizar roles y alianzas problemáticas del sistema familiar	Escenificación	Vigésimo Tercer día			
		Enfoque	Vigésimo Cuarto día			
		Obtención de la intensidad	Vigésimo Quinto día			
	Reestructuración en busca del cambio terapéutico	Creación de una nueva realidad sistémica		Vigésimo Sexto día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.
		Fronteras, Desequilibramiento		Vigésimo Séptimo día		
		Consolidación y Reagrupación por medio de nuevas realidades		Vigésimo Octavo día		
		Transformación en construcciones mentales familiares saludables		Vigésimo Noveno día		

Cuadro #7 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE V

FINALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RECURSOS
Empoderamiento Familiar	Reafirmar la resolución de los conflictos internos familiares	Reencuentro familiar al manejo de la nueva realidad sistémica	Trigésimo día	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.
	Enseñar la fortaleza del empoderamiento en cada miembro de la familia	Talleres familiares basados en el empoderamiento	Trigésimo Primer día		
Seguimiento	Acompañar al sistema familiar en el proceso de vinculación efectiva	Seguimiento terapéutico por medio de sesiones a largo plazo	Indefinido (Por propuesta familiar)	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.

Cuadro #8 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

PLAN OPERATIVO

FASE I Alianza Terapéutica

N. DE SESIONES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	DURACIÓN
1	Proporcionar un ambiente terapéutico que permita al terapeuta y la familia un trabajo eficiente	Rapport Escucha Empática	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	30 m
2	Explicar las metas y objetivos del tratamiento	Encuadre terapéutico Elaboración del genograma Familiar	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	30 m
3	Esclarecer la dinámica de la familia hacia la terapia	Escucha empática y Rastreo a cada miembro de la Familia Establecer una alianza y el contrato terapéutico	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h

Cuadro #9 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE II Formación del Sistema Terapéutico

N. DE SESIONES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	DURACIÓN
4	Organizar las etapas de participación familiar	Realizar un Genograma detallado de la familia	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
5	Organizar las etapas de participación familiar	Historia clínicas de cada miembro de la familia	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h
6	Implementar tareas de participación y comunicación	Interacción en elementos de comunicación participativa – Asignación de tareas	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h
7	Implementar tareas de participación y comunicación	Interferir en centrar la problemática al individuo que es el Síntoma	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m

8	Especificar las contradicciones y soluciones que intentaron como familia	Mantenimiento y participación de la dinámica familiar Esclarecimiento	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
9	Incorporar las metas, los objetivos y necesidades individuales	Coparticipación	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
10	Incorporar las metas, los objetivos y necesidades individuales	Transformación de sus experiencias en objetivos terapéuticos	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m

Cuadro #10 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE III Redefinición

N. DE SESIONES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	DURACIÓN
11	Inferir en el punto focal de conflicto para objetivar hacia donde se dirige la terapia	Resultado de la interpretación de las Historias Clínica – Genograma y Entrevista psicológica	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia. Historias Clínicas	1 h
12	Replanteamiento de habilidades comunicacionales	Recreación de los canales de comunicación	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h
13	Replanteamiento de habilidades comunicacionales	Manipulación de los espacios	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m

14	Replanteamiento de habilidades comunicacionales	Mantenimiento	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
15	Replanteamiento de habilidades comunicacionales	Técnica paradójal	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m

Cuadro #11 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE IV Reestructuración

N. DE SESIONES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	DURACIÓN
16	Encuadrar de forma terapéutica la finalidad del sistema familiar	Reencuadramiento	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h

17	Reorganizar roles y alianzas problemáticas del sistema familiar	Escenificación	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h
18	Reorganizar roles y alianzas problemáticas del sistema familiar	Enfoque	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
19	Reorganizar roles y alianzas problemáticas del sistema familiar	Obtención de la intensidad	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
20	Reestructuración en busca del cambio terapéutico	Creación de una nueva realidad sistémica	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m

21	Reestructuración en busca del cambio terapéutico	Fronteras, Desequilibramiento	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	45 m
22	Reestructuración en busca del cambio terapéutico	Consolidación y Reagrupación por medio de nuevas realidades	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h
23	Reestructuración en busca del cambio terapéutico	Transformación en construcciones mentales familiares saludables	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h

Cuadro #12 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

FASE V Finalización y Seguimiento

N. DE SESIONES	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	DURACIÓN
24	Reafirmar la resolución de los conflictos internos familiares	Reencuentro familiar al manejo de la nueva realidad sistémica	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	1 h
25	Enseñar la fortaleza del empoderamiento en cada miembro de la familia	Talleres familiares basados en el empoderamiento	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	2 h
Durante el proceso de vinculación efectiva de la familia	Acompañar al sistema familiar en el proceso de vinculación efectiva	Seguimiento terapéutico por medio de sesiones a largo plazo	Investigador	Instalaciones de la institución. Familia que asiste a terapia.	Indefinido (Por propuesta familiar)

Cuadro #13 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

6.7.- Administración.

6.7.1. Recursos Institucionales:

- Universidad Técnica de Ambato.
- Facultad Ciencias de la Salud.
- Carrera Psicología Clínica.
- Hospital Provincial Docente Ambato

6.7.2. Recursos Humanos:

- **Tutor de la investigación:** Psc. Clí. Juan Sandoval
- **Investigadora:** Luis Marcelo López
- **Director del H.P.D.A: Director del Hospital**
- Departamento de Psicología del Hospital Docente Ambato

6.7.3. Recursos Materiales:

- Material de oficina
- Equipos audiovisuales

6.7.3. Presupuesto:

RUBROS DE GASTOS	VALOR
1.- Personal Técnico	1200 \$
2.- Equipos Audiovisuales	300 \$
3.- Material de oficina	100 \$
4.- Transporte	100 \$
TOTAL:	1700 \$

Cuadro #14 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

6.8.- Previsión de la evaluación.

La propuesta será evaluada de manera continua dentro de la institución en la cual esta predispuesta realizarla, validándose la misma por medio de un seguimiento de los/las pacientes asistentes en forma continua con la entrevista psicológica a su contexto familiar y personal enfocada en el lineamiento del plan operativo planteado.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Quiénes solicitan evaluar?	Autoridades, investigador y docentes
¿Por qué evaluar?	Porque permitiría el seguimiento de la vinculación efectiva de la estructura familiar en las adolescentes que asisten a la institución.
¿Para qué evaluar?	Para conocer y desarrollar herramientas que permitan interaccionar de manera adecuada en el sistema familiar
¿Qué evaluar?	La relación parental filial y su vinculación a la calidad de vida de las madres adolescentes
¿Quién evalúa?	El Investigador
¿Cuándo evaluar?	Permanentemente
¿Cómo evaluar?	Mediante entrevistas psicológicas y herramientas de evaluación psicométrica.
¿Con qué evaluar?	-Cuestionario de Salud SF-36 -Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar CESF.

Cuadro #15 Fuente: López Luis Marcelo. (2013)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2003). *Manual de Diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales IV. TR.* Barcelona-España: Masson. S.A.

Engler. B. (1996). *Introducción a las Teorías de la Personalidad.* México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.

Estrada, M. & Urbina, E. (2008). *Estilos parentales de familias con adolescentes con embarazo a temprana edad.* (Tesis de grado para Licenciado en psicología). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.

Freud, S. (1930). Obras Completas, en *El Malestar de la Cultura.* (Vol. XXI, pp. 9-113)

Freud, S. (1930). Obras Completas, en *El Porvenir de una Ilusión.* (Vol. XIV, pp. 5-66)

Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). *Terapia de Grupo.* Madrid-España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Kolb, B. & Whishaw (2006). *Neuropsicología Humana.* Madrid-España: Ed. Médica panamericana.

Masterson, J. F. (1986). *El Yo Real.* (The Real Self). New York: Ed. Masterson Group, P.C.

Minuchin, S. & Fishman, CH (2004). *Técnicas de Terapia Familiar.* (pp. 63-76). Buenos Aires: Paidós.

- Minuchin, S. (1974). *Familia y Terapia Familiar*. (pp. 78-107). Barcelona-España: Gedisa.
- Palacios, D. (2005). *Estilos Parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Papalia, D. (1983). *Psicología*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Papalia, D. (2009). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología*. Barcelona-España: Ed. Labor S.A.
- Pinel, J. (2001). *Biopsicología*. Madrid-España: Ed. Pearson Educación. S.A.
- Prada, R (2006). *Escuelas Psicológicas Y Psicoterapéuticas*. Bogotá-Colombia: Ed. Sociedad de San Pablo.
- Preston, J. (1998). *Terapia Breve Integradora*. Bilbao-España: Desclée De Brouwer.
- Proaño, J. & Saltos, R. (1998). *Estadística Aplicada a la Investigación*. UTA, Ambato-Ecuador.
- Rangel, J. & Yajure N. (2009). *Causas y consecuencias del embarazo en adolescentes que asisten al ambulatorio urbano tipo II "Dr. Agustín Zubillaga*. (Tesis de grado para Licenciado en Enfermería). Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos” San Felipe Estado Yaracuy.
- Schopenhauer, A. (1818). *Arte del buen Vivir*. Ed. Edaf 1993.

Tachlitzky, A. (2009). *Psicología Juvenil*. Barcelona-España: Ed. Océano, (pp. 36-37; 114-117)

LINKOGRAFÍA

Alonso J, Prieto L & Antó J (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med. Clin.* 1995; 104: 771-6. Recuperado de: <http://www.bibliopro.org/buscador/38/cuestionario-de-salud-sf-36>

Alonso R., Campo A., González A., Rodríguez B. & Medina L. (2005). *Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales*. La Habana-Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500009&lng=es&nrm=iso

Argota. R., Coello J., Cabrera J., & Monier G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev. Cubana Enfermer.* Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400009&lng=es

Betancourt A, (2002). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 28 (2), 1-18 Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm

Calderón, J. & Alzamora, L. (2006). Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Rev. Med. Vallejana* 3(2). 1-14. Recuperado de: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rmv/v3n2/a04v3n2.pdf>

Casas, Mario (2010). Calidad de vida del adolescente. *Rev. Cubana Pediátrica*. 82(4) pp. 112-116. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000400012&lng=es&nrm=iso

Esteves, E., Musito, G., & Herrero, J. (2005). “El Rol de la Comunicación Familiar y el Ajuste Escolar en la Salud Mental del Adolescente”. Valencia - España. Universidad de Valencia. *Departamento de Psicología Social. Salud Mental*. 28(4) 81- 89. Recuperado de: http://www.uv.es/lisis/estevez/estevez_salud.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. New York. Recuperado de: www.unicef.org/sowc2011.

Instituto nacional de Estadística y Censos. INEC (2010). Censo de población y Vivienda 2010. Recuperado de www.ecuadorencifras.gob.ec

Meil, G. (junio, 2006): *Padres e hijos en la España actual*. Barcelona-España. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=498008>

Moyano, E., & Ramos N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Rev. Universum*, 22(2), pp. 177-193. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762007000200012&script=sci_arttext

Organización Panamericana de la Salud. OPS (2002). *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Washington, DC: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. 2002. Recuperado del sitio de internet de la OMS:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view
&gid=16931&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid)

Palacios, D. & Andrade, PP. (2008). Influencia de las practicas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Revista de Investigación Universitaria Multidisciplinaria*. 7(7). 1– 17. Recuperado de: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2986557.pdf&ei=KH0CUtyLJ9bd4AOJ4Y CQBQ&usg=AFQjCNGf4q1ZEzqBOia9WXfu0l66XFePyA&sig2=hkl3wt5w7iwBz5hfhvDuw>

Stern C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública México*. 39(2).137-143. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008

Urzúa, A. (2012). Calidad de Vida una revisión teórica al concepto. Chile. 30(1), 61-71. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

Veenhoven, R. (1998). *Calidad de Vida y Felicidad no es exactamente lo mismo* Publicado en italiano en:" G. De Girolamo y col. (eds.) "'Qualita' della vita e felicita' "; Torino-Italia Centro Scientifico Editore. Recuperado del sitio de internet: http://repub.eur.nl/res/pub/8770/2001e-fulls_.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

Altamirano, F. (2014). *Problemas Filiales y su incidencia en los trastornos adaptativos de adolescentes que acuden a la oficina técnica de la unidad*

judicial de la familia, mujer, niñez y adolescencia de Ambato. (Tesis de grado). UTA. Ambato-Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7954>

Castillo. P, (2011). *Los Problemas Paterno Filiales como mantenedores de conductas no asertivas en los adolescentes estudiantes del 1er año de electromecánica del Colegio Técnico Popular Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato.* (Tesis de grado en Psicología Clínica). UTA. Ambato. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/939>

Herrera, L. Medina & Naranjo, G. (2004). *Tutoría de la Investigación Científica.* UTA, Ambato-Ecuador. Ed. Graficas Corona Quito. <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3956>

López, G (2013). *La disfunción familiar y su influencia en el Rendimiento académico de los estudiantes que integran los 5tos y 6tos grados de la escuela “Pedro Vicente Maldonado” del cantón de baños de agua santa en el período noviembre 2012-junio 2013.* (Tesis de Grado). UTA. Ambato-Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5895>

López, W (2014). *La disfunción familiar y la incidencia en los estilos cognitivos de los NNA en acogimiento de la Fundación Proyecto Don Bosco Ambato en el periodo junio – diciembre 2013.* (Tesis de Grado). UTA. Ambato-Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7956>

Pullupaxi, M (2011). *La carencia afectiva como factor determinante en el Inicio precoz delas relaciones sexuales en las Adolescentes de 13 a 18 años de*

edad, estudiantes del Colegio técnico Agoyán del cantón baños. (Tesis de grado en Psicología Clínica). UTA. Ambato-Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3956>

Quinatoa, R. (2012). *La dependencia afectiva como causante de las relaciones sexuales precoces en las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Provincial General de Latacunga durante el periodo septiembre 2010 – agosto 2011.* (Tesis de Grado). UTA. Ambato-Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7647>

ANEXOS

N° H Cl:.....

1.1 ENTREVISTA PSICOLÓGICA SOBRE EL ESTILO DE CRIANZA

Responda el siguiente cuestionario acerca de su percepción del Tipo de Estilo de Crianza que Ud. considera vivido.

- Edad _____ -Estado Civil _____ -Nivel Educación _____

-Número De Hijos (Si Los Tiene) _____ -Con Quien Vive _____

- Se considera de etnia: Blanco; Mestiza; Indígena; Negra; Otra.

- ¿Cuál es su actividad actual?

Ama de casa _____ Estudiante _____ Desempleado _____ Otro _____

• ¿Cómo Considera Ud. que ha sido su Estilo de Crianza?

1. Autoritario () 2. Democrático () Permisivo () Negligente ()

• ¿Considera Que El Estilo En El Que Ha Sido Criado Afectado Su Desarrollo En Su Vida?

Si () No ()

• ¿Culpa a sus padres por la forma que le criaron de lo que hoy le está pasando?

Si () No ()

• ¿Se Siente Comprendida y Apoyada Por Su Pareja?

Si () No ()

• Considero que la Atmosfera de mi Familia es

- 1) Cálida y armoniosa 2) Fría y rígida 3) Sin interés en los miembros de la familia

CONTESTE EN CASO DE VIVIR EN LA CASA DE SUS PADRES

- ¿Se Siente Comprendida y Apoyada Por Sus Padres?

Si ()

No ()

- ¿Cómo Reaccionaron Sus Padres Cuando Supieron Que Estuvo Embarazada Siendo Adolescente?

- 1) Me insultaron y me sacaron de la casa 2) Me entendieron y apoyaron 3) Les dio igual

Gracias Por Su Colaboración

He Sido Informada Sobre La Utilización De Los Datos Y He Consentido El Manejo De Las Respuestas Emitidas _____

Visto. _____

Identificación Fecha

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año
Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año
Mucho peor ahora que hace una año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual

¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora,

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

SI NO

a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?

b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

.....

c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej., le costó más de lo normal

.....

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

SI NO

a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional

.....

b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

.....

c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

.....

6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas

¿Cuánto tiempo

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Nunca

- a) se sintió lleno de vitalidad?.....
- b) estuvo muy nervioso?
- c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? ...
- d) se sintió calmado y tranquilo?
- e) tuvo mucha energía?
- f) se sintió desanimado y triste?
- g) se sintió agotado?
- h) se sintió feliz?
- i) se sintió cansado?

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

11.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa
Totalmente falsa

- a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.....
- b) Estoy tan sano como cualquiera
- c) Creo que mi salud va a empeorar
- d) Mi salud es excelente

FUNCIÓN FÍSICA:

FUNCIÓN SOCIAL LIMITACIONES DEL ROL:

PROBLEMAS FÍSICOS LIMITACIONES DEL ROL:

PROBLEMAS EMOCIONALES:

SALUD MENTAL:

VITALIDAD:

DOLOR PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL:

CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO:

TOTAL

Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar –CESF–

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen a las familias. Piensa el grado en que cada una de ellas describe a tu familia y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:

Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
5	4	3	2	1

Por ejemplo:

1.- En mi familia nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos.

Si crees que en tu familia se pide casi siempre ayuda, deberás rodear el número 5. Si, por el contrario, piensas que casi nunca se pide ayuda, rodearás con un círculo el número 1.

La prueba consta de dos partes; una relativa a cómo es tu familia y otra, a cómo te gustaría que fuese.

No existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

¿CÓMO ES TU FAMILIA?

1. Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos..... 1 2 3 4 5
2. Cuando surge un problema se tiene en cuenta la opinión de los hijos.....1 2 3 4 5
3. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia..... .1 2 3 4 5
4. A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos.... 1 2 3 4 5
5. Preferimos relacionarnos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos...).....1 2 3 4 5
6. Diferentes personas de nuestra familia mandan en ella.....1 2 3 4 5
7. Nos sentimos más próximos entre nosotros que entre personas que no pertenecen a nuestra familia..... 1 2 3 4 5
8. Nuestra familia cambia la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres..... 1 2 3 4 5

9. Nos gusta pasar el tiempo libre juntos.....1 2 3 4 5
10. Padres e hijos comentamos juntos los castigos.....1 2 3 4 5
11. Nos sentimos muy unidos entre nosotros.....1 2 3 4 5
12. En nuestra familia los hijos también toman decisiones.....1 2 3 4 5
13. Cuando la familia tiene que realizar alguna actividad conjunta, todos los miembros participan..... 1 2 3 4 5
14. En nuestra familia las normas o reglas pueden cambiarse..... 1 2 3 4 5
15. Se nos ocurren fácilmente cosas que hacer en común.....1 2 3 4 5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia..... 1 2 3 4 5
17. A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros..... 1 2 3 4 5
18. Es difícil saber quién manda en nuestra familia..... 1 2 3 4 5
19. El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros.....1 2 3 4 5
20. Es difícil decir qué tarea realiza cada miembro de la familia.....1 2 3 4 5

¿COMO TE GUSTARÍA QUE FUESE TU FAMILIA?

Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
5	4	3	2	1

ME GUSTARÍA QUE:

1. Nos pudiéramos ayuda entre nosotros cuando la necesitásemos.....1 2 3 4 5
2. Cuando surgiese un problema se tuviese en cuenta la opinión de los hijos..... 1 2 3 4 5
3. Se aceptaran las amistades de los demás miembros de la familia..... 1 2 3 4 5
4. A la hora de establecer normas de disciplina, se tuviese en cuenta la opinión de los hijos..... 1 2 3 4 5
5. Nos relacionásemos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos...)..... 1 2 3 4 5

6. Diferentes personas de la familia mandasen en ella..... 1 2 3 4 5
7. Nos sintiésemos más próximos entre nosotros que entre personas que no pertenecen a nuestra familia..... 1 2 3 4 5
8. Nuestra familia cambiara la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres..... 1 2 3 4 5
9. Nos gustase pasar el tiempo libre juntos..... 1 2 3 4 5
10. Padres e hijos comentásemos juntos los castigos..... 1 2 3 4 5
11. Nos sintiésemos muy unidos entre nosotros.....1 2 3 4 5
12. En nuestra familia, también los hijos tomasen decisiones.....1 2 3 4 5
13. Cuando la familia tuviese que realizar alguna actividad conjunta todos los miembros participásemos..... .. 1 2 3 4 5
14. En nuestra familia, las normas o reglas se pudiesen cambiar.....1 2 3 4 5
15. Se nos ocurriesen fácilmente cosas que hacer en común.....1 2 3 4 5
16. Nos turnásemos las responsabilidades de la casa, entre los distintos miembros de la familia..... 1 2 3 4 5
17. A la hora de tomar decisiones, los miembros de nuestra familia nos consultásemos entre nosotros..... 1 2 3 4 5
18. Supiésemos quién manda en nuestra familia.....1 2 3 4 5
19. El sentimiento de unión familiar fuese muy importante para nosotros..... 1 2 3 4 5
20. Fuese fácil decir qué papel o tarea realiza cada miembro de la familia..... 1 2 3 4 5

RESULTADOS:

Vinculación emocional (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19):

Flexibilidad (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20):