



**UNIVERSIDAD PARTICULAR ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**TÍTULO:**

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN  
MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE ATENCION  
PRIMARIA DE SALUD MANYLSA DEL DISTRITO DE ATE, 2017**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTORA:**

**BACH. JUDITH PILAR PARIONA ARCE**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Y con todo mi amor y cariño a mi amado esposo por su sacrificio y su esfuerzo por su ayuda en esta carrera que es para nuestro futuro y por creer en mí

A Mis amados hijos Jimena y Carlos por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme día a día y así poder luchar para q la vida nos depare un futuro mejor

A mi amada Madre y hermanos Gonzalo, Gerardo, Giovana quienes con sus palabras de aliento no me dejaban caer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales

## **AGRADECIMIENTO**

Primero agradecer a la universidad Alas Peruanas por aceptar ser parte de esta casa de estudios para poder terminar mi carrera así como también a los diferentes docentes que brindaron su apoyo en mi preparación y culminación de mi carrera

Agradezco también a mi asesor de tesis Dra. Gladys Alayo por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos científicos así como también de haberme tenido toda la paciencia para guiarme en el desarrollo de la tesis

Mi agradecimiento al Dr. Enrique Pizarro Calderón médico jefe del Centro de Salud Manylsa y la obstetriz María Linares por permitir y aceptar que se tomaran las evaluaciones en el Centro de Salud Manylsa

También agradezco a todos mis compañeros de clase durante todos los niveles de la universidad ya que gracias al compañerismo y amistad y el apoyo moral hicieron que mis ganas de seguir adelante no decayeran

A mi compañera de trabajo y amiga Juana Espinoza por el apoyo desinteresado cada vez que fue necesario cambiar de turnos siempre lo hizo con la mejor voluntad

Gracias a todos

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que pudiera existir entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar en mujeres gestantes que acuden al centro de atención primaria de salud Manylsa en Ate. Para tal fin, se evaluó a 137 mujeres gestantes con un periodo prenatal de hasta 8 meses, cuyas edades oscilaban entre 18 hasta los 33 años. El estudio fue de tipo descriptivo – correlacional, con un diseño no experimental y transversal. Se aplicaron la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982) y la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portener y Lavee (1985). Entre los principales resultados se encontró que existe una relación de tipo directa, de un nivel moderado bajo y estadísticamente muy significativa ( $r = ,359$ ;  $p < 0,01$ ) entre las variables en estudio. Además, un 26,3% de la muestra evidenció una tendencia hacia la calidad de vida buena y el 62% posee un nivel de regular a bajo en el funcionamiento familiar general. Se encontró diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en las puntuaciones de media según el nivel educativo en los dominios hogar y bienestar económico, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, también en calidad de vida general y en el dominio medios de comunicación. Finalmente, existen diferencias significativas en las puntuaciones de media de la variable funcionamiento familiar y la dimensión adaptabilidad ( $p < 0,05$ ) según el nivel educativo de las madres gestantes.

**Palabras clave:** Calidad de vida, funcionamiento familiar, mujeres gestantes.

## ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relation that could exist between the quality of life and the familiar functioning in pregnant women that go to the center of primary health care Manylsa in Ate. For this purpose, 137 pregnant women with a prenatal period of up to 8 months, ranging from 18 to 33 years old, were evaluated. The study was descriptive - correlational, with a non - experimental and transversal design. The Olson and Barnes Quality Scale of Life (1982) and the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES III) of Olson, Portener and Lavee (1985) were applied. Among the main results, there was a direct relationship, from a moderate to a low level and statistically very significant ( $r = .359, p < 0.01$ ) among the variables under study. In addition, 26.3% of the sample showed a tendency towards good quality of life and 62% had a low to regular level of general family functioning. There were significant differences ( $p < 0,05$ ) in the mean scores according to educational level in the domains household and economic well-being, family life and extended family, education and leisure, also in general quality of life and in the media domain. Finally, there are significant differences in the mean scores of the family functioning variable and the adaptability dimension ( $p < 0.05$ ) according to the educational level of pregnant mothers.

**Key words:** Quality of life, family functioning, pregnant women.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la calidad de vida se ha convertido en un tema de interés para la comunidad de investigadores de la Psicología, así como otras disciplinas de las Ciencias de la Salud; ello debido al impacto que tiene sobre el bienestar físico, mental y social en el hombre. Lo anterior propició que el constructo calidad de vida haya sido valorado en diversas poblaciones de estudio, así por ejemplo se ha evaluado profesionales, adolescentes y universitarios, a fin de conocer en qué nivel se encuentra esta.

Otro factor a considerar en las pacientes gestantes, además de la calidad de vida, es la familia, considerado como aquel ambiente responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida apropiado para la gestante, procurando que este estilo de vida debe promover el bienestar y desarrollo entre cada uno de los miembros de la familia (Angoma y Poccorpachi, 2011)

Es por tal motivo, que la presente investigación titulada: *“Calidad de vida y funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate 2017”*, se enfocó en conocer la relación que pueda hallarse entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida, por ser dos variables de consideración en la esfera personal y familiar de todo gestante, que influyen directamente en su desarrollo personal y social.

Para cumplir este objetivo principal, se aplicaron la Escala de Calidad de Vida de David Olson y Howard Barnes y la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de David Olson, Joyce Portener y Joav Lavee. La estructura de la investigación está presentada en cinco capítulos que se detallan en los párrafos siguientes:

En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento del problema de la investigación argumentando y manifestando reflexiones que permiten la formulación principal y secundaria del problema de investigación, así como la delimitación propiamente. Asimismo, se establecen los objetivos, hipótesis y justificación.

En el segundo capítulo se contempla el marco teórico iniciándose con una revisión de los antecedentes internacionales y nacionales referidas a las variables en estudio: la calidad de vida y el funcionamiento familiar en pacientes gestantes; se completa dicha información con las bases teóricas y científicas que circunscriben y fundamentan las variables abordadas.

En el tercer capítulo se formula la hipótesis principal y las hipótesis derivadas correspondientes así como se precisan las variables de estudio, sus dimensiones e indicadores, definiéndose estas operacionalmente.

El cuarto capítulo hace referencia a la metodología de trabajo, en la cual se considera el tipo y diseño de investigación asumidos, se describe la población y muestra, especificándose los criterios de inclusión y exclusión de los mismos, asimismo se describe cada uno de los instrumentos de medición usados para cumplir con los objetivos propuestos y se señala el procedimiento respectivo para la ejecución de la misma.

Finalmente, el quinto capítulo especifica los resultados conseguidos una vez que se aplicaron los instrumentos a la muestra completa. Se precisan estadísticas descriptivas, prueba de normalidad y estadísticas inferenciales, con el fin de responder a las preguntas de investigación propuestas para el presente estudio. Además, esta parte está dedicada a la discusión de resultados, las respectivas conclusiones y recomendaciones a considerarse para futuras investigación que utilicen las mismas variables de estudio.



## ÍNDICE

Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Introducción	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Índice	IX
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema principal	3
1.2.2. Problema secundarios	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Importancia de la investigación	6
1.4.2. Viabilidad de la investigación	7
1.5. Limitaciones del estudio	8
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Bases teórico científicas	20
2.2.1. Calidad de vida	20
2.2.1.1. Definición de calidad de vida	20
2.2.1.2. Modelos teóricos de la calidad de vida	24

2.2.1.3. Contexto familiar y calidad de vida	28
2.2.2. Funcionamiento familiar	29
2.2.2.1. Definición de funcionamiento familiar	29
2.2.2.2. Modelo Circumplejo del funcionamiento familiar	31
2.2.2.3. Cohesión y Adaptabilidad	32
2.3. Definición de términos básicos	37
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>40</b>
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	40
3.1.1. Hipótesis general	40
3.1.2. Hipótesis derivadas	40
3.2. Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional	42
3.2.1. Variables a relacionar	42
3.2.2. Operacionalización de variables	43
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>44</b>
4.1. Diseño metodológico	44
4.2. Diseño muestral	44
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	45
4.3.1. Técnicas de recolección de datos	45
4.3.2. Instrumentos de medición	46
4.3.2.1. Escala de calidad de vida	46
4.3.2.2. Esc. de Eval. de la cohesión y Adaptabilidad familiar	48
4.4. Técnicas de recolección de la información	50
4.5. Técnicas del procesamiento de la información	51
4.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	51
4.7. Aspectos éticos contemplados	51

<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>52</b>
5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencias, gráficos, dibujos, tablas	52
5.1.1. Características demográficas de la muestra	52
5.1.2. Frecuencias y porcentajes de la calidad de vida	56
5.1.3. Estadística descriptiva para calidad de vida	64
5.1.4. Frecuencias y porcentajes del funcionamiento familiar	65
5.1.5. Estadística descriptiva para funcionamiento familiar	68
5.2. Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas	69
5.2.1. Prueba de normalidad	69
5.2.2. Comparación de la variable calidad de vida y datos demográficos	70
5.2.3. Comparación de funcionamiento familiar y datos demográficos	78
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	86
5.4. Discusión, conclusiones y recomendaciones	89
5.4.1. Discusión de los resultados	89
5.4.2. Conclusiones	93
5.4.3. Recomendaciones	95
<b>ANEXOS Y APENDICES</b>	<b>97</b>
- Matriz de Consistencia	98
- Consentimiento Informado	101
- Pruebas o Test	102
- INDICE DE TABLAS	
• Tabla 1 Distribución de la muestra según la edad cronológica	52
• Tabla 2 Distribución de la muestra según el nivel educativo	53
• Tabla 3 Distribución de la muestra según el estado civil	54
• Tabla 4 Distribución de la muestra según la composición familiar	55
• Tabla 5 Niveles de Calidad de vida de la muestra	56
• Tabla 6 Niveles de Calidad en la dimensión Hogar y bienestar económico	57
• Tabla 7 Niveles de Calidad: dimensión Amigos, vecindario y comunidad	58
• Tabla 8 Niveles de Calidad en la dimensión Vida familiar y familia extensa	59

• Tabla 9 Niveles de Calidad en la dimensión Educación y ocio	60
• Tabla 10 Niveles de Calidad en la dimensión Medios de comunicación	61
• Tabla 11 Niveles de Calidad en la dimensión Religión	62
• Tabla 12 Niveles de Calidad en la dimensión Salud	63
• Tabla 13 Estadísticos descriptivos para calidad de vida según muestra total	64
• Tabla 14 Niveles del funcionamiento familiar de la muestra	65
• Tabla 15 Niveles para la dimensión Adaptabilidad	66
• Tabla 16 Niveles para la dimensión Cohesión	67
• Tabla 17 Estadísticos descriptivos: funcionamiento familiar: muestra total	68
• Tabla 18 Prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste para los puntajes de calidad de vida y funcionamiento familiar en gestantes.	69
• Tabla 19 Diferencias de medias para calidad de vida según la edad	71
• Tabla 20 Diferencias de medias para calidad de vida según el nivel educativo	73
• Tabla 21 Diferencias de medias para calidad de vida según el estado civil	75
• Tabla 22 Diferencias de medias para calidad de vida: composición familiar	77
• Tabla 23 Diferencias de medias: funcionamiento familiar: edad cronológica	79
• Tabla 24 Diferencias de medias para funcionamiento familiar según nivel educativo	81
• Tabla 25 Diferencias de medias para funcionamiento familiar: estado civil	83
• Tabla 26 Diferencias de medias para funcionamiento familiar según composición familiar	85
• Tabla 27 Análisis de correlación entre calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes gestantes	86
• Tabla 28 Análisis de correlación entre las dimensiones de la calidad de vida y funcionamiento familiar	88
- REFERENCIAS	107

# **CAPÍTULO I:**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

El Perú, en los últimos años, ha sido testigo del creciente aumento de las cifras en las que participan mujeres adolescentes y adultas, que han iniciado un embarazo. Sobre esto, la Encuesta de Demografía y Salud del INEI (ENDES) publicada en el 2014, señala que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en el 2013. Es decir, que de cada 100 adolescentes, entre los 14 y 19 años, 14, están embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas.

Ahora bien, uno de los grandes momentos en la vida de una mujer es el periodo de espera de un hijo; no obstante, estas mujeres necesitan prepararse para el rol de madres y para los eventuales cambios que sufrirá su entorno social, familiar y laboral, para lograrlo y mantener una buena calidad de vida, las pacientes necesitan superar una serie de etapas para conseguir equilibrio y adaptarse progresiva y constantemente durante el periodo de gestación (Cuesta-Vargas y González-Sánchez, 2010).

En la actualidad se observa un creciente interés en el estudio de la calidad de vida y el proceso de embarazo. Desde esta perspectiva, la calidad de vida específicamente durante el embarazo se entiende como el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía de estas mujeres e incluya las menores variaciones en sus vidas habituales (Guarino, 2010).

De hecho, en una investigación llevada a cabo en la clínica universitaria de la Universidad de Texas en Houston con 42 mujeres adolescentes embarazadas, se observaron puntuaciones globales inferiores en los indicadores de calidad de vida durante el embarazo, cuando se compararon con los promedios de la población general. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto la necesidad de proveer ayuda y consejo psicológico a estas mujeres durante la etapa de embarazo, con el objetivo de disminuir posibles complicaciones médicas y psicológicas (Drescher, Monga, Williams, Promecene-Cook y Scneider, 2003, ver en Guarino, Scremín y Borrá, 2010).

En otra investigación ejecutada en 97 mujeres de Estados Unidos quienes presentaron complicaciones durante el embarazo y que fueron informadas de la necesidad de llevar a cabo abortos terapéuticos, se observaron disminuciones significativas en los indicadores de calidad de vida medidos antes del aborto. Un resultado interesante de esta investigación fue que la disminución de las puntuaciones en algunos indicadores de calidad de vida estuvo asociada al conocimiento, por parte de la pareja de la mujer, de la necesidad de llevar a cabo el aborto (Westhoff, Picardoc

y Morrowa, 2003, citado por Guarino, Scremín y Borrás, 2010). A pesar de estas evidencias, poco se conoce sobre la relación que puedan tener ciertas diferencias individuales con la calidad de vida percibida de las embarazadas.

Además de la calidad de vida percibida por las gestantes, existe otro factor determinante en la conservación de la salud: el funcionamiento familiar, que con base en el cumplimiento eficaz de las funciones de cada miembro, se habla en general de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Entonces, el embarazo tiene muchas consecuencias desde el punto de vista individual y familiar, así como en la sociedad en general, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre, por lo que ante el incremento de mujeres embarazadas, en nuestro medio, este estudio tiene como propósito determinar dicha calidad de vida relacionada con la funcionalidad de sus familias.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

¿Cuáles son las características de la calidad de vida en las dimensiones: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate?

¿Cuáles son las características del funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate?

¿Cuáles son las diferencias estadísticas de la calidad de vida en los dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en función a la edad, nivel educativo y estado civil, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate?

¿Cuáles son las diferencias estadísticas de funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en función a la edad, nivel educativo, estado civil y composición familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones de la calidad de vida: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad con las dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate?



### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Describir las características de la calidad de vida en las dimensiones: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.
2. Describir las características del funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.
3. Identificar las diferencias de la calidad de vida en las dimensiones: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en función a la edad, nivel educativo y estado civil, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

4. Analizar las diferencias del funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en función a la edad, nivel educativo, estado civil y composición familiar, en mujeres embarazadas de centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.
5. Establecer la relación entre las dimensiones de la calidad de vida: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad con las dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

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

### **1.4.1. Importancia de la investigación**

El presente estudio se justifica teóricamente, ya que permitió evidenciar el nivel de calidad de vida por parte de mujeres gestantes, entre adolescentes y adultas, así como el nivel de funcionamiento familiar que perciben en sus hogares; la misma que siempre no es observada y tomada en cuenta por los profesionales de salud en sus acciones de intervención y cuidados en la gestantes. Así, la importancia del estudio, radica, en que ofrece información específica y sistematizada acerca de las características de la calidad de vida y funcionamiento familiar; a la vez se conoció en qué medida estas dos variables están asociadas desde la percepción de la población de mujeres en etapa de gestación.

La justificación metodológica, se sustenta porque se utilizaron instrumentos estandarizados que cuentan con validez y confiabilidad. La primera tuvo que ver con la entrega a la población asignada, en este caso mujeres embarazadas, dos cuestionarios con preguntas específicas con un tipo de respuesta para cuantificar los datos referentes a la presencia de indicadores de calidad de vida y los diferentes estilos de funcionamiento familiar, posteriormente se determinó su relación. Una vez recogido los datos y la información, se procedió al análisis entre los mismos para obtener los resultados de investigación, por medio de pruebas psicológicas cuyas propiedades psicométricas sean las más favorables para el estudio.

En lo que respecta a la justificación práctica, ésta permitió, describir y categorizar las variables calidad de vida y funcionamiento familiar; y propició la participación e involucramiento de psicólogos, en la planificación y ejecución de programas de intervención psicológica, los cuales estuvieron dirigidos a fortalecer y afianzar la percepción que se tiene de la calidad de vida y el inadecuado funcionamiento familiar que padecían las gestantes en su contexto.

#### **1.4.2. Viabilidad de la investigación**

La investigación fue viable porque se tuvo acceso a la información primaria tanto en libros, tesis, internet, revistas virtuales, etc. Se contó con acceso a la población de estudio que en este caso son pacientes gestantes que vienen atendándose en el centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate. La ejecución

de la investigación no alteró ni causó ningún daño a ninguna participante, ni a la comunidad, ni al medio ambiente.

### **1.5. Limitaciones del estudio**

Entre las principales limitaciones que se presentaron en esta investigación, se resaltan las siguientes:

- Se encontró escasas investigaciones que asociaran la calidad de vida y el funcionamiento familiar en la población de mujeres gestantes.
- Por cuestiones de tiempo y economía, no se pudo acceder a encuestar a toda la población de mujeres gestantes que viene a atenderse al centro de salud Manylsa de Ate para abarcar a toda la población.

## **CAPÍTULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

En la revisión de los antecedentes internacionales, encontramos los siguientes:

Soto, León y Castañeda (2015) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 1 de la ciudad de Obregón, Sonora, México. Para tal fin, se realizó un estudio transversal y descriptivo en adolescentes embarazadas, seleccionadas aleatoriamente. Se les aplicó el instrumento SF-36 para evaluar calidad de vida relacionada con la salud así como el test APGAR Familiar para valorar su funcionalidad. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Entre los principales resultados se destaca que: de 65 pacientes entrevistadas, 76,9% tuvo buena calidad de vida y 23,1% mala; mientras que 12,3% presentó disfunción familiar severa, 38,5% disfunción moderada y 49,2% fue miembro de una familia funcional. Predominó el estado civil soltera en 75,4%, poseían una escolaridad preparatoria en 69,2% y el 53,3% provenía de la clase obrera. Se concluyó que la calidad de vida en 8 de cada 10 adolescentes embarazadas es buena y la familia se mantuvo funcional en cerca de la mitad de los casos.

Calderón, Inalbis del Río, Rodríguez y Guisandes (2014) realizaron un estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal en 58 gestantes menores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario “Josué País García” de Santiago de Cuba, de enero a diciembre del 2013. El objetivo era determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y la presentación del embarazo en ellas, para lo cual se aplicó dos instrumentos de medición: El Apgar familiar y el FACES III. Los resultados expresan que se observa un predominio del grupo etario de 15 a 18 años, con 36 pacientes (62%). El tipo de familia, con mayor frecuencia fue las familias extensas con un 48,3%. En cuanto a la evaluación del funcionamiento familiar con el cuestionario Apgar familiar, se puso de manifiesto la presencia de la disfuncionalidad en 38 familias, para 65,5%; no obstante, 20 familias eran funcionales, para 34,5 %. Finalmente, la evaluación de la estructura del sistema familiar con el instrumento Faces III en la dimensión de lo percibido, se halló que todas las familias disfuncionales eran disgregadas, con un nivel bajo de cohesión familiar, en comparación con las familias de funcionamiento normal, en las que no se mostró este nivel.

En ese mismo año, Castellón (2014) llevó a cabo un estudio con el objetivo de describir la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes, en la Comunidad de Mesolandia del Municipio de Malambo, (Atlántico), en el primer semestre del 2010. Se empleó un diseño metodológico de tipo descriptivo, de corte transversal realizado mediante la aplicación de dos instrumentos: Ficha Sociodemográfica y Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E), a 80 familias con adolescentes gestantes residentes en la Comunidad de Mesolandia

de Malambo (Atlántico). Los resultados señalan que: La muestra estudiada destaca el predominio de las familias que viven en unión libre (74%), con 4 y 6 integrantes (68%), en ciclo familiar con preescolar (47%), con un ingreso mensual de un salario mínimo (42%), la mayoría de los integrantes de las familias han alcanzado el grado de escolaridad secundaria completa (38%) incompleta (27%). El 78% profesan mayoritariamente la religión católica. En cuanto al nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, predomina el nivel intermedio con un (63.75 %) seguido por el nivel alto (23.75%) y un nivel bajo de (12.5%). Por último, las conclusiones fueron: Predomina el nivel intermedio en la funcionalidad familiar, con un 63.75%, lo que nos podría indicar que éstas familias pueden presentar inflexibilidad ante las nuevas experiencias que viven sus adolescentes gestantes, y un (12.5%), con un nivel bajo de funcionalidad familiar posiblemente relacionado con serias dificultades para suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales en su núcleo.

Arias, Carmona, Castaño, Castro, et al. (2013) analizaron la funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de atención de ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia). El estudio fue de corte transversal con una población de 190 mujeres embarazadas entre los 12 y 21 años, el instrumento utilizado fue una encuesta escrita, anónima, que interrogaba sobre variables sociodemográficas, relación con sus padres, niveles de comunicación con los padres, situaciones conflictivas en la familia y funcionalidad familiar medida por el APGAR familiar. Se obtuvieron como resultados que el promedio de edad fue de 18 años, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, entre ninguna y regular relación

con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar, 25,8% depresión, 23,2% de consumo de alcohol, 36,3% pensaban que no iban a quedar embarazadas al tener relaciones sexuales, 26,8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ( $p=0,000$ ), la no presencia de embarazo en < de 17 años ( $p=0,020$ ), no empleo de métodos anticonceptivos ( $p=0,000$ ), alto número de embarazos ( $p=0,025$ ), no presencia de abortos inducidos ( $p=0,007$ ), hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres ( $p=0,000$ ).

Estupiñán y Vela (2012) analizaron la calidad de vida percibida por madres estudiantes universitarias de Colombia. Se usó un estudio comprensivo de tipo fenomenológico hermenéutico. Se usaron relatos de vida y entrevistas con 34 estudiantes, entre los 19 y 24 años de edad, que fueron o son madres adolescentes. Mediante análisis cualitativo, se triangularon los discursos para establecer la relación entre la práctica y el fenómeno social estudiado. Como resultado se encontró que la universidad como red de apoyo social es percibida negativamente; las madres estudiantes sienten rechazo y desconsideración. Su situación económica es difícil. En ocasiones se sienten solas y experimentan vacío afectivo. El deterioro en la salud física, el estrés y la depresión hacen que la salud emocional también se vea afectada; generalmente tienen dificultad para comer y dormir. La maternidad asumida positivamente genera productividad personal, que encamina sus objetivos al crecimiento profesional, para obtener un buen desempeño laboral. La conclusión principal fue que la calidad de vida de las estudiantes madres está ligada a la



condición de sus relaciones familiares y al apoyo social que perciben en el contexto universitario.

Por su parte, Guridi, Franco, Guridi, Cabana y Fernández (2012) realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en las familias de mujeres embarazadas, atendidas en la consulta multidisciplinaria del Policlínico Universitario Mártires de Calabazar durante el período de enero a diciembre del 2010, con el objetivo de caracterizar la familia de dichas gestantes; la muestra estuvo conformada por 53 mujeres embarazadas, según criterios de inclusión y exclusión. Fueron estudiadas las variables edad, escolaridad, ocupación, relación de pareja, clasificación de la familia, funcionamiento familiar y repercusión familiar del embarazo en la adolescencia como problema de salud. Se aplicó una entrevista semiestructurada, el FF-SIL y el IRFA. Como resultados, predominó el grupo de 20 a 23 años de edad (96,2%), la escolaridad de secundaria completa (47,2%), inestabilidad de pareja (58,5%) y las desocupadas (64,9%). Los mayores porcentajes correspondieron a las familias monoparentales (79,2%), medianas (52,8%), extensas (62,3%), trigeracionales (68,0%), moderadamente funcional, y una repercusión moderada (32,2%) y favorable (64,2%). Se recomendó estructurar programas sexológicos dirigidos y realizados por equipos multidisciplinarios.

García y Martínez de Acosta (2011) compararon la evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar de familias con adolescentes gestantes y no gestantes, atendidas en la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU), durante el primer semestre de 2009. Se trata de un

estudio comparativo, transversal, cualitativo, realizado con la participación de 77 familias con adolescente gestantes y 104 familias con adolescentes no gestantes, en las cuales los informantes fueron de cada familia: la adolescente gestante no gestante, y un familiar que viviera en el mismo hogar de la adolescente participante en el estudio. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento ASF – E de María Luisa Friedemann que mide el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. En los resultados se encontró que las familias con adolescentes gestantes presentan un nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar, referido por las adolescentes gestantes (49,4%) y sus familiares (54,5%); mientras que las familias con adolescentes no gestantes presentan un nivel intermedio de efectividad, referido tanto por adolescentes no gestantes como por sus familiares, con igual porcentaje 57,7%.. Se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de familias, sobre la efectividad de la funcionalidad familiar.

En ese mismo año, Ramírez (2011) evaluó e identificó los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante el embarazo. Para tal fin ejecuto un estudio descriptivo exploratorio en 64 gestantes nulíparas. Las participantes completaron el cuestionario de CVRS SF-12v2 (versión colombiana estándar del *Medical Outcome Study Short-Form Health Survey-SF12-*), y encuesta de factores determinantes sociodemográficos (edad, procedencia, nivel de educación, estado civil y situación laboral) durante el segundo trimestre del embarazo. Entre los principales resultados figura que la edad media de las participantes fue  $19.1 \pm 2.7$  años y la edad gestacional  $17.6 \pm 3.4$  semanas. Las puntuaciones más altas de la CVRS se presentaron en los dominios de vitalidad

(56±11), seguido de salud mental (51±10) y salud general (50±11). Por otra parte, la puntuación de CVRS más baja fue acusada en los dominios rol emocional (18±5) y rol físico (25±4). Un mayor nivel socioeconómico se correlacionó significativamente con mejor puntuación en el Cuestionario de Salud SF-12v2 en los dominios función física, salud general, función social, rol emocional y salud mental. Estar casada o en unión libre se correlacionó significativamente con todos los dominios del SF-12v2, con excepción del dominio dolor corporal.

Guarino, Scremín y Borrás (2010) ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar las posibles relaciones entre el estilo emocional (rumiación e inhibición emocional) e indicadores de salud y calidad de vida percibida en mujeres embarazadas. Para ello, un grupo de 94 mujeres embarazadas venezolanas en el primer trimestre de gestación completaron cuestionarios que miden las variables estudiadas, a saber: Rumiación, Inhibición Emocional, Salud global y Calidad de Vida percibida. Los resultados muestran que los indicadores de calidad de vida, en general señalan una tendencia hacia una calidad de vida percibida moderadamente buena, aunque no suficientemente alta como para considerar que este grupo total de embarazadas esté disfrutando de una plena satisfacción de vida durante su proceso de gestación. Por otro lado, existe asociación positiva entre un estilo emocional negativo y un mayor deterioro en la salud, así como evidencias sobre la relación inversa que existe entre esta diferencia individual y la calidad de vida, en este caso en un grupo poco estudiado hasta el momento en su dimensión psicosocial como lo son las mujeres embarazadas.

Guarino (2010) desarrollo un estudio con el objetivo de determinar las posibles relaciones entre la sensibilidad egocéntrica negativa y los estilos de afrontamiento al embarazo con la salud y calidad de vida percibidas en mujeres embarazadas. Para ello, un grupo de 94 mujeres que asistían a control de embarazo en diversos centros asistenciales públicos y privados del Estado Miranda y Departamento Capital de Caracas en Venezuela, completaron cuestionarios que miden las variables estudiadas, a saber: sensibilidad egocéntrica negativa, afrontamiento al embarazo, salud global y calidad de vida percibida. Los resultados indican que los valores correspondientes a las dimensiones de calidad de vida muestran una satisfacción moderadamente alta, ya sea con el estado de salud y las actividades que se realizan, como con el estado de ánimo y las tareas del trabajo y la casa, entre otras. En general, el grupo de embarazadas estudiado reporta una satisfacción general moderadamente alta con su calidad de vida; por otro lado, aporta nuevas evidencias sobre la relación inversa que hay entre estas diferencias individuales y la calidad de vida, en este caso en un grupo poco estudiado hasta el momento en su dimensión psicosocial, como la mujer embarazada.

A nivel nacional se encontró los siguientes antecedentes:

Delgado (2014) determinó las diferencias en la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al estrés entre madres adolescentes y adolescentes no madres en el distrito de Punta Negra al sur de Lima. El tipo de investigación fue descriptivo comparativo. El diseño fue no experimental, debido a que se observó una situación ya existente. La muestra se conformó por medio de un censo efectuado en la zona

para este presente estudio, donde se identificó a 89 madres adolescentes, cuyas edades fluctúan entre 14 a 19 años. Se le aplicó dos cuestionarios para los fines del estudio: Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis y la Escala de Calidad de vida creado por Olson y Barnes (1982). Los resultados expresan que: el 51.7% de las madres adolescentes tienen tendencia a calidad de vida promedio, mientras que el 18% presenta baja calidad de vida. Además, existe calidad de vida promedio tanto en las edades comprendidas entre los 14 y 16 años como en las de 17-19 años, siendo mayor en las de 17 a 19 años. Finalmente determinó que existen diferencias significativas entre las madres adolescentes y adolescentes no madres respecto a la calidad de vida ( $p < 0.05$ ).

Cerna y Pacheco (2013) buscaron establecer las características y funcionalidad en familias de gestantes adolescentes que asistían al Hospital Nacional Hipólito Unánue durante el año 2013. Fue un estudio de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, con una población de 160 adolescentes embarazadas cuyas edades oscilan entre los 10 y 19 años que fueron atendidas en el servicio de hospitalización del Hospital Nacional Hipólito Unánue. Los autores emplearon dos instrumentos: el primero fue una encuesta escrita, de carácter anónimo en la cual se consultó sobre variables sociodemográficas, características familiares y una segunda encuesta sobre funcionalidad familiar valorada por medio del Apgar familiar. Entre los principales hallazgos se encontró que la edad promedio de las adolescentes participantes era de 16,2 años, el 61,3% tiene secundaria incompleta, 55% de ellas conviven con sus parejas. El 56,9% afirmó tener un antecedente familia en embarazo de ellas, de estas el 39,1% refirió que su progenitora. Por último, el

64,4% de jóvenes presenta disfuncionalidad familiar y un 35,6% evidencia una normal funcionalidad de su familia.

Angoma y Poccoypachi (2011) buscaron determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú en el periodo de noviembre-diciembre del 2011 mediante la aplicación del Test Apgar familiar modificado. El estudio fue descriptivo en el que participaron 130 gestantes adolescentes, entre 12 y 17 años, que se atendieron en los servicios de hospitalización, psicoprofilaxis, estimulación prenatal y consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2011. La información fue recolectada a través de un formulario tipo encuesta. Dentro de los principales resultados se señala que la mayoría de las gestantes adolescentes tienen una familia de tipo disfuncional (90%). Respecto al área de adaptación 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 37% era de grado leve, en el área de participación el 81% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% fue leve. Sobre el área de crecimiento el 69% poseía disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% fue leve. Respecto al área de afecto el 87% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales el 32% fue leve, y otro 32% moderada. Por último, en el área de recursos el 85% presentaron disfuncionalidad familiar, de las cuales el 34% fue moderado. Se concluyó que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, el cual se encuentra presente en las cinco áreas.

Urreta (2008) llevó a cabo un estudio con el fin de determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo compuesta por todas las adolescentes embarazadas usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 78 mujeres. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional. Respecto al área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Acerca del área solución de conflictos de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Sobre el área ambiente emocional de 78 (100%), 47 (60.3%) tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y 31 (39.7%) funcional. Por lo que se concluye que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción.

Rangel, Valerio, Patiño y García (2004) efectuaron un estudio con el objetivo de determinar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar familiar. Para ello, se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del

2002. Se aplicó a cada adolescente un formulario que consta de dos partes; ficha de identificación y APGAR familiar. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. A los resultados se les aplicó estadística descriptiva. Los principales resultados arrojaron que el 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto. Finalmente, para este estudio, se concluye que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

## **2.2 Bases teóricas**

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

#### **2.2.1.1. Definición de calidad de vida**

El concepto de calidad de vida, en cuanto a su uso, puede remontarse a los Estados Unidos, una vez terminada la Segunda Guerra Mundial, como una nueva tentativa de los investigadores de la época para conocer la percepción de las personas acerca de si tenían buena vida o si se sentían económicamente seguras (Urzúa y Cahqueo – Urizar, 2012).



Es así que la calidad de vida constituye un tema de gran relevancia dada su influencia en diversas esferas de la vida, de allí que existen muchas disciplinas y materias que se relacionan con su estudio, así tenemos la Psicología social, Antropología cultural, Sociología, Política, Economía, entre otras. Esta diversidad de abordajes hace que estudiar esta sea un tanto polémica.

En este sentido, León (2009) afirma que la calidad de vida permite afirmar que no existe una definición única aceptada de ésta. Más aun, el concepto requiere presiones y adaptaciones a diferentes contextos. Así, por ejemplo, se habla de calidad de vida en enfermos terminales, en los que evidentemente los parámetros para evaluarla son otros que los que caracterizan a la calidad de vida en enfermos crónicos y en personas sanas. Lo mismo sucede al referirse a la calidad de vida en mujeres que están en etapa de gestación o embarazo.

Entre los principales autores que intenta brindar una definición o concepto integral sobre calidad de vida tenemos a CIMA (1979, citado por Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001) quien define a la calidad de vida como un grado en el cual existen condiciones de una sociedad que permite a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de sus existencia.

Tiempo después, Ramírez (2000), puntualiza que la calidad de vida es un proceso dinámico, complejo e individual; es decir, es la precepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente sobre un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción.

Por su parte, Arenas (2003), señala que la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de la experiencia de su vida, incluyendo las características personales y las condiciones objetivas de vida.

En esa misma línea, Ardila (2003, citado por León, 2009), señala que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado a la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida.

Lo antes mencionado concuerda con lo expresado por Anicama, Mayorga y Henostroza (2001), quienes señalan que durante los años 60, el concepto de calidad de vida fue vinculando a una noción que incorpora medidas psicosociales de la realidad, las que inicialmente se denominaron subjetivas: percepciones y evaluaciones sociales vinculadas con las condiciones de vida de los ciudadanos, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son los sentimientos de felicidad, satisfacción, etc. Esta propuesta conceptual se inició en los Estados Unidos y pasó rápidamente a las esferas académicas de la mayoría de los países industrializados.

Cabe mencionar que “calidad de vida” no es sólo la optimización de los servicios, la eficiencia de las maquinas, el beneficio de los materiales, seguros de una vivienda sino aquellos aspectos relacionados con el campo de lo psicológico y lo cultural-social. El desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida. Es decir, por ejemplo aspectos como desarrollo de autoestima, de la identidad, de la autorrealización, el desarrollo de sus potencialidades, y le manejo de nuevas habilidades (Rosas, 1998).

También la calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo; y de felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad. En tal sentido, evaluar la gratificación que las personas derivan del grado de satisfacción de sus necesidades materiales, psicológicas y sociales. El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y cómo son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros (Grimaldo, 2003).

### **2.2.1.2. Modelos teóricos de la Calidad de vida**

#### **Modelo teórico de los dominios**

Una de las teorías que hasta la actualidad se mantiene vigente es la propuesta por Olson y Barnes (1982, citado en Grimaldo, 2012), afirman que una característica común de las investigaciones de la calidad de vida, constituye la elevación de la satisfacción como dominios de las experiencias vitales de los individuos. Cada dominio se enfoca sobre una faceta en particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

La forma como cada persona logra satisfacer estos dominios constituye un juicio individual y subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra sus intereses en el ambiente. Es la percepción que esta persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

De acuerdo con García (2008) estos autores utilizan una conceptualización subjetiva para definir la calidad de vida y la relacionan con el ajuste entre sí mismo y el ambiente, por tanto calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción.

De la misma manera, Olson y Barnes (1982, citados en Summers, Poston, Turunbull, Marquis, Hoffman, Mannan y Wang, 2005) establecen dos tipos de calidad de vida: La primera de ellas es la Objetiva, determinada por la conexión que tiene con las relaciones de producción, formas de organización de una sociedad,

patrones de trabajo y consumo que caracterizan a los distintos grupos sociales y la segunda es Subjetiva, la cual es la resultante del grado de satisfacción – insatisfacción que la persona alcanza en su vida.

La calidad de vida es considerada un constructo multidimensional y está vinculado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente (Olson y Barnes, 1982, citados en Summers et al, 2005).

En este sentido, según los supuestos antes mencionados, la calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales, en una relación que da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. De allí su complejidad en la definición de este concepto. No existe calidad de vida absoluta, esta es fruto de un proceso de desarrollo y se dispone también a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta y baja calidad de vida; consiguientemente, la búsqueda de la calidad de vida es inherente a la vida humana.

Dominios de la Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982, citado por Grimaldo, 2003):

Olson y Barnes (1982, citado por Grimaldo, 2003), refieren que el constructo calidad de vida consta de 9 dominios o dimensiones, de los cuales se dará una breve descripción de cada una de ellos:

1. ***Vida Familiar y Hogar:*** hace referencia al nivel de satisfacción con la relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc.
  
2. ***Amigos:*** esta dimensión hace referencia al nivel de satisfacción que la persona tiene en relación a aspectos relacionados a los amigos. Los indicadores que se consideran son: los amigos que frecuenta, las actividades que realiza (fiestas, reuniones, deporte) y el tiempo que comparte en la zona donde vive y los amigos del trabajo.
  
3. ***Salud:*** forma parte del nivel de satisfacción que la persona tiene tanto a nivel de la salud física como psicológica.
  
4. ***Ocio:*** el ocio surge cuando se realiza las actividades satisfactorias y gratificantes que posibilita el tiempo liberado, de forma libre, decidida por uno mismo y gestionada autónomamente. Esta dimensión se orienta a evaluar el nivel de satisfacción en relación a la cantidad de tiempo libre que tiene, las actividades deportivas y recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.), así como el tiempo para descansar.

5. **Religión:** obedece al nivel de satisfacción que una persona tiene en relación a la dimensión de religión, como, la vida religiosa de su familia, la frecuencia de asistencia a misa, relación con Dios, el tiempo y el amor que le brinda a Dios.
6. **Medios de Comunicación:** se orienta a establecer el grado de satisfacción que una persona tiene en función a los medios de comunicación, es decir de forma específica, en relación a la televisión, medido a partir de los siguientes aspectos, la cantidad de tiempo que los miembros de su familia pasan viendo televisión; así como el contenido de programas de televisión. El contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, etc.
7. **Bienestar Económico:** se refiere al grado de satisfacción que una persona tiene e en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia.
8. **Vecindario y Comunidad:** Responde a las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación

(parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.).

9. *Pareja*: grado de satisfacción con la relación afectiva con la esposa (so), el tiempo que pasa con la pareja, las actividades que comparte con la pareja, el apoyo emocional que recibe de la pareja.

### **2.2.1.3. Contexto familiar y calidad de vida**

En lo que respecta a la familia y su influencia en la percepción de la calidad de vida de la persona, encontramos que en el caso del niño y del adolescente, tiene interrelación con el ambiente, pero no puede totalizar directamente la sociedad en su conjunto, viviendo un proceso con dos espacios claramente diferenciados: uno exógeno en el cual vive las interrelaciones con el ambiente y otro endógeno en el que procesa su ser social. En el procesamiento endógeno de estas interrelaciones, el niño tiene que vivir las consecuencias de las interrelaciones que cada uno de los que conforman su grupo familiar establece con la sociedad. En este sentido, la familia cumple un rol de mediador o catalizador social de los factores exógenos que determinan la vida del grupo humano, lo que se expresa en la atención de las necesidades de cada uno de sus miembros, así estos factores determinan cual es la calidad de vida el grado de bienestar que pueden gozar las integrantes de cada familia (Grimaldo, 2003).



Asimismo, es necesario considerar que actualmente las familias viven en crisis debido principalmente a la situación económica y política que atraviesa el país. Esto es así, ya que la caída del ingreso familiar es el principal mecanismo de transmisión de los efectos de la situación económica sobre los niños y adolescentes, asimismo las familias transmiten y reproducen por medio de sus interrelaciones la violencia estructural que existe en el país. Esta realidad, nos explica la presencia de grupos familiares que viven en alto riesgo, porque no se garantiza la calidad de vida y, muchas veces, la supervivencia del grupo familia como tal y de los individuos que la componen (Mansilla, 1989).

## **2.2.2. Funcionamiento familiar**

### **2.2.2.1. Definición de funcionamiento familiar**

Dentro del campo del funcionamiento familiar, se distinguían en un principio, dos líneas de trabajo relacionadas entre sí, siendo uno de sus resultados la reciente aparición de tipologías familiares, según los recursos disponibles de cada familia, posibilitando el caracterizarlas e identificarlas. Por un lado, se encuentran los estudios estrictamente teóricos que trataban de identificar las variables definitorias de la dinámica familiar; y por otro, los estudios interesados por el estrés familiar, y que trataban de recoger las estrategias de enfrentamiento que la familia emplea –en cuanto familia, no individualmente- ante un evento estresante.

Una de las definiciones pionera es la que plantea Olson (1989, citado por Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús y Pérez-Saavedra, 2013), quien define al funcionamiento familiar como aquella interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas propias de cada familia (adaptabilidad). Esta teoría considera las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad familiar.

Por su parte, Polaino y Martínez (1998, citado por Camacho, 2002) el funcionamiento familiar es la capacidad que posee la familia para hacer frente a las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y, la interacción entre ellos, teniendo como base el respeto a la autonomía y al espacio de cada miembro; todo basado en las dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar.

En suma, el funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. La familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Precisamente, todo tipo de tensión, sea originada por cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un hijo, la muerte de un familiar, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida del trabajo, etc.) repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un

proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros.

#### **2.2.2.2. Modelo Circumplejo del funcionamiento familiar**

Este modelo fue creado por David Olson (1989, citado por Ferrer-Honores et. al, 2013), quien considera que la correlación curvilínea entre la dimensión cohesión y adaptabilidad determinan la satisfacción familiar. Así pues, Olson (1989, citado por Ferrer-Honores et. al, 2013) diseñaron este modelo para ubicar a las familias de acuerdo a como se perciben realmente y según el ideal familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

El modelo circumplejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson (1991) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora.

Es así entonces que el modelo circumplejo surgió como una herramienta para el diagnóstico clínico, de tal manera que permite especificar las metas del tratamiento y evaluar los resultados de este.

### **2.2.2.3. Cohesión y Adaptabilidad**

La teoría familiar ha desarrollado conceptos que sirvieron y sirven de apoyo para la descripción de la dinámica familiar. De estos términos destacan algunos que se han venido redefiniendo y evolucionando, siendo valiosos para el estudio de las familias, nos referimos a la cohesión y la adaptabilidad. Estas dos dimensiones son el resultado del intento por definir a un determinado tipo de interacciones entre los miembros de la familia y los factores ambientales en constante cambio que repercuten en ella.

#### **1. Cohesión familiar**

Olson (1989, citado por Ferrer-Honores et. al, 2013) definen a la cohesión como el vínculo emocional que los miembros de la familia tiene unos con otros, y que determina el grado en que están separados o unidos. Se encuentra compuesto por los indicadores de sentimiento de pertenencia, autonomía individual e involucramiento familiar. Es decir, la cohesión es una dimensión unificante del modelo circumplejo de la familia y el grado de autonomía que una persona experimenta en el campo familiar.

El desplazamiento entre niveles bajos y elevados de cohesión entre sus miembros, determina cuatro niveles, donde cada uno presenta determinadas características:

**1. Familia dispersa o desligada:** Se caracteriza por su extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente, hay falta de cercanía padres-hijos, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, y la recreación se lleva a cabo individualmente.

**2. Familia separada:** Donde hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra afectivo, los límites padres-hijos son claros con cierta cercanía, se alienta cierta separación personal; el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos; se prefieren los espacios separados de los miembros aunque comparte un mismo espacio familiar; las decisiones se toman individualmente pero posibilitan las decisiones conjuntas; el interés se focaliza afuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos y la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

**3. Familia conectada:** Se evidencia cercanía emocional, la lealtad familia es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la

distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía padres-hijos, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefiere las decisiones en conjunto, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefiere los intereses comunes, y la recreación compartida más que la individual.

- 4. Familia aglutinada o amalgamada:** Existe una cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones padres-hijos, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren a los amigos de la familia más que a los personales y los intereses conjuntos se dan por mandatos.

Pese a estos indicadores, una familia puede cumplir con alguno de ellos y no con otros, y seguir siendo de un tipo específico de funcionamiento.

## **2. Adaptabilidad familiar**

La adaptabilidad familiar se relaciona con la flexibilidad del sistema familiar; en otras palabras, con la capacidad de cambio frente a nuevas situaciones. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, las relaciones de roles en respuesta al estrés emocional y desafío que las relaciones de insatisfacción respecto al medio socializador familiar, han sido señaladas como destacado factor a tener en cuenta, por ejemplo, en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (Elzo, 1996, citado por Iraurgi, Sanz & Martínez, 2004).

En la misma manera que en la cohesión, Olson (1989, citado por Ferrer-Honores et. al, 2013) dentro del modelo, distinguen cuatro niveles de adaptabilidad familiar, donde se asume la hipótesis que los niveles centrales permiten un mejor funcionamiento marital y familiar, con relaciones estructuradas y flexibles que denotan un mayor equilibrio frente al cambio.

Se habla entonces que, una estructura menos rígida y con mayor control compartido de los padres permitirá establecer mejor los roles, reglas y el liderazgo dentro de la familia. Es así que en base a los niveles de adaptabilidad se dan estas cuatro categorías: familias rígidas, con niveles muy bajos de adaptabilidad; familias estructuradas, donde los niveles de adaptabilidad tienden a ser moderado o bajo; familia flexible, donde se dan

niveles moderado o alto y familia caótica, que corresponde a un nivel muy elevado de adaptabilidad.

Cada uno de estos tipos de adaptabilidad familiar presenta características particulares a detallar:

- 1. Familia rígida:** El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta o rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente y no existe la posibilidad de cambio.
- 2. Familia estructurada:** El principio de liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse y las reglas se cumplen firmemente o pocas son las que se cambian.
- 3. Familia flexible:** El liderazgo es igualitario, permite cambio, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten las reglas y funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas reglas cambian.



**4. Familia caótica:** El liderazgo es limitado y/o ineficaz, la disciplina es muy poco severa, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en las mismas, además frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**1. Calidad de vida:** Es la medida compuesta por el bienestar físico, psicológico y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo; y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tiene de su existencia en dicha sociedad.

**i. Hogar y bienestar económico:** nivel de satisfacción con las responsabilidades domésticas en la casa asociado al grado de satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda y la capacidad económica para satisfacer los gastos y necesidades de la familia.

**ii. Amigos, vecindario y comunidad:** nivel de satisfacción que la persona tiene en relación a aspectos relacionados a los amigos.

Responde a las facilidades y seguridad que le brinda su comunidad para realizar sus actividades cotidianas.

**iii. Vida familiar y familia extensa:** nivel de satisfacción con la relación afectiva con sus hijos, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva y la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar

**iv. Educación y ocio:** nivel de satisfacción con el grado de instrucción y con las actividades gratificantes que posibilita el tiempo liberado, de forma libre, decidida por uno mismo y gestionada autónomamente.

**v. Medio de comunicación:** establece el grado de satisfacción que una persona tiene en función a los medios de comunicación.

**vi. Religión:** nivel de satisfacción que una persona tiene en relación a la vida religiosa.

**vii. Salud:** nivel de satisfacción que la persona tiene tanto a nivel de la salud física como psicológica.

**2. Funcionamiento familiar:** Es la capacidad de la familia para enfrenar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

- i. **Cohesión familiar:** vínculo emocional que los miembros de la familia tiene unos con otros, y que determina el grado en que están separados o unidos.
  
- ii. **Adaptabilidad familiar:** Se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, las relaciones de roles en respuesta al estrés emocional.

## **CAPÍTULO III:**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas**

##### **3.1.1 Hipótesis general**

**H<sub>G</sub>:** Existe relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

##### **3.1.2 Hipótesis derivadas**

**H<sub>1</sub>:** Existe una relación promedio en el nivel de la calidad de vida en las dimensiones: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

**H<sub>2</sub>:** Existe una relación de regular a bajo en el nivel de funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

**H<sub>3</sub>:** Existen diferencias de la calidad de vida en las dimensiones: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en función a la grado de instrucción, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

**H<sub>4</sub>:** Existen diferencias del funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en función al grado de instrucción, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

**H<sub>5</sub>:** Existe relación entre las dimensiones de la calidad de vida: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad con las dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

## **3.2. Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional**

### **3.2.1. Variables a relacionar:**

#### **a) Calidad de vida:**

##### **Definición conceptual:**

Proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de la persona (Ramírez, 2000).

##### **Definición operacional:**

Variable de tipo cuantitativa que se obtiene con el puntaje total medido a través de los siete componentes de la Escala Calidad de Vida de Olson y Barnes.

#### **b) Funcionamiento familiar:**

##### **Definición conceptual:**

Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (Olson, Russell y Sprenkle, 1989).

### Definición operacional:

Variable cuantitativa medida a través de dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, utilizando la Escala de Evaluación del Funcionamiento familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee.

### 3.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES (Ítems)	INSTRUMENTOS
Calidad de vida	1. Hogar y bienestar económico	1, 2, 3,4,5	Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes
	2. Amigos, vecindario y comunidad	6, 7, 8, 9, 10	
	3. Vida familiar y familia extensa	11, 12, 13, 14	
	4. Educación y ocio	15, 16, 17	
	5. Medio de comunicación	18, 19, 20, 21	
	6. Religión	22, 23	
	7. Salud	24, 25	
Funcionamiento familiar	1. Cohesión familiar	1, 3,5,7,9, 11, 13, 15, 17, 19	Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee
	2. Adaptabilidad familiar	2,4,6, 8,10, 12, 14, 16, 18, 20	

### *Categorización de los Puntajes T para la Escala de Calidad de Vida*

Puntajes	Categoría
61 a más	Calidad de Vida Optima
51 a 60	Tendencia a Calidad de Vida Buena
40 a 50	Tendencia a Baja Calidad de Vida
Hasta 39	Mala Calidad de Vida

*Fuente:* Grimaldo (2003)

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño metodológico**

El tipo de investigación empleado es descriptivo - correlacional porque su finalidad es describir la incidencia de los niveles de las variables, y con ello, conocer la relación o grado de asociación que existe entre ambas en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño es no experimental y transversal porque se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **4.2. Diseño muestral**

La población que participó en el presente estudio estuvo conformada por todas las mujeres gestantes que se atienden en el servicio de salud materno perinatal del establecimiento de salud Manylsa – Dirección de Salud IV Lima Este, que pertenece al distrito de Ate, con un número total de 215 mujeres atendidas entre el tercer trimestre del 2016 y el primer trimestre del año 2017



La muestra intencional estuvo compuesta por 137 pacientes. Además, por tratarse de una muestra disponible su carácter fue en consecuencia no probabilístico. Se establecieron los siguientes criterios para el grupo de mujeres gestantes:

**a) Criterios de inclusión:**

Entre los criterios de inclusión se tomó en cuenta los siguientes:

- ✓ Aquellas que tienen un periodo prenatal de hasta 8 meses.
- ✓ Aquellas cuya edad se encuentra entre los 18 hasta los 33 años.
- ✓ Aquellas que residan en el distrito de Ate.

**b) Criterios de exclusión:**

En cuanto a los criterios de exclusión se consideraron los siguientes:

- ✓ Mujeres embarazadas extranjeras.
- ✓ Aquellas que no deseen participar de manera voluntaria.

### **4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

#### **4.3.1. Técnicas de recolección de datos**

En el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta. Esta es una técnica de recolección de datos que consiste en una serie de preguntas aplicadas a un conjunto de individuos en busca de información, utilizando pruebas estandarizadas.

### 4.3.2. Instrumentos de medición

Se utilizarán dos cuestionarios que permitan cumplir con el objetivo general y específicos de la investigación:

#### 4.3.2.1. Escala de Calidad de Vida

##### a. Ficha técnica

Nombre del instrumento	:Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes
Autores	: David Olson y Howard Barnes
Año	:1982
Objetivos	: Identificar los niveles de calidad de vida en los siguientes dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, etc.
Áreas/Factores/Dimensiones:	<ul style="list-style-type: none"><li>c) Hogar y bienestar económico</li><li>d) Vida familiar y familia extensa</li><li>e) Amigos, vecindario y comunidad</li><li>f) Educación y ocio</li><li>g) Medios de comunicación</li><li>h) Salud</li><li>i) Religión</li></ul>
Dirigido a	: Adolescentes a partir de 13 años.
Tiempo de aplicación	: 15 minutos

## **b. Descripción del instrumento**

Es una prueba de lápiz y papel. Los ítems son de tipo likert con las siguientes opciones: Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho y completamente satisfecho.

La corrección se lleva a cabo de la siguiente manera: inicialmente se suman las puntuaciones correspondientes a cada una de los ítems contestados, considerando que cada respuesta tiene un puntaje correspondiente a: 1, 2, 3, 4 y 5 a partir de la marca realizada por el examinado. En donde Insatisfecho, vale 1; un poco satisfecho, vale 2 y así sucesivamente. Luego, se trabaja con las puntuaciones directas obtenidas; finalmente, dichas puntuaciones se convierten en percentiles por medio de los baremos correspondientes.

La administración del presente instrumento puede ser individual o colectiva. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 20 minutos.

## **c. Validez y Confiabilidad**

El instrumento tiene las pruebas de validez y confiabilidad que fueron efectuadas por los autores

Grimaldo (2003) llevó a cabo un estudio para determinar la validez y confiabilidad de este instrumento, en una muestra de 589 estudiantes, de

ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 14 y 18 años, de 4to y 5to año de secundaria de centros educativos estatales y particulares.

#### **4.3.2.2. Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)**

##### **a. Ficha técnica**

Nombre original	: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).
Autores	: David Olson, Joyce Portener y Joav Lavee.
Año	: 1985.
Administración	: Individual y colectiva.
Duración	: 10 minutos.
Objetivo	: Evalúa dos dimensiones básicas de la familia: Cohesión y Adaptabilidad dentro del modelo Circumplejo de David Olson y colaboradores.
Duración	: 20 minutos.

##### **b. Descripción del instrumento**

La Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) constituye la tercera versión de las escalas de evaluación del modelo circumplejo que explora la cohesión y adaptabilidad familiar. Fue

desarrollado por David Olson, Candyce Russell y Douglas Sprenkleen (1985), en la Universidad de Minnesota, para evaluar las principales dimensiones del modelo circunplejo y para aportar un instrumento con altos niveles de utilidad clínica, siendo su base teórica: familiar sistémico.

La escala consta de 20 ítems; los ítems impares, en total 10, evalúan la cohesión familiar (vinculación emocional, límites, coalición, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación); y los 10 ítems, pares evalúan la adaptabilidad familiar (estilo de negociación, poder en la familia, relaciones de roles y reglas de las relaciones). Los resultados relativos a la dimensión de cohesión se distribuyen en 2 ítems para cada uno de los siguientes aspectos: lazos emocionales (11-19), límites familiares (7 – 5), intereses comunes y recreación (13 – 15), coaliciones (1 – 17), tiempo y amigos (9 – 3).

En lo que respecta a la dimensión de adaptabilidad familiar, ésta se distribuye en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos: liderazgo (6 – 18), control (12 – 2) y disciplina (4 – 10) y 4 ítems para roles y reglas de relación (8 – 14 – 16 – 20).

Las alternativas tienen una escala con rango del 1 (casi nunca) al 5 (casi siempre), para describir la conducta que ocurre en su familia de origen. El nivel de evaluación está dirigido a la familia y la pareja.

### **c. Validez y Confiabilidad del cuestionario**

Los autores del instrumento efectuaron las pruebas de validez y confiabilidad.

En nuestro país la adaptación de la Escala FACES III fue realizada por Reusche (1994). Se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach tanto para la dimensión de cohesión como para la de adaptabilidad. Se compararon dos muestras y se obtuvieron puntajes que demuestran la consistencia interna de la prueba. La confiabilidad determinada por medio del método test-retest, con intervalo de 4 a 5 semanas arrojó para la dimensión cohesión 0.83 y para la dimensión de adaptabilidad 0.80, por lo cual se confirmó que el FACES III es confiable respecto al funcionamiento familiar.

#### **4.4. Técnicas de recolección de la información**

Para generar el estudio se solicitó la autorización del director médico del establecimiento de salud. Después, se coordinó con la jefa del servicio de salud materna perinatal, para aplicar cada uno de los instrumentos sin ningún inconveniente a las mujeres gestantes que acuden a su control mensual. Tanto a la jefa como a las pacientes se les explicó de manera general el objetivo de la investigación, así mismo se resolvió toda duda que pueda suscitarse. Luego de ello, se les aplicó los dos instrumentos propuestos y una encuesta de datos sociodemográficos. El recojo de los

datos se llevó a cabo durante cuatro semanas, efectuándose de forma individual y en las salas de espera o consultorio en los horarios de atención.

#### **4.5. Técnicas del procesamiento de la información**

Una vez recolectado y calificados los instrumentos antes mencionados, se prosiguió con la elaboración de la base de datos en el Programa Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.0, de tal forma que toda la información recabada fue procesada pertinentemente

#### **4.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

Se emplearon estadísticos descriptivos como los puntajes de media y desviación estándar, así como frecuencias y porcentajes. A nivel inferencial se utilizaron la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov – Smirnov para determinar la normalidad de los datos. Posteriormente, se utilizaron pruebas de tipo paramétrica como “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) y prueba de correlación “r” de Pearson.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Para el desarrollo de esta investigación se tomó en cuenta el proceso de confidencialidad de cada uno de las participantes involucradas en los resultados de los instrumentos aplicados, así mismo se informó de manera clara y directa los fines que persiguió esta investigación (APA, 2010).

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis descriptivo

#### 5.1.1. Características demográficas de la muestra

En la tabla 1, se presenta la distribución de la muestra según la edad cronológica de las pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica, observándose que en la muestra de estudio predominan de forma significativa las gestantes jóvenes quienes a su temprana edad ya están constituyendo una familia y se ven obligadas a un nuevo reto el cual es de responsabilizarse por el nuevo núcleo familiar que han adquirido dejando en un plano secundario sus expectativas de estudio y/o trabajo.

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra según la edad cronológica*

Edad cronológica	<i>f</i>	%
18 a 20 años	44	32,1
21 a 23 años	31	22,6
24 a 26 años	18	13,1
27 a 29 años	25	18,2
30 a 33 años	19	13,9
Total	137	100,0



Por su parte, la tabla 2 presenta la distribución de la muestra según el nivel educativo de las pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica, en la cual observamos que las gestante con secundaria completa son el grupo predominante seguido del grupo constituido por secundaria incompleta lo cual guarda relación con la tabla de distribución por grupo etario en donde el grupo mayoritario son gestantes jóvenes; ello va a condicionar que muchas de ellas tengan que postergar sus proyectos de superación. Un grupo minoritario lo constituyen las gestantes con educación superior, lo cual estaría en relación con el grupo minoritario de gestantes mayores.

**Tabla 2**

*Distribución de la muestra según el nivel educativo*

<b>Nivel educativo</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Primaria	8	5,8
Secundaria incompleta	33	24,1
Secundaria completa	75	54,7
Superior técnico	19	13,9
Superior universitario	2	1,5
Total	137	100,0

La tabla 3, exhibe la distribución de la muestra según el estado civil de las pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica

Esta tabla nos muestra que el grupo predominante está constituido por las gestantes en estado de convivencia lo cual si bien es cierto le brinda cierta estabilidad emocional al estar constituida como núcleo familiar es probable que esta no sea completa lo cual puede generar conflicto con su estado de salud mental y por lo tanto influenciará negativamente el desarrollo de la gestación

**Tabla 3**

*Distribución de la muestra según el estado civil*

<b>Estado civil</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Casada	13	9,5
Soltera	16	11,7
Conviviente	106	77,4
Divorciada	2	1,5
Total	137	100,0

La tabla 4, presenta la distribución de la muestra según la composición familiar de las pacientes que acuden a consulta obstétrica.

Esta tabla nos muestra que una significativa mayoría proviene de una familia nuclear seguido por familia extensa, lo cual es muy positivo para su desarrollo como entidad familiar porque existe la presencia de ambos conyugues lo cual permitirá que el proceso de gestación sea llevado con mayor equilibrio emocional y posteriormente ambos padres contribuyan en el cuidado, aprendizaje y desarrollo de sus hijos, el menor porcentaje está constituido por las gestantes de familias monoparentales o fusionadas los cuales son potencialmente influencias negativas para el desenvolvimiento normal del embarazo

**Tabla 4**

*Distribución de la muestra según la composición familiar*

<b>Composición familiar</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Familia nuclear	102	74,5
Familia extensa	26	19,0
Familia monoparental	5	3,6
Familia fusionada	4	2,9
Total	137	100,0

### 5.1.2. Frecuencias y porcentajes de la Calidad de vida

En la tabla 5, se aprecia los niveles de calidad de vida de las pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica.

Esta tabla nos muestra que no existen diferencias significativas entre los niveles de calidad de vida de las gestantes que constituyen la muestra de estudio; se observa una distribución uniforme en donde el grupo con tendencia hacia una calidad de vida buena sobresale discretamente en relación a los otros grupos

**Tabla 5**

*Niveles de Calidad de vida de la muestra*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Mala Calidad de vida	35	25,5
Tendencia hacia una baja Calidad de Vida	34	24,8
Tendencia hacia una Calidad de Vida buena	36	26,3
Calidad de Vida optima	32	23,4
Total	137	100,0

La tabla 6, por su parte, presenta los niveles de calidad de vida en la dimensión hogar y bienestar económico.

En esta tabla observamos que el grupo predominante de gestantes refiere tener una regular calidad en las dimensiones hogar y bienestar económico. Esto es muy importante porque la capacidad económica para cubrir los gastos de necesidades básicas así como recreacionales y la comodidad que pueda brindar una vivienda sumado a la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva son primordiales pues repercutirán positivamente durante el periodo de gestación, y probablemente este grupo de gestantes logra tener en cierto grado este beneficio; sin embargo un grupo importante manifiesta tener baja calidad de vida en estas dimensiones lo cual es un factor negativo para el normal desarrollo del periodo de gestación ante la carencia de estos esenciales elementos

**Tabla 6**

*Niveles de Calidad en la dimensión Hogar y bienestar económico*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Baja calidad	46	33,6
Regular calidad	59	43,1
Alta calidad	32	23,4
Total	137	100,0

La tabla 7, por otra parte, presenta los niveles de calidad de vida en la dimensión amigos, vecindario y comunidad

En esta tabla se logra observar que el grupo de gestantes que indica que tiene una regular calidad de vida en las dimensiones amigos, vecindario y comunidad es el grupo mayoritario lo cual implica que este grupo recibe parcialmente los beneficios que le brinda la comunidad en cuanto a seguridad, acceso a recreación y otros; así también este grupo recibe cierto grado de satisfacción de mantener relaciones amicales con su entorno ya sea laboral y de la zona donde reside

**Tabla 7**

*Niveles de Calidad en la dimensión Amigos, vecindario y comunidad*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Baja calidad	38	27,7
Regular calidad	67	48,9
Alta calidad	32	23,4
Total	137	100,0

Luego, la tabla 8 muestra los niveles de la calidad de vida en la dimensión vida familiar y familia extensa.

Los hallazgos obtenidos refieren que las gestantes con regular calidad de vida en las dimensiones vida familiar y familia extensa son el grupo predominante en esta tabla de distribución lo cual influenciará parcialmente en forma positiva en el normal desarrollo del periodo de gestación pues la presencia de los familiares asociado a la capacidad del hogar para brindar seguridad afectiva son elementos necesarios en el apoyo emocional requerido para sobrellevar el embarazo, un grupo importante de gestantes tiene un nivel bajo de calidad de vida en esta dimensión lo cual es una influencia negativa para el normal desarrollo del embarazo

**Tabla 8**

*Niveles de Calidad en la dimensión Vida familiar y familia extensa*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Baja calidad	42	30,7
Regular calidad	74	54,0
Alta calidad	21	15,3
Total	137	100,0

En la tabla 9, se presentan los niveles de calidad de vida en la dimensión educación y ocio.

Esta tabla nos muestra que la mayoría de las gestantes expresan un nivel regular de calidad de vida en la dimensión educación y ocio, de lo cual se desprende que estas gestantes disponen de cierto tiempo libre para realizar algunas actividades recreativas así como de tiempo en cierto grado para dedicarlo al descanso, sin embargo un segundo grupo de volumen significativo registra baja calidad de vida en esta dimensión lo cual genera insatisfacción en este grupo de gestantes al no poder contar con el tiempo necesario para realizar actividades gratificantes que posibilita el tiempo liberado

**Tabla 9**

*Niveles de Calidad en la dimensión Educación y ocio*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Baja calidad	37	27,0
Regular calidad	76	55,5
Alta calidad	24	17,5
Total	137	100,0



En la tabla 10, se presentan los niveles de calidad de vida en la dimensión medios de comunicación.

En esta tabla se observa que el grupo de mayor volumen considera que tiene una regular calidad de vida respecto a los medios de comunicación lo cual va a permitir que las gestantes pueden dedicar parte de su tiempo libre a estar en contacto con la televisión, la radio y otros medios lo cual le brindará un grado de satisfacción que dependerá de la cantidad de tiempo dedicado a estas actividades así como del contenido de estos programas

**Tabla 10**

*Niveles de Calidad en la dimensión Medios de comunicación*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Baja calidad	38	27,7
Regular calidad	69	50,4
Alta calidad	30	21,9
Total	137	100,0

En la tabla 11, se presentan los niveles de calidad de vida en la dimensión religión.

De lo observado en la tabla de distribución se puede mencionar un grupo significativamente mayoritario de gestantes manifiesta tener regular calidad de vida en la dimensión religión, lo cual se reflejará en la frecuencia de asistencia a misa y del peso que le otorga la familia a su vida religiosa; un grupo de menor volumen pero importante percibe que tiene una baja calidad de vida en esta dimensión lo cual genera el alejamiento de la familia a las actividades religiosas

**Tabla 11**

*Niveles de Calidad en la dimensión Religión*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Baja calidad	35	25,5
Regular calidad	84	61,3
Alta calidad	18	13,1
Total	137	100,0

En la tabla 12, por su parte, se presentan los niveles de calidad de vida en la dimensión salud.

Esta tabla nos indica que el grupo predominante está constituido por las gestantes que refieren tener un nivel regular de calidad de vida para la dimensión salud lo cual le brindará de forma limitada cierto grado de satisfacción (sin llegar a ser el óptimo) en relación a su salud física y mental, sin embargo un segundo grupo importante de gestantes refiere tener un nivel de baja calidad de vida en esta dimensión lo cual es un factor negativo para el normal desarrollo del periodo gestacional así como de su integridad física y mental

**Tabla 12**

*Niveles de Calidad en la dimensión Salud*

<b>Niveles</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Baja calidad	36	26,3
Regular calidad	76	55,5
Alta calidad	25	18,2
Total	137	100,0

### 5.1.3. Estadística descriptiva para Calidad de vida

La tabla 13 muestra los resultados del análisis estadístico descriptivo para la variable calidad de vida según la muestra completa de estudio.

Esta tabla muestra que la media más representativa corresponden a vida familiar y familia extensa así como a hogar y bienestar económico lo cual hace suponer que estas gestantes logran tener un grado de satisfacción en la relación afectiva con su familia habiendo capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, por otro lado existe un grado de satisfacción en relación a los medios materiales que tiene su vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para satisfacer sus necesidades básicas recreativas y de salud. Otra media importante es amigos, vecindario y comunidad en donde las facilidades brindadas por la comunidad y las relaciones amicales brindarán un mayor beneficio a las gestantes

**Tabla 13**

*Estadísticos descriptivos para calidad de vida según muestra total*

	<b>X</b>	<b>DS</b>	<b>C.V</b>
Hogar y bienestar económico	15,18	3,324	11,047
Amigos, vecindario y comunidad	13,84	3,770	14,209
Vida familiar y familia extensa	15,05	3,390	11,490
Educación y ocio	9,33	2,581	6,663
Medios de comunicación	10,53	3,148	9,913
Religión	6,14	2,112	4,459
Salud	6,73	1,950	3,802
Calidad de vida	76,80	14,002	196,046

#### 5.1.4. Frecuencias y porcentajes del Funcionamiento familiar

Con respecto al nivel del funcionamiento familiar en pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica del centro de salud Manylsa de Ate, se aprecia en la tabla 14, que el grupo mayoritario de las gestantes tiene un funcionamiento familiar de regular a bajo lo que evidencia la presencia de problemas en el entorno familiar lo cual influenciará negativamente en los estilos de vida de las gestantes

**Tabla 14**

*Niveles del funcionamiento familiar de la muestra*

<b>Niveles</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Muy bajo	20	14,6
Bajo	25	18,2
Regular	60	43,8
Alto	19	13,9
Muy alto	13	9,5
Total	137	100,0

La tabla 15 presenta los niveles de la dimensión adaptabilidad en pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica del centro de salud Manylsa de Ate

En esta tabla se observa que el grupo predominante lo constituyen las gestantes que corresponden a familias caóticas caracterizadas por la ausencia de liderazgo asociado a cambio de roles y disciplina muy cambiante o ausente, las decisiones parentales son impulsivas con falta de claridad de las funciones por lo tanto todo ello repercute negativamente porque este modelo de vida es el que la gestante aplicará en la formación de su nuevo núcleo familiar. En menor proporción se presentan las gestantes que corresponden a las familias estructuradas caracterizadas porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan y a las familias flexibles caracterizada por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario

**Tabla 15**

*Niveles para la dimensión Adaptabilidad*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Rígida	16	11,7
Estructurada	34	24,8
Flexible	33	24,1
Caótica	54	39,4
Total	137	100,0

En la tabla 16 se presenta los niveles de la dimensión cohesión en pacientes gestantes que acuden a consulta obstétrica del centro de salud Manylsa de Ate

En esta tabla se observa que el grupo predominante lo constituye las gestantes de las familias dispersas caracterizadas por su extrema separación emocional con escaso involucramiento de sus miembros, con una correspondencia afectiva infrecuente, con falta de acercamiento de padres e hijos pues rara vez pasan el tiempo juntos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes. Otro grupo significativo lo constituyen las gestantes de familias separadas que se caracteriza por la separación emocional donde la lealtad emocional es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares

**Tabla 16**

*Niveles para la dimensión Cohesión*

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Dispersa	74	54,0
Separada	38	27,7
Conectada	23	16,8
Aglutinada	2	1,5
Total	137	100,0

### 5.1.5. Estadística descriptiva para Funcionamiento familiar

En la tabla 17 se presenta los resultados descriptivos del variable funcionamiento familiar medidas para la muestra completa de estudio. Se incluye la media (X), desviación estándar (D.S.) y coeficientes de varianza (C.V.).

Los hallazgos en esta tabla nos muestran que la media más significativa corresponde a la dimensión cohesión la cual determina el vínculo emocional que los miembros de la familia tiene unos con otros, y que determina el grado en que están separados o unidos

La media obtenida en la adaptabilidad refleja la capacidad de cambio frente a nuevas situaciones. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, las relaciones de roles en respuesta al estrés emocional.

**Tabla 17**

*Estadísticos descriptivos para funcionamiento familiar según muestra total*

	X	D.S.	C.V.
Cohesión	33,96	6,589	43,418
Adaptabilidad	27,00	6,044	36,529
Funcionamiento familiar	60,96	10,154	103,094



## 5.2. Análisis inferencial

### 5.2.1. Prueba de normalidad

La tabla 18 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K – S) para las variables calidad de vida y funcionamiento familiar.

Se aprecia que las puntuaciones totales en las participantes en las distintas escalas se agrupan en torno a una distribución normal, puesto que las probabilidades de significancia (p), para ambos casos, son mayores a 0,05. Por lo tanto, queda justificado el uso de estadísticos paramétricos para el análisis de los datos.

Este resultado nos permite utilizar las siguientes pruebas paramétricas:

- i. Prueba “F” de Análisis de Varianza (ANOVA)
- ii. Prueba de correlación “r” de Pearson.

**Tabla 18**

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste para los puntajes de calidad de vida y funcionamiento familiar en gestantes.*

	Calidad de Vida	Funcionamiento familiar
Z de Kolmogorov-Smirnov	,453	0,795
P	,987(*)	0,552(*)

(\*)  $p > ,05$

### **5.2.2. Comparación de la variable Calidad de vida según datos demográficos**

Se procedió al cálculo del estadístico de la “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si las diferencias de medias halladas entre los grupos de edades eran significativas.

En la tabla 19 se puede apreciar que no existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en las puntuaciones de media de la variable calidad de vida, ni en las diferentes dimensiones que la componen, esto significa que el factor grupo etario no influye en la variable dependiente calidad de vida, es decir, los distintos niveles del factor grupo etario se comportan de igual forma en lo que a la variable calidad de vida y a sus dimensiones se refiere. Esto guarda relación con los valores de F, los cuales al no haber diferencias significativas en las medias en las diferentes dimensiones de la calidad de vida entre los grupos etarios considerados, el valor de F será bajo

**Tabla 19***Diferencias de medias para calidad de vida según la edad*

	<b>Edades cronológicas</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Hogar y bienestar económico	18 a 20 años	14,55	1,511	,203
	21 a 23 años	14,81		
	24 a 26 años	16,67		
	27 a 29 años	15,44		
	30 a 33 años	15,53		
Amigos, vecindario y comunidad	18 a 20 años	13,50	,649	,629
	21 a 23 años	13,68		
	24 a 26 años	13,61		
	27 a 29 años	13,84		
	30 a 33 años	15,11		
Vida familiar y familia extensa	18 a 20 años	14,50	,876	,480
	21 a 23 años	15,16		
	24 a 26 años	15,67		
	27 a 29 años	14,72		
	30 a 33 años	16,00		
Educación y ocio	18 a 20 años	9,43	,969	,427
	21 a 23 años	8,71		
	24 a 26 años	10,17		
	27 a 29 años	9,44		
	30 a 33 años	9,16		
Medios de comunicación	18 a 20 años	11,30	1,130	,345
	21 a 23 años	9,87		
	24 a 26 años	10,06		
	27 a 29 años	10,52		
	30 a 33 años	10,26		
Religión	18 a 20 años	6,20	,833	,507
	21 a 23 años	5,97		
	24 a 26 años	5,44		
	27 a 29 años	6,52		
	30 a 33 años	6,42		
Salud	18 a 20 años	6,70	,564	,689
	21 a 23 años	7,06		
	24 a 26 años	6,94		
	27 a 29 años	6,52		
	30 a 33 años	6,32		
Calidad de Vida	18 a 20 años	76,18	,277	,892
	21 a 23 años	75,26		
	24 a 26 años	78,56		
	27 a 29 años	77,00		
	30 a 33 años	78,79		

Después, se procedió al cálculo de la “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si las diferencias de las medias halladas entre los grupos de nivel educativo: primaria, secundaria incompleta, secundaria completa, superior técnico y superior universitario eran significativos.

En la tabla 20 se puede apreciar que no existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) al comparar las puntuaciones de media de las dimensiones amigos, vecindario y comunidad; medios de comunicación; religión y salud, esto significa que el factor nivel educativo no influye en las dimensiones descritas, es decir, los distintos niveles educativos se comportan de igual forma en lo que a las dimensiones líneas arriba descritas se refiere. Esto guarda relación con los valores de F, los cuales al no haber diferencias significativas en las medias en estas dimensiones de la calidad de vida entre los niveles educativos considerados, los valores de F serán los más bajos.

Las dimensiones hogar y bienestar económico; vida familiar y familia extensa; educación y ocio, así como calidad de vida mostraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en sus puntuaciones de media según el nivel educativo de las participantes; esto significa que por lo menos, dos grupos del factor nivel educativo producen distintos efectos en la variable dependiente calidad de vida y en las dimensiones descritas. Esto guarda relación con los valores de F de tal manera que cuanto más alto sea F, más están relacionadas las variables, lo que significa que las medias de la variable dependiente calidad de vida difieren o varían mucho entre los grupos de la variable independiente nivel educativo lo cual se refleja en los niveles superior universitario y superior técnico

**Tabla 20***Diferencias de medias para calidad de vida según el nivel educativo*

	<b>Nivel educativo</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Hogar y bienestar económico	Primaria	14,00	3,075	0,019(*)
	Secundaria incompleta	14,39		
	Secundaria completa	15,25		
	Superior técnico	16,11		
	Superior universitario	21,50		
Amigos, vecindario y comunidad	Primaria	12,25	1,504	0,205
	Secundaria incompleta	13,15		
	Secundaria completa	13,92		
	Superior técnico	15,05		
	Superior universitario	17,00		
Vida familiar y familia extensa	Primaria	13,13	3,348	0,012(*)
	Secundaria incompleta	13,82		
	Secundaria completa	15,51		
	Superior técnico	15,74		
	Superior universitario	19,50		
Educación y ocio	Primaria	8,25	2,740	0,031(*)
	Secundaria incompleta	8,58		
	Secundaria completa	9,47		
	Superior técnico	10,16		
	Superior universitario	13,00		
Medios de comunicación	Primaria	10,50	,352	0,842
	Secundaria incompleta	10,30		
	Secundaria completa	10,43		
	Superior técnico	11,32		
	Superior universitario	10,50		
Religión	Primaria	5,75	2,238	0,068
	Secundaria incompleta	5,45		
	Secundaria completa	6,29		
	Superior técnico	6,58		
	Superior universitario	9,00		
Salud	Primaria	6,38	1,491	0,208
	Secundaria incompleta	6,15		
	Secundaria completa	6,96		
	Superior técnico	6,79		
	Superior universitario	8,50		
Calidad de Vida	Primaria	70,25	3,688	0,007(*)
	Secundaria incompleta	71,85		
	Secundaria completa	77,83		
	Superior técnico	81,74		
	Superior universitario	99,00		

(\*) Diferencias significativas ( $p < .05$ )

Luego, se procedió al cálculo de la “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar las diferencias de medias halladas entre los grupos de estado civil: casada, soltera, conviviente y divorciada.

En la tabla 21 se puede apreciar que no existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en las puntuaciones de media de la variable calidad de vida y sus dimensiones según el estado civil de las participantes. Esto significa que el factor estado civil no influye en la variable dependiente calidad de vida ni en sus dimensiones, es decir, los distintos niveles del factor estado civil se comportan de igual forma en lo que a la variable calidad de vida y a sus dimensiones se refiere. Esto guarda relación con los valores de F, los cuales al no haber diferencias significativas en las medias en las diferentes dimensiones de la calidad de vida entre los grupos de estado civil considerados, el valor de F será bajo

**Tabla 21***Diferencias de medias para calidad de vida según el estado civil*

	<b>Estado civil</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Hogar y bienestar económico	Casada	15,38	1,851	0,141
	Soltera	13,50		
	Conviviente	15,37		
	Divorciada	17,50		
Amigos, vecindario y comunidad	Casada	13,00	,348	0,791
	Soltera	13,44		
	Conviviente	13,99		
	Divorciada	14,50		
Vida familiar y familia extensa	Casada	15,54	,192	0,901
	Soltera	15,25		
	Conviviente	14,94		
	Divorciada	16,00		
Educación y ocio	Casada	8,92	1,067	0,366
	Soltera	10,06		
	Conviviente	9,23		
	Divorciada	11,50		
Medios de comunicación	Casada	11,54	,513	0,674
	Soltera	10,56		
	Conviviente	10,41		
	Divorciada	10,00		
Religión	Casada	7,23	1,572	0,199
	Soltera	6,31		
	Conviviente	5,96		
	Divorciada	7,00		
Salud	Casada	7,46	,812	0,489
	Soltera	6,38		
	Conviviente	6,69		
	Divorciada	7,00		
Calidad de Vida	Casada	79,08	,317	0,813
	Soltera	75,50		
	Conviviente	76,58		
	Divorciada	83,50		

Nuevamente, se procedió al cálculo de la “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si las diferencias de puntajes de medias halladas entre las participantes que proceden de familias nucleares, extensas, monoparentales y fusionadas eran significativas.

En la tabla 22 se puede observar que no existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en las puntuaciones de la variable calidad de vida y sus dimensiones que la componen, salvo la dimensión medios de comunicación, esto significa que el factor composición familiar no influye en la variable dependiente calidad de vida y en las dimensiones descritas, es decir, los distintos niveles del factor composición familiar se comportan de igual forma en lo que a la variable calidad de vida y a sus dimensiones descritas se refiere. Esto guarda relación con los valores de F, los cuales al no haber diferencias significativas en las medias en las diferentes dimensiones de la calidad de vida entre los grupos de composición familiar considerados, el valor de F será menor

La dimensión medios de comunicación mostró diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en sus puntuaciones de media según la composición familiar de las participantes; esto significa que por lo menos, dos grupos del factor composición familiar producen distintos efectos en la dimensión medios de comunicación. Esto guarda relación con el valor de F de tal manera que cuanto más alto sea F, más están relacionadas las variables, lo que significa que las medias de la dimensión medios de comunicación difieren o varían mucho entre los grupos de la composición familiar lo cual se refleja sobre todo en familia extensa



**Tabla 22***Diferencias de medias para calidad de vida según composición familiar*

	<b>Composición familiar</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Hogar y bienestar económico	Familia nuclear	15,21	,047	0,986
	Familia extensa	15,04		
	Familia monoparental	15,60		
	Familia fusionada	15,00		
Amigos, vecindario y comunidad	Familia nuclear	13,70	1,514	0,214
	Familia extensa	14,69		
	Familia monoparental	11,20		
	Familia fusionada	15,25		
Vida familiar y familia extensa	Familia nuclear	14,75	1,303	0,276
	Familia extensa	15,92		
	Familia monoparental	11,20		
	Familia fusionada	17,00		
Educación y ocio	Familia nuclear	9,11	1,268	0,288
	Familia extensa	10,00		
	Familia monoparental	10,60		
	Familia fusionada	9,00		
Medios de comunicación	Familia nuclear	10,21	3,099	0,029(*)
	Familia extensa	12,12		
	Familia monoparental	9,00		
	Familia fusionada	10,25		
Religión	Familia nuclear	5,99	,987	0,401
	Familia extensa	6,77		
	Familia monoparental	6,20		
	Familia fusionada	5,75		
Salud	Familia nuclear	6,62	1,584	0,196
	Familia extensa	7,35		
	Familia monoparental	5,60		
	Familia fusionada	7,00		
Calidad de Vida	Familia nuclear	75,57	1,564	0,201
	Familia extensa	81,88		
	Familia monoparental	73,40		
	Familia fusionada	79,25		

(\*) Diferencias significativas ( $p < .05$ )

### **5.2.3. Comparaciones de la variable Funcionamiento familiar según datos demográficos.**

Se procedió al cálculo del estadístico de la “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si las diferencias de puntaje de media halladas entre los grupos de edades eran significativas.

En la tabla 23 se puede apreciar que no existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en las puntuaciones de media de la variable funcionamiento familiar y sus componentes, esto significa que el factor grupo etario no influye en la variable dependiente funcionamiento familiar, es decir, los distintos niveles del factor grupo etario se comportan de igual forma en lo que a la variable funcionamiento familiar y a sus dimensiones se refiere. Esto guarda relación con los valores de F, los cuales al no haber diferencias significativas en las medias en las diferentes dimensiones de funcionamiento familiar entre los grupos etarios considerados, el valor de F será bajo

**Tabla 23***Diferencias de medias para funcionamiento familiar según edad cronológica*

	<b>Edad cronológica</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Cohesión	18 a 20 años	31,82	1,785	0,136
	21 a 23 años	34,84		
	24 a 26 años	35,00		
	27 a 29 años	35,32		
	30 a 33 años	34,74		
Adaptabilidad	18 a 20 años	27,05	,534	0,711
	21 a 23 años	26,71		
	24 a 26 años	26,67		
	27 a 29 años	28,40		
	30 a 33 años	25,84		
Funcionamiento familiar	18 a 20 años	58,86	,985	0,418
	21 a 23 años	61,55		
	24 a 26 años	61,67		
	27 a 29 años	63, 72		
	30 a 33 años	60,58		

Posteriormente se calculó la prueba paramétrica “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si existen diferencias de media en el funcionamiento familiar respecto al nivel educativo alcanzado por las participantes.

En la tabla 24 se puede observar que existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en las puntuaciones de media de la variable funcionamiento familiar y la dimensión adaptabilidad, según el nivel educativo de las participantes; esto significa que por lo menos, dos grupos del factor nivel educativo producen distintos efectos en la variable funcionamiento familiar y en la dimensión adaptabilidad. Esto guarda relación con el valor de F de tal manera que cuanto más alto sea F, más están relacionadas las variables, lo que significa que las medias de la variable funcionamiento familiar y de la dimensión adaptabilidad difieren o varían mucho entre los grupos del nivel educativo lo cual se refleja sobre todo en secundaria completa

No existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en las puntuaciones de media de la dimensión cohesión, esto significa que el factor nivel educativo no influye en la dimensión cohesión, es decir, los distintos grupos del factor nivel educativo se comportan de igual forma en lo que a la dimensión cohesión se refiere. Esto guarda relación con los valores de F, los cuales al no haber diferencias significativas en las medias en la dimensión cohesión entre los niveles educativos considerados, el valor de F es el más bajo

**Tabla 24***Diferencias de medias para funcionamiento familiar según nivel educativo*

	<b>Nivel educativo</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Cohesión	Primaria	33,00	2,119	0,082
	Secundaria incompleta	31,85		
	Secundaria completa	34,63		
	Superior técnico	34,47		
Adaptabilidad	Primaria	26,13	2,875	0,025(*)
	Secundaria incompleta	25,42		
	Secundaria completa	27,77		
	Superior técnico	25,89		
Funcionamiento familiar	Primaria	59,13	3,780	0,006(*)
	Secundaria incompleta	57,27		
	Secundaria completa	62,40		
	Superior técnico	60,37		

(\*) Diferencias significativas ( $p < .05$ )

Se calculó la prueba paramétrica “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si existen diferencias de media en el funcionamiento familiar respecto al estado civil de las participantes

En la tabla 25. Se encontró que el funcionamiento familiar, así como sus dimensiones no presentan diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) al compararse los grupos de estado civil de las participantes; esto significa que el factor estado civil no influye en la variable funcionamiento familiar ni en sus dimensiones, es decir, los grupos de estado civil se comportan de igual forma en lo que al funcionamiento familiar y a sus dimensiones se refiere. Por tal razón los valores de F son bajos, al no haber diferencias significativas en las medias del funcionamiento familiar y los grupos de estado civil.

**Tabla 25***Diferencias de medias para funcionamiento familiar según estado civil*

	<b>Estado civil</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Cohesión	Casada	35,46	,810	0,491
	Soltera	31,88		
	Conviviente	34,12		
	Divorciada	32,50		
Adaptabilidad	Casada	27,00	,583	0,627
	Soltera	27,31		
	Conviviente	26,85		
	Divorciada	32,50		
Funcionamiento familiar	Casada	62,46	,358	0,784
	Soltera	59,19		
	Conviviente	60,97		
	Divorciada	65,00		

Adicionalmente, se calculó la prueba paramétrica “F” de Análisis de Varianza (ANOVA) para determinar si existen diferencias de media en el funcionamiento familiar y sus dimensiones en función a la composición familiar de las participantes.

En la tabla 26 se puede observar que no existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en las puntuaciones de media, de la variable funcionamiento familiar y sus dimensiones; esto significa que el factor composición familiar no influye en la variable funcionamiento familiar ni en sus dimensiones, es decir, los grupos de composición familiar se comportan de igual forma en lo que al funcionamiento familiar y a sus dimensiones se refiere. Por tal razón los valores de F son bajos, al no haber diferencias significativas en las medias del funcionamiento familiar y los grupos de composición familiar.



**Tabla 26***Diferencias de medias para funcionamiento familiar según composición familiar*

	<b>Composición familiar</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Cohesión	Familia nuclear	34,06	,168	0,918
	Familia extensa	34,12		
	Familia monoparental	32,40		
	Familia fusionada	32,50		
Adaptabilidad	Familia nuclear	26,63	,537	0,658
	Familia extensa	28,27		
	Familia monoparental	27,80		
	Familia fusionada	27,25		
Funcionamiento familiar	Familia nuclear	60,69	,220	0,883
	Familia extensa	62,38		
	Familia monoparental	60,20		
	Familia fusionada	59,75		

### 5.3. Comprobación de hipótesis

**H<sub>G</sub>:** Existe relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

En la tabla 27 se observa que el coeficiente de correlación de Pearson muestra una relación de tipo directa (positiva), estadísticamente muy significativa ( $p < 0,01$ ) y de un nivel moderado bajo ( $r = 0,359$ ) entre ambas variables. Por lo tanto, existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la hipótesis nula y se acepte la hipótesis general. Esto indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar. En otras palabras, cuanto más adecuada sea el nivel de calidad de vida, mejor será el nivel de funcionamiento familiar.

**Tabla 27**

*Análisis de correlación entre calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes gestantes*

	Funcionamiento familiar	
	r	p
Calidad de Vida	0,359	0,000 (*)

(\*) Correlación muy significativa ( $p < ,01$ )

Respecto a la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y funcionamiento familiar, en la Tabla 28 se aprecia que existe una relación de tipo directa estadísticamente significativa de nivel bajo, entre las dimensiones: hogar y bienestar económico con cohesión; amigos, vecindario y comunidad con cohesión; educación y ocio con cohesión y adaptabilidad, medios de comunicación con cohesión y adaptabilidad.

Asimismo se observa que existe una relación de tipo directa estadísticamente significativa de un nivel moderado entre las dimensiones vida familiar y familia extensa con cohesión

También se puede observar que existe una relación de tipo directa de nivel moderado bajo entre religión con cohesión y salud con cohesión.

Estos resultados nos indican que existe relación de tipo directa entre las dimensiones de la calidad de vida y funcionamiento familiar

**Tabla 28***Análisis de correlación entre las dimensiones de la calidad de vida y funcionamiento familiar*

		Cohesión	Adaptabilidad
Hogar y bienestar económico	r	0,207	0,055
	p	0,015(*)	0,527
Amigos, vecindario y comunidad	r	0,192	0,124
	p	0,025(*)	0,149
Vida familiar y familia extensa	r	0,420	0,005
	p	0,000 (*)	0,954
Educación y ocio	r	0,256	0,252
	p	0,003 (*)	0,003 (*)
Medios de comunicación	r	0,245	0,209
	p	0,004 (*)	0,014(*)
Religión	r	0,352	0,067
	p	0,000 (*)	0,438
Salud	r	0,308	0,110
	p	0,000(*)	0,201

(\*) Correlación significativa ( $p < .05$ )

## **5.4. Discusión y conclusiones**

### **5.4.1. Discusión de los resultados**

El funcionamiento en la familia juega un papel determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre cada uno de sus miembros. En este sentido, se ha de entender por funcionalidad familiar a la capacidad del sistema que posee para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Rangel, Valerio, Patiño y García, 2004), más aun cuando se trata de un proceso de embarazo. Adicionalmente, la calidad de vida durante el embarazo significa el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de la mujer y entrañe las menores variaciones en su vida habitual (Guarino, 2010).

Tras lo mencionado líneas arriba, y una vez procesados los resultados del estudio se confirma la hipótesis general estableciéndose una correlación positiva, de un nivel moderado bajo ( $r = ,359$ ) y estadísticamente muy significativa ( $p < 0,01$ ) entre las variables funcionamiento familiar y calidad de vida. Lo cual están en línea con lo señalado por Soto, León y Castañeda (2015) quienes concluyeron que la calidad de vida en mujeres embarazadas con funcionalidad familiar están correlacionados en una magnitud moderada baja ( $r = ,324$ ) siendo un dato significativo ( $p < ,05$ ).

En lo que se refiere al nivel de calidad de vida, para dar respuesta a la hipótesis específica 1, según los resultados arrojados por las gestantes existe una relación promedio entre los niveles de calidad de vida de las gestantes que constituyen la muestra de estudio; se observa una distribución uniforme en donde el grupo con tendencia hacia una calidad de vida buena (26,3%) sobresale muy discretamente en relación a los otros grupos. Lo antes mencionado guarda cierta relación con lo reportado por Delgado (2014), especificando que el 51.7% de las madres adolescentes que encuestó tienen tendencia a calidad de vida promedio, mientras que el 18% presenta baja calidad de vida. Del mismo modo Soto-Acevedo, León-Corrales y Castañeda-Sánchez (2015) destaca que de 65 pacientes entrevistadas de la unidad de medicina familiar (UMF), 76,9% tuvo buena calidad de vida y 23,1% mala. Cabe destacar que, en los resultados anteriores, la cantidad de muestra fue diferente.

Por otro lado, respecto a la hipótesis específica 2, los resultados indicaron que el nivel de funcionamiento familiar predominante en la muestra de mujeres gestantes es de regular a bajo. Es decir, las encuestadas perciben a su familia débilmente funcional en la medida que establecen vínculos afectivos entre sus miembros y promueva el desarrollo progresivo en la autonomía, además de ser regularmente capaces de cambiar su estructura interna para superar determinadas dificultades. Este resultado coincide con lo encontrado por Cerna y Pacheco (2013) quienes reportaron que un 64,4% de jóvenes gestantes atendidas en el servicio de hospitalización del Hospital Nacional Hipólito Unánue presentaron disfuncionalidad familiar, no obstante, otros investigadores como Castellón (2014) quien en una muestra de adolescentes gestantes de la Comunidad de Mesolandia encontró que el nivel de

efectividad de la funcionalidad familiar era en un 63,75% intermedio. Mientras que García y Martínez de Acosta (2011) hallaron que las familias con adolescentes gestantes presentan un nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar.

Por otro parte, se obtuvieron los niveles para la dimensión cohesión, la cual reportó un mayor porcentaje en el tipo dispersa; la cual se caracteriza por presentar: límites rígidos entre los subsistemas familiares, gran autonomía individual, coalición débil, los miembros de la familia se encuentran separados física y emocionalmente priman las decisiones individuales, y los integrantes carecen de identidad familiar. En lo que concierne a los niveles de la dimensión adaptabilidad se encontró que las participantes obtuvieron un mayor porcentaje en el tipo caótica, apreciándose en este estilo liderazgo pasivo y agresivo, disciplina indulgente y contemplativa, cambio dramático de roles y reglas, en donde no se establece un respeto por las jerarquías familiares (Olson, 1985, citado por Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús, Pérez-Saavedra, 2013).

Por otro lado, se comparó los puntajes de la variable calidad de vida y sus dimensiones en función a las variables edad, nivel educativo y estado civil para dar respuesta a la hipótesis específica 3; fueron las dimensiones hogar y bienestar económico; vida familiar y familia extensa; educación y ocio, así como calidad de vida las que mostraron diferencias significativas ( $p < .05$ ) en sus puntuaciones de media según el nivel educativo de las participantes, siendo esta diferencia a favor del grupo de mujeres gestantes con educación superior universitario y superior técnico. En este sentido, a medida que la persona, asume niveles de instrucción educativa cada

vez mayor, es capaz de aunar esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar, así como adaptarse a los cambios en el sistema familiar (Caqueo y Lemos, 2008).

Para el caso de la variable funcionamiento familiar, propuesta en la hipótesis específica 4, se evidenció diferencias significativas en las puntuaciones de media de la variable funcionamiento familiar y la dimensión adaptabilidad ( $p < ,05$ ) según el nivel educativo, siendo esta diferencia a favor del grupo de mujeres gestantes con secundaria completa. En este sentido, a medida que la persona, asume niveles de instrucción educativa cada vez mayor, es capaz de aunar esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar, así como adaptarse a los cambios en el sistema familiar (Caqueo y Lemos, 2008).

Asimismo, se confirmó la hipótesis específica 5 al hallarse correlaciones específicas entre hogar y bienestar económico con cohesión ( $r = ,207$ ;  $p < ,05$ ), amigos, vecindario y comunidad, con cohesión ( $r = ,192$ ;  $p < ,05$ ), vida familiar y familia extensa con cohesión ( $r = ,420$ ;  $p < ,05$ ), educación y ocio con cohesión ( $r = ,256$ ;  $p < ,05$ ) y adaptabilidad ( $r = ,252$ ;  $p < ,05$ ), medios de comunicación con cohesión ( $r = ,245$ ;  $p < ,05$ ) y adaptabilidad ( $r = ,209$ ;  $p < ,05$ ), religión con cohesión ( $r = ,352$ ;  $p < ,05$ ) y salud con cohesión ( $r = ,308$ ;  $p < ,05$ ) respectivamente. Al respecto, Ardila (2003, citado por León, 2009) ha precisado que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, el cual posee aspectos determinados como lo subjetivo y objetivo, siendo las relaciones armónicas con su entorno social,



especialmente la familiar y las funciones que se asumen en esta, y la salud los más destacados en relación con los aspectos objetivos.

#### **5.4.2. Conclusiones**

A continuación, se describen las conclusiones finales derivadas de la presente investigación:

1. Con respecto a la hipótesis general, se confirma que existe una relación de tipo directa (positiva), estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) y de un nivel moderado bajo ( $r = ,359$ ) entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017; lo cual indica que ambas variables tienen un bajo grado de asociación entre ellas.
2. Con respecto a la hipótesis específica 1, se comprobó que existe una relación promedio en el nivel de la calidad de vida, en donde se halló que un 26,3% de la muestra evidencia una tendencia hacia una calidad de vida buena, el 24,8% presenta tendencia hacia una baja calidad de vida, el 23,4% muestra una calidad de vida óptima y un 25,5% percibe una mala calidad de vida, en las mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.

3. Con respecto a la hipótesis específica 2, se encontró que el 62% de la muestra posee un nivel regular a bajo en el funcionamiento familiar general, en la dimensión cohesión se apreció un porcentaje mayor (54%) en el tipo dispersa y para la dimensión adaptabilidad el tipo caótica fue el de mayor puntuación (39,4%), según reportaron el grupo de las mujeres embarazadas encuestadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.
  
4. Con respecto a la hipótesis específica 3, al comparar la variable calidad de vida y sus dimensiones, se encontró que fueron las dimensiones hogar y bienestar económico; vida familiar y familia extensa; educación y ocio, así como calidad de vida las que mostraron diferencias significativas en sus puntuaciones de media según el nivel educativo, asimismo en el área medios de comunicación, también reportó diferencias significativas según la composición familiar de las mujeres embarazadas encuestadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.
  
5. Con respecto a la hipótesis específica 4, al comparar la variable funcionamiento familiar y sus dimensiones, se encontró que existen diferencias significativas en las puntuaciones de media de la variable funcionamiento familiar y la dimensión adaptabilidad ( $p < ,05$ ) según el nivel educativo de las madres gestantes encuestadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017, siendo esta diferencia a favor del grupo con secundaria completa.
  
6. Por último, en cuanto a la hipótesis específica 5, al analizar las relaciones específicas entre las dimensiones de las variables estudiadas, se halló que existen correlaciones

específicas entre hogar y bienestar económico con cohesión, amigos, vecindario y comunidad, con cohesión, vida familiar y familia extensa con cohesión, educación y ocio con cohesión y adaptabilidad, medios de comunicación con cohesión y adaptabilidad, religión con cohesión y salud con cohesión, en un grupo de mujeres gestantes del centro de atención primaria de salud Manylsa en Ate, 2017.

#### **5.4.3. RECOMENDACIONES:**

1. Ejecutar nuevas investigaciones científicas en la población estudiada, a fin de seguir asociando la calidad de vida con otras variables de interés como por ejemplo; afrontamiento al estrés, comunicación familiar, depresión, embarazo no deseado, adolescencia y embarazo, etc.
2. Diseñar programas de promoción y prevención en la población de estudio, poniendo énfasis en temáticos como: -resolución de conflictos en el sistema familiar, proyecto de vida, toma de decisiones, autoestima, comunicación asertiva, etc., a fin de evitar la aparición de problemas de índole psicológico y psicosocial
3. Capacitación al personal de salud, por medio de charlas y talleres, sobre una propuesta de atención integral a la gestante, donde se aborde no solo su condición fisiológica, sino también orientar sobre su condición sociofamiliar y condiciones de vida necesarias para una adecuada calidad de vida

4. Reforzar los establecimientos salud con más personal profesional de Psicología para una oportuna captación y tamizaje de todas las usuarias gestantes del servicio de Obstetricia.
  
5. Diseñar programas de información, educación, y capacitación orientado al personal profesional y no profesional de los establecimientos de atención primaria de salud para realizar una adecuada captación y orientación de las usuarias gestantes para que al ser sensibilizadas acudan al servicio de Psicología para su adecuada intervención.

## **ANEXOS Y APÉNDICES**

**Anexo 1:**  
**Matriz de consistencia**

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p><b>Problema principal:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017?</p> <p><b>Problemas secundarios:</b></p> <p>¿Cuáles son las características de la calidad de vida en los dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Describir las características de la calidad de vida en los dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>H<sub>G</sub>: Existe relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p>H<sub>0</sub>: No existe relación entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p><b>Hipótesis derivadas:</b></p> <p>H<sub>1</sub>: Existe una relación promedio en el nivel de la calidad de vida en las dimensiones: vida familiar, amigos, familia extensa, salud,</p>	<p><b>Variable Calidad de vida:</b> Medido a través de la Escala Calidad de Vida de Olson y Barnes</p> <p>Sus dimensiones son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogar y bienestar económico.</li> <li>• Amigos, vecindario y comunidad.</li> <li>• Vida familiar y familia extensa.</li> <li>• Educación y ocio.</li> <li>• Medio de comunicación.</li> <li>• Religión.</li> <li>• Salud.</li> </ul> <p><b>Variable Funcionamiento familiar:</b> Medida a través del Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FACES III) de Olson, Portner y Lavee. Sus principales dimensiones se mencionan a continuación:</p>	<p><b>Diseño metodológico:</b></p> <p>El tipo de investigación es descriptivo - correlacional.</p> <p>El diseño de investigación es no experimental y transversal</p> <p><b>Diseño muestral:</b></p> <p>La población estuvo conformada por los 215 pacientes atendidas en el primer trimestre del año 2017 por el servicio de salud materno perinatal del establecimiento de salud Manylsa – Dirección de Salud IV Lima Este.</p> <p>La muestra intencional estuvo compuesta por 137 pacientes. Además, por tratarse de una muestra disponible su carácter fue</p>

<p>¿Cuáles son las características del funcionamiento familiar en sus dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017?</p> <p>¿Cuáles son las diferencias estadísticas de la calidad de vida en los dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en función a la edad, nivel educativo y estado civil, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017?</p> <p>¿Cuáles son las diferencias estadísticas del funcionamiento familiar en sus dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en función a la edad, nivel educativo, estado civil y composición familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las dimensiones de la calidad de vida:</p>	<p>Describir las características del funcionamiento familiar en sus dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p>Identificar las diferencias estadísticamente significativas de la calidad de vida en los dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en función a la edad, nivel educativo y estado civil, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p>Analizar las diferencias estadísticamente significativas del funcionamiento familiar en sus dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en función a la edad, nivel educativo, estado civil y composición familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p>	<p>hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p><b>H<sub>2</sub>:</b> Existe una relación de regular a bajo en el nivel de funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p><b>H<sub>3</sub>:</b> Existen diferencias de la calidad de vida en los dominios: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad, en función al grado de instrucción, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohesión</li> <li>• Adaptabilidad</li> </ul>	<p>en consecuencia no probabilístico.</p>
---	---	---	---	---

<p>vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad con las dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017?</p>	<p>Establecer la relación entre las dimensiones de la calidad de vida: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad con las dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p>	<p><b>H<sub>4</sub>:</b> Existen diferencias del funcionamiento familiar en sus dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar, en función al grado de instrucción, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p> <p><b>H<sub>5</sub>:</b> Existe relación entre las dimensiones de la calidad de vida: vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, y vecindario y comunidad con las dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, en mujeres embarazadas del centro de atención primaria de salud Manylsa del distrito de Ate, 2017.</p>		
--	--	--	--	--



**Anexo 2:**

**Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informada y en cuestión decido participar en la investigación titulada “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN GESTANTES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD MANYLSA DEL DISTRITO DE ATE 2017”, QUE REALIZA LA BACHILLER Judith Pilar Pariona Arce, teniendo en cuenta que:

- He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento
- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas
- Estoy satisfecha con la información proporcionada
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento

Por tanto, declaro estar debidamente informada y doy mi expreso consentimiento a la participación del presente estudio

---

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

N° DNI: .....

**Anexo 3:****Protocolos de Instrumentos de medición.****ESCALA DE CALIDAD DE VIDA****INSTRUCCIONES:**

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrecta.

Que tan satisfecho estás con:	<b>ESCALA DE RESPUESTAS</b>				
	1 Insatisfecho	2 Un poco Satisfecho	3 Más o menos Satisfecho	4 Bastante Satisfecho	5 Completamente Satisfecho
<b>HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO</b>					
1. Tus actuales condiciones de vivienda					
2. Tus responsabilidades en la casa					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer sus necesidades básicas					
4. La capacidad de tu familia para darles lujos					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar					
<b>AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>					
6. Tus amigos					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad					
8. La seguridad en tu comunidad					
9. El barrio donde vives					
10. Las facilidades para recreación (Parque, campos de juegos, etc.)					

Que tan satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco Satisfecho	3 Más o menos Satisfecho	4 Bastante Satisfecho	5 Completamente Satisfecho
<b>VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA</b>					
11. Tu familia					
12. Tus hermanos					
13. El número de hijos en tu familia					
14. Tu relación con tus parientes (Abuelos, tíos, primos...)					
<b>EDUCACION Y OCIO</b>					
15. Tu actual situación escolar					
16. El tiempo libre que tienes					
17. La forma como usas tu tiempo libre					
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>					
18. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión					
19. Calidad de los programas de televisión					
20. Calidad del cine					
21. La calidad de periódicos y revistas					
<b>RELIGION</b>					
22. La vida religiosa de tu familia					
23. La vida religiosa de tu comunidad.					
<b>SALUD</b>					
24. Tu propia salud.					
25. La salud de otros miembros de la familia.					

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)

### INSTRUCCIONES:

A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia.

Por eso Ud. encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta para cada pregunta.

- Casi nunca..... (1)
- Una que otra vez.....(2)
- A veces.....(3)
- Con frecuencia.....(4)
- Casi siempre.....(5)

Le pedimos a Ud. que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (X) la alternativa que según Ud. refleja cómo vive en su familia.

Por ejemplo:

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi Siempre (5)
Nuestra familia hace cosas juntas.					

Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi Siempre (5)
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					

4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a ella.					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.					
	<b>Casi Nunca (1)</b>	<b>Una que otra vez (2)</b>	<b>A veces (3)</b>	<b>Con frecuencia (4)</b>	<b>Casi Siempre (5)</b>
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10. Padre(s) e hijos discuten juntos las sanciones.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. Es difícil identificar quién es o quiénes son líderes en nuestra familia.					

19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.					

#### Anexo 4:

#### REFERENCIAS

- Anicama, J. Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*. 19, 7 – 27.
- Angoma, L. y Poccorpachi, D. (2011). Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. (*Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/Angoma\\_al.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/Angoma_al.pdf)
- Arenas, C. (2003). Psicología comunitaria y calidad de vida en el Perú. *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 6 (2), 99-110.
- Arias, C., Carmona, I., Castaño, J., Castro, A., Ferreira, A., González, A. y Mejía, J. (2013). Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina*. 13 (2), 142 – 159. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753004.pdf>
- Bulnes, M., Ponce, C., Huerta, R., Santivañez, R., Riveros, M., Aliaga, J., Hidalgo, J. (1999). Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes. *Revista de Investigación en Psicología - UNMSM*. 2(2), 99 – 113. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4903>
- Calderón, I. C., Inalbis del Río, C., Rodríguez, O. y Guisandes, A. (2014). Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MEDISAN*. 18 (11), 44 – 49. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n11/san091811.pdf>

- Camacho, S. (2002). *Relación entre la percepción del tipo de familia los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. (Tesis para optar el grado académico de Magister en Psicología Educativa). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*. 20 (4), 577 – 582. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72720411.pdf>
- Castellón, H. (2014). Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico). *(Tesis para optar el título de Magister en Salud Pública)*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Bogotá, Colombia.
- Cerna, M. y Pacheco, S. (2013). Características y funcionalidad en las familias de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2013. *(Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia)*. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú.
- Cuesta-Vargas, A.I. y González-Sánchez, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud tras un programa comunitario de hidrocinesiterapia para embarazadas. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiológica*. 13 (1), 22 – 8.
- Delgado, L. (2014). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en madres adolescentes y adolescentes no madres del distrito de Punta Negra. *(Tesis para optar el título profesional de Psicología)*. Universidad Autónoma del Perú. Facultad de Humanidades. Lima, Perú.
- Estupiñán, M. y Vela, D. (2012). Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 41 (3), 536 – 549. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a06>
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M., Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con



un niño que presenta retardo mental. *Revista de Enfermería Herediana*. 6(2), 51 – 58.

García, A. y Martínez de Acosta, C. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avances en enfermería*. 29 (1), 75 – 86. Recuperado de <file:///C:/Users/clara/Downloads/35856-143877-1-PB.pdf>

García, C. (2008). Niveles de Calidad de Vida en Farmacodependientes de tres centros de rehabilitación terapéutica según tiempo de internamiento de la ciudad de Lima. (*Tesis sin publicar para optar el Título de Licenciada en Psicología*). Lima, Perú.

Guariano, L., Scremín, F. y Borrás, S. (2010). Estilo emocional, salud y calidad de vida percibida en embarazadas. *Revista SUMMA Psicológica UST*. 7(1), 79 – 90. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3294965.pdf>

Guariano, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud*. 20 (2), 179 – 188. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/leticia-guarino.pdf>

Guridi, M. Z., Franco, V., Guridi, Y. Cabana, D. y Fernández, A. (2012). Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Revista Psicología Científica.com*, 14(5). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiar-policlinico-calabazar>

Grimaldo, M. (2003). *Manual Técnico de la Escala de Calidad de Vida de Barnes & Olson*. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.

Grimaldo, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Avances en Psicología*. 20 (1), 89 – 102. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/mariagrimaldo.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw Hill.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2014). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014*. Lima, Perú.
- León, R. (2009). Validación de la encuesta de pensamientos Automáticos Positivos y Negativos de Posees, Seeman & Hautzinger y de una Escala de Bienestar Subjetivo, en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Mansilla, M. (1989). *Los Niños de la Calle*. Lima: Talleres Gráficos.
- Olson, D.H. (1991). Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74-79.
- Ramírez, M. (2000). Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio ambulatorio. (*Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería*). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Ramírez, R. (2011). Embarazo y calidad de vida relacionada con la salud: Estudio Transversal. *Colomb Med*, 42(4), 476 – 481. Recuperado de [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=84607&](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=84607&)
- Rangel, J. L., Valerio, L., Patiño, J. y García, M. (2004). Funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas. *Revista de la Facultad de Medicina*. 47 (1), 24 – 27. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Reusche, R. (1994). Estructura y funcionamiento familiar en un grupo de estudiantes de secundaria de nivel socioeconómico medio con alto y bajo rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*. 3, 163 – 190.
- Rosas, G. (1998). Psicología Comunitaria, Ciudad y Calidad de vida. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2, 69 – 87.

- Summers, J., Poston, D., Turunbull, A., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H. y Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(2), 777 – 783.
- Soto-Acevedo, F., León-Corrales, I.A. y Castañeda-Sánchez, O. (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derecho-habitanes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Revista Atención Familiar*. 22(3), 64 – 67. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300530>.
- Urrutia, M. (2008). Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. (*Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta\\_pm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta_pm.pdf)
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 30 (1), 61 – 71. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>