



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“VARIABLES ASOCIADOS AL EMBARAZO RELACIONADO A LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL “P.S I-2
ZUNGARO-COCHA; SAN JUAN 2015”**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

PRESENTADO POR:

AUTORES:

Bach. Enf. AMASIFUEN FLORES Magali.

Bach. Enf. ANGULO CHÁVEZ Karla Geraldine.

Bach Enf. BARRÍA ACOSTA Grace Karolyn.

ASESORES:

Mgr. FLORES TORRES Elba

Ing. FLORES NUNTA Saúl.

IQUITOS – PERÚ

2015

**TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LA
FACULTAD DE ENFERMERIA EN LA FECHA _____
POR EL JURADO CALIFICADOR:**

Dra. Juanita De Fátima TEJADA GASTELO

Presidenta

Dra. Juana E. FERNANDEZ SANCHEZ

Miembro

Mgr. Elba FLORES TORRES

Miembro - Asesora

Ing. Saúl FLORES NUNTA

Asesor estadístico

DEDICATORIA

A mis padres LUTERO y JUANITA por ser los pilares fundamentales en todo lo que soy; en mi educación académica y en la vida, gracias por el apoyo incondicional, valores, consejos y motivación constante que me brindan a pesar de estar lejos; pero sobre todo por el amor puro y sincero que me muestran a diario.

A SARA y MAXIMO, porque son mis segundos padres, gracias por confiar en mí, los quiero. A mis tíos, amigos que de alguna u otra manera estuvieron acompañándome en mi formación como profesional. A mis maestras que gracias a sus enseñanzas poder realizarme como Enfermera. Gracias infinitas a cada uno de ustedes.

Agradezco a DIOS por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy; por haberme ayudado a elegir la vocación de ser ENFERMERA, gracias por tu voto de confianza y tu infinita bondad de amor hacia mí.

A mis hermanos ABRAHAM Y WENDY, porque son mi ejemplo a seguir, gracias por ser mis amigos, por el consejo, apoyo y amor. A mi tía NILA por sus consejos que aún están presentes en mi mente.

MAGALI

DEDICATORIA

A mi Padre WILSON G. por su apoyo incondicional y cada consejo a diario en mi vida; a mis madres MARVELA Ch. y SILVIA M. mujeres valientes y esforzadas que con cada palabra llenan mi vida de bendiciones y fortalezas. A mis hermanos CARLOS, MARÍA ANGÉLICA, MARVELITA, RAYMUNDO y ALONDRA por sus amor y comprensión.

A Dios, por darme la oportunidad de vida, hacerme crecer como persona y profesional y guiarme en este largo camino hacia mis sueños y metas, con cada bendición y gracia que me da día a día.

A las autoridades y docentes de la Facultad de Enfermería por sus enseñanzas durante mi formación académica.

KARLA GERALDINE

DEDICATORIA

A mi Mamita ROSITA, una grandiosa mujer que me enseñó que en la vida el estudio es importante, por nunca abandonarme y siempre estar ahí conmigo dándome fuerzas para seguir adelante. A mi Papito LUIS por su apoyo y sus buenos consejos para mi formación académica, a mis hermanos HELMITH, GISSELA y GABRIEL, por creer en mí.

A DIOS, por darme la oportunidad de crecer como persona, mujer, madre y sobre todo como profesional. Por su inmenso amor, fidelidad y gracia que pone en mí y sobre todo por la vida que me regala cada día.

A mi esposo MARCOS por sus consejos, apoyo y amor que me brinda en la vida, a mi hermoso hijo MATEO ALESSANDRO por permitirme ser madre y regalarme todos los días momentos maravillosos.

GRACE KAROLYN

RECONOCIMIENTO

Expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas que con su ayuda han aportado a nuestro desarrollo personal y profesional.

- A nuestra asesora Dra. Elba Flores Torres, por su orientación, compromiso, entrega y sobre todo por su paciencia y palabras de aliento.
- A nuestra amada Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, a cada uno de los docentes por nuestra formación científica, humana y ética.
- Al puesto de salud I-2 Zungaro-Cocha, San Juan; por brindarnos las informaciones necesarias para el desarrollo de la investigación.
- A las 44 adolescentes de la comunidad de Zungaro-Cocha (Llamchama, Nina Rumi y Puerto almendra), por abrir las puertas de sus casas y participar de la investigación.
- Y a todas aquellas personas que nos brindaron sus apoyo incondicional desde el antes, durante y después de nuestro proyecto de investigación.

VARIABLES ASOCIADOS AL EMBARAZO RELACIONADO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL “P.S I-2 ZUNGARO-COCHA; SAN JUAN 2015

Autores:

Bach. Enf. Magali Amasifuen Flores.

Bach. Enf. Karla G. Angulo Chávez.

Bach Enf. Grace K. Barría Acosta.

RESUMEN

Se ejecutó un estudio no experimental con el objetivo de determinar las Variables asociados al embarazo relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes del P.S I-2 zungaro-cocha; San Juan 2015. La muestra seleccionada en forma probabilística estuvo conformada por 44 adolescentes embarazadas o que hayan tenido un embarazo en el año 2014, a quienes se aplicó el cuestionario elaborado por las investigadoras (validez 0,84 confiabilidad 0.81) y el instrumento estandarizado el test de percepción del funcionamiento familiar (validez 0,94 y confiabilidad 0,88). Los hallazgos mostraron que el (82.0%) de las adolescentes presentan una familia funcional y (18%) de las adolescentes tienen una familia disfuncional. En relación a la edad y la funcionalidad familiar encontramos que un (78.0%) tienen mayor edad y una familia funcional, mientras que el (18.0%) que también presentan mayor edad tienen una familia disfuncional. En relación al nivel educativo se observó (66.0%) presentan alto nivel educativo y una familia funcional, mientras que el (12.0%) con bajo nivel educativo presentan familia disfuncional. En relación al estado civil de las adolescentes (66.0%) tienen pareja y una familia funcional, mientras que el (10.0%) no tienen pareja y presentan familia disfuncional. El (80.0%) tienen ocupación remunerada y una familia funcional, asimismo (16.0%) que también tienen ocupación con remuneración y sin embargo presentan familia disfuncional. El (66.0%) de adolescentes que tuvieron sus primera relación sexual a una edad intermedia presentan familia funcional, mientras que el (10.0%) que tuvieron a edad temprana tienen familia disfuncional. El (40.0%) tuvieron su primer embarazo en edad tardía y presentan familia funcional, asimismo un (16.0%) de ellas con edad de embarazo intermedio tienen familia disfuncional. El (80.0%) presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional, asimismo un (14.0%) que están dentro de la categoría menor número de hijos tienen familia disfuncional. El (78.0%) presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional, asimismo un (12.0%) de ellas que también presentan menor número de hijos y sin embargo presentan familia disfuncional. El (64.0%).

Palabras clave: funcionalidad familiar, familia disfuncional.

INDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I		Pág.
1. INTRODUCCIÓN		1
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN		4
3. OBJETIVOS		5
CAPÍTULO II		
1. MARCO TEORICO		6
1.1. ANTECEDENTES		6
1.2. BASES TEORICAS		12
1.2.1 Variables Asociadas		15
1.2.2. Funcionalidad Familiar		15
1.2.3. La Adolescencia		16
1.2.4. Etapa de la Adolescencia		17
1.2.5. Embarazo en la Adolescente		18
2. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES		20
2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE		20
2.2. VARIABLE DEPENDIENTE		22
3. HIPÓTESIS GENERAL		23
CAPITULO III		
1. METODOLOGIA		24
1.1 Método de investigación		24
1.2 Diseño de investigación		24
1.3. Población y Muestra		25
1.4. Técnicas e Instrumentos		26
1.5. Procedimiento de Recolección de la Datos		28
1.6. Plan de Análisis e Interpretación de Datos		29
1.7. Limitaciones		30
1.8. Protección de los Derechos Humanos		30
CAPITULO IV		
1. Resultado		32
2. Discusión		43
3. Conclusiones		48
4. Recomendaciones		50
5. Referencias bibliográficas		51
Anexos		

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Variables asociados al embarazo en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	32
Tabla 2	Funcionalidad Familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	34
Tabla 3	Relación entre la edad y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	35
Tabla 4	Relación entre el nivel educativo y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	36
Tabla 5	Relación entre el estado civil y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	37
Tabla 6	Relación entre la ocupación y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	38
Tabla 7	Relación entre la edad de la primera relación sexual y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	39
Tabla 8	Relación entre la edad del primer embarazo y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	40
Tabla 9	Relación entre el número de hijos y la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el“Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.	41

Tabla 10 Relación entre el número de embarazos y la 42
funcionalidad familiar en las adolescentes que se
atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San
Juan 2015”.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La adolescencia es aquella etapa donde se dan grandes cambios, debido a su desarrollo físico se produce una intensa actividad hormonal y es allí donde se puede producir un embarazo precoz; que es un proceso de la fecundación que sucede en adolescentes menores de 18 años. Según la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años, y considera tres fases: Adolescencia Temprana (10 a 13 años), Adolescencia Media (14 a 16 años) y la Adolescencia Tardía (17 a 19 años), sin embargo la condición de adolescencia no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

A nivel mundial hay más de 15 millones de adolescentes, 85% de estos viven en los países en vías de desarrollo y más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. En los países en desarrollo, en promedio, 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y 56% en África Occidental. En muchos países desarrollados, sólo 10% de las adolescentes tienen su primer embarazo precozmente. No obstante, en Estados Unidos, aproximadamente 19% de las mujeres adolescentes dan a luz antes de los 20 años.

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, tres de cada diez mujeres se convierten en madres antes de cumplir 20 años, y entre el 40 y 60% de los embarazos entre las jóvenes, no son deseados. A nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo.

El MINSA considera que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Un 29,2% de adolescente ya son madres y el 4,6% está embarazada del primer hijo. Asimismo en mujeres que residen en la selva el 22,2% de mujeres adolescentes ya son madres y el 3,9% está embarazada del primer hijo. Se presenta también en mayor grado en mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior; un 18,5% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 3,9% está embarazada de su primer hijo. Al igual que en las adolescentes que residen en el área rural: el 15,5% de adolescentes que viven en zonas rurales ya es madre y el 3,8% está embarazada de su primer hijo. Sin embargo, en zonas metropolitanas del país como Lima, Callao, Piura y Trujillo presentan cifras al alza en los últimos años.

En el Perú 21% de la población total es adolescente, y la edad promedio de la relación sexual es entre los 13 - 14 años en varones y 15 años en mujeres; 13.7% de las adolescentes peruanas están embarazadas o ya son madres en el país; en la actualidad 13 de cada 100 adolescentes mujeres entre los 15 y 19 años están embarazadas; en todo el Perú la tasa de fecundidad es de 61 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, cifra mayor al promedio registrado en América Latina 52.9%. Advierte Lucy Del Carpio Coordinadora Nacional De La Estrategia Nacional De Salud Sexual y Reproductiva del Minsa. Según el MINSA Loreto es una de las regiones con mayor incidencia de embarazos en adolescentes con un 30%, Madre De Dios con 27,9%; Ucayali con 24,9%; Amazonas con 21,4%; y San Martín con 21,2%. Por esta razón el ministerio de Salud escogió a la ciudad de Iquitos para lanzar la campaña “TODO A SU TIEMPO, LA MATERNIDAD ES UN ASUNTO SERIO”

El embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

Esta problemática involucra a todos los profesionales de la salud, entre ellas enfermería, que es una de las profesiones encargada de desarrollar aspectos preventivos y promocionales de la salud en los diferentes ciclos de vida, contribuyendo así a promover la adopción de conductas sexualmente saludables en el grupo de riesgo y disminuir el embarazo precoz y las infecciones de transmisión sexual

Dada la situación problemática se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Existe relación entre las variables asociados (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes en el “P.S I-2 Zungaro-Cocha; San Juan 2015?”; Mediante la presente investigación se pretende obtener resultados que aporten información estadística básica confiable sobre las variables en estudio que sirvan al equipo de salud, así reforzar, gestionar y participar en programas que ayuden a prevenir el embarazo en adolescente, donde se capaciten sobre educación sexual integral y prevención de embarazos no deseados, inicio precoz de las relaciones sexuales, abortos, etc. Teniendo en cuenta el rol fundamental de la familia en la conservación de la salud de sus miembros, contando con el apoyo de las principales autoridades políticas, educativas y de salud de nuestra región.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las variables asociados al embarazo (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos) relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes del “P.S I-2 Zungaro-Cocha; San Juan 2015”?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las variables asociados al embarazo (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos) relacionado a la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- a.) Identificar las variables asociados al embarazo (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos) en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.
- b.) Identificar la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.
- c.) Establecer relación entre las variables asociados al embarazo (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos) y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

En el presente capítulo se abordan antecedentes y bases teóricas de importancia que han contribuido a la fundamentación de las variables en estudio.

1.1 ANTECEDENTES

A nivel Internacional, nacional y regional se ha encontrado varios estudios que apoyan las variables estudiadas:

J. Mosquera (Colombia - 2007); “*Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura, Colombia*”; tiene como objetivo: Identificar factores individuales e interpersonales relacionados con el embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años de edad, con inicio de vida sexual, escolarizados y residentes en el municipio de Buenaventura. Resultados principales; adolescentes que no fueron a los servicios de salud para asuntos de planificación familiar, tuvieron 4.7 veces la oportunidad de embarazarse durante el seguimiento, comparadas con aquellas que si asistieron los servicios de salud (IC95% 0.54- 40.76; 7 p=0.160). Asimismo, quienes consideran que en su casa no se les permite tener relaciones sexuales, tuvieron mayor probabilidad de embarazarse (OR 3.87 IC95% 0.83- 17.86; p=0.083). Además, aquellas que no se perciben capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no planifican (OR 2.77 IC95% 1.15 - 6.64; p=0.022), fueron presionadas para iniciar vida sexual (OR 2.32 IC95% 0.81- 6.59; p=0.114), En conclusión indica que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano, no sólo están en el nivel individual, sino que pasan al ámbito de los pares, la familia de la adolescente y al de los servicios de salud. ⁽⁸⁾

N. Montalvo (México - 2007); “*Factores que predisponen al embarazo en adolescentes*”; tiene como objetivo: Determinar los factores que las

adolescentes consideran predisponente en embarazo en estudiantes adolescentes. Se obtuvieron los siguientes resultados; el estado civil de las adolescentes fue sin pareja en un 82% y un 9% correspondió a las adolescentes con pareja; En relación con la fuente de información, el 44% de las adolescentes refirió obtenerla a través de los familiares, seguida por la escuela con un 32%, un 12% de la televisión, y un 3 y 2% corresponde a los amigos y la radio, y tan solo el 1% de otros; asimismo se encontró un 20% de las adolescentes que ha tenido lo menos una vez relaciones sexuales y el 80% de ellas no; Se observó un 38% de las adolescentes refirió que los embarazos se dan por una falta o distorsión de la información, seguida por el 26% que corresponde por curiosidad y el 20% por el mal uso de los métodos anticonceptivos. ⁽⁹⁾

J. Arrieta, E. Ramos (Cartagena - 2010); *“Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. 2010”*; tuvo como objetivos: Determinar la prevalencia de embarazos en una población de adolescentes escolares de tres colegios de la ciudad de Cartagena, y estimar su posible asociación con algunas variables sociodemográficas y de conductas sexuales. se aplicó una encuesta a 638 estudiantes adolescentes del sexo femenino. Resultados: el 26.2% de las adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta, y de estas el 27,5% tuvieron su primera relación sexual a los 15 años. La prevalencia de embarazo de las adolescentes escolares fue de 4,4%. El inicio de vida sexual antes de los 16 años es un factor de riesgo para embarazo en adolescentes (OR 3,4; IC 95% 1,1 – 10,9). ⁽¹⁰⁾

C. Gómez; L. Montoya (Colombia - 2012); *“Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012”*; tiene como objetivo: Establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño, 2012.

Los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01- 9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). El estudio encontró que estos factores estaban asociados con el embarazo en adolescentes en área urbana del municipio de Briceño. ⁽¹¹⁾

M. Guridi (Cuba - Calabazar 2011); “*Funcionamiento Y Repercusión Familiar En Adolescentes Embarazadas Atendidas En El Policlínico De Calabazar*”, con el objetivo de caracterizar la familia de dichas gestantes, la muestra estuvo conformada por 53 adolescentes 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 semi-estructurada, el FF- SIL y el IRFA. Como resultados, predominó el grupo de 15 a 18 años de edad (96,2%), la escolaridad de secundaria (47,2%), inestabilidad de pareja (58,5%) y las desocupadas (84,9%). Los mayores porcentajes correspondieron a las familias monoparentales (79,2%), medianas (52,8%), extensas (62,3%), trigeneracionales (68,0%), moderadamente funcional, y una repercusión moderada (32,2%) y favorable (64,2%). Se recomienda estructurar programas sexológicos dirigidos y realizados por equipos multidisciplinarios. ⁽¹²⁾

V. Rodríguez (Guayaquil – Ecuador 2013); “*Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de Septiembre 2012 a Febrero del 2013*”; tuvo como objetivo: Determinar la

incidencia del embarazo en la adolescencia de 12 a 18 años en la “Maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013. La muestra investigada son todas las pacientes de 12 a 18 años que acuden con diagnóstico de embarazo en la adolescencia; los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psicosociales el mayor porcentaje presenta por la Falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. ⁽¹²⁾

Urreta M. (Lima-Perú 2008); “Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”, tuvo como objetivos determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales. La muestra fue seleccionada por 78 adolescentes. La técnica que se utilizo 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. 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. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

P. Diego, G. Huarcaya. (Lima – Perú, 2008); “*Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes -Instituto*

Nacional Materno Perinatal 2008”; tiene como objetivo; analizar los factores familiares y reproductivos que se asocian al embarazo recurrente en adolescentes. El presente estudio participaron 80 adolescentes entre 15 y 19 años, 40 primigestas (controles) y 40 multigestas (casos) del servicio de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los resultados son; las multigestas tuvieron la presencia de un familiar directo que se embarazó en la adolescencia (65%). La relación con los padres fue considerada mala, principalmente con la madre (35%). La reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos muy diferente al de la pareja que fue positiva (60%). El apoyo de los padres fue parcial (35%). El Periodo intergenésico fue corto (<2años) un (82,5%). El 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo. Tuvo una asociación significativa: la edad de la pareja (<18 años) OR= 0,3 IC=0,6-0,9; la edad de inicio de relaciones sexuales (<15 años) OR=6 IC=1,9-18,6 y la edad del primer embarazo (OR=6,3 IC=2,2-17,8). Se concluyó que los factores familiares; antecedente de embarazo y edad de la pareja así como los factores reproductivos; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo recurrente. ⁽¹³⁾

R. Osorio (Lima – Perú, 2013); “*Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013*”; tiene como objetivo: Determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Los siguientes resultados: Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Se concluyó que las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María

Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. ⁽¹⁴⁾

G. Panduro, M. Ruiz, Salvith K.; R. Huani, Clara L. (Iquitos – Perú, 2008); *Variables Demográficas, Culturales Y Actitudes De Los Adolescentes Hacia El Embarazo Precoz En El AA.HH. Juan Carlos Del Águila Iquitos – 2008*. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables Demográficas - Culturales y las actitudes de los adolescentes hacia el embarazo precoz en un asentamiento humano de Iquitos. La muestra estuvo constituida por 232 adolescentes entre 10 a 19 años de edad. Los resultados mostraron que el 36.5% de sujetos tienen entre 15 y 19 años, 51.3% son mujeres, 65.5% residen en zonas urbanas. El 59.5% presenta conocimiento adecuado (>70% respuestas correctas), 19.8% muestra comportamiento sexual de bajo riesgo y 14.7% de alto riesgo, el 86.6% manifiesta disfuncionalidad familiar predominando la disfunción leve en el 59.9%, el 77% muestra actitud de rechazo hacia el embarazo precoz. En conclusión, se determinó que existe asociación estadísticamente significativa entre la procedencia comportamiento sexual, funcionalidad familiar y actitud hacia el embarazo precoz y entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el embarazo precoz. ⁽¹⁵⁾

1.2 BASES TEORICAS

1.2.1 VARIABLES ASOCIADOS: Son aspectos que van a caracterizar a las adolescentes embarazadas que formaran parte de la presente investigación. Incluye los siguientes indicadores:

a) Edad: La adolescencia es un periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta. Es imposible establecer la franja exacta de edad en la que transcurre la adolescencia pero la OMS considera que esta etapa va desde los 10 a los 19 años, dividiendo en adolescencia temprana, intermedia y tardía.⁽¹⁾

b) Nivel educativo: Es el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada. La educación en las adolescentes es muy alarmante debido a que la quinta parte del total de la población adolescente a nivel nacional no acuden a ninguna institución educativa por problemas económicos en 44.7%, tienen que trabajar en 12.2%, en embarazo en la adolescente en 25.3% entre otros (INEI – CENSO- 2007).⁽³⁾

c) Estado Civil: el estado civil de las madres adolescentes parece depender de la concepción que tengan la mujer y la sociedad, y todo su entorno, sobre la función de la mujer; por esto, en nuestra sociedad hay mayor número de madres adolescentes solteras. La teoría propone que a menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras y el fracaso de la posibilidad de una unión estable. Por tanto, parece que no se presenta la realidad de la que habla Welti que ser madre adolescente a veces ocasiona que se recurra al matrimonio forzado, lo que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja generándose así conflictos, rechazo y recriminaciones que suelen llevar a la separación, al divorcio y a la inestabilidad emocional en el matrimonio. Esto hace pensar que también el embarazo adolescente sea un factor de riesgo para una unión inestable.⁽¹⁷⁾

d) Ocupación: La adolescente embarazada o madre adolescente es la pieza más débil en la organización familiar, pues enfrenta mayores dificultades para defender sus intereses y plantear reclamos frente al uso de los recursos familiares, especialmente, en hogares en condición de pobreza. Los estudios de caso frente a una situación de embarazo adolescente sugieren: que la joven madre, fácilmente, se convierte en la principal encargada del sistema de cuidado en su hogar de origen. A partir del análisis del censo 2007 las adolescentes embarazadas o madres adolescentes se dedican sobre todo en actividades informales, no remuneradas e “invisibles” como la atención a la familia, el cuidado de la salud de sus miembros, y la “producción de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de los hogares, que aseguran no solo la reproducción diaria, sino la integración y el bienestar de sus miembros en el mediano y largo plazo”.

e) Edad de inicio de la relación sexual: Es la edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual o coito, según el ENDES 2012 un 8,5% de las mujeres de 25 a 49 años manifestó haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años y un 41,0% antes de los 18 años. En Tumbes el 9,8% de las adolescentes encuestadas tuvo su primera relación sexual entre los 14 y 15 años; el 8,5% lo hizo a los 16 años y el 13,6% entre los 17 y 19 años. Por último en Iquitos el 81,7% iniciaron sus relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años, el 15,5% antes de cumplir 14 años y el 29,6% a los 14 años; es decir que el 45,1% inicio sus relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años de edad.

f) Edad del primer Embarazo: El embarazo en adolescentes es un evento psicosocial sumamente importante y muchas veces se ve matizado de situaciones adversos que pueden atentar contra las embarazadas y el embarazo mismo. En el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años ya están embarazadas por primera vez.

g) Número de embarazo: Para muchos el embarazo en adolescentes no planeado es una experiencia negativa para la salud, vida emocional y social de la adolescente. El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que tenga mayores probabilidades de tener un segundo hijo dentro del primer año siguiente al primer hijo.

h) Número de hijos: ENDES 2012; las madres adolescentes son las que menor periodo intergenésico presentan (PIG: Tiempo transcurrido entre un embarazo y el siguiente) comparación con otros grupos poblacionales; en el grupo de 15 a 19 años el PIG es de 25,4 meses.

1.2.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Familia funcional. Según Herrera se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. ⁽²²⁾.

Es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones. Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: 1.- función biosocial, 2.- función económica, 3.- función cultural y efectiva, 4.- función educativa.

Familia disfuncional. La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Cuyas características disfuncionales son la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas o cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo. ⁽²³⁾

Por último la familia disfuncional o patológica; es en donde la alteración de las costumbres y roles dentro del patrón normal de la dinámica familiar, trae problemas en diversas áreas principalmente en lo referente a la asignación y cumplimiento de roles, la disminución de la comunicación, interacciones caóticas y la organización familiar alterada por las condiciones extremas de la

vida que conducen a la desintegración y desorganización de la familia. Y por lo tanto afecta a todos los miembros de la familia en especial a los niños y adolescentes que van formando su carácter dependiente, inseguro, que influyen negativamente y puede facilitar el desarrollo de conductas adictivas, conductas disociales o de percepción enferma del futuro. ⁽⁶⁾⁽²⁴⁾

1.2.3 LA ADOLESCENCIA:

La adolescencia es un periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta. Lo que caracteriza fundamentalmente a este periodo son los profundos cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales que tienen lugar en esos años. Es imposible establecer la franja exacta de edad en la que transcurre la adolescencia pero la Organización Mundial de la Salud considera que esta etapa va desde los 10 a los 19 años. ⁽¹⁾⁽²⁵⁾

La “pubertad describe una de las fases de la adolescencia, la encargada del desarrollo de la capacidad de procrear que se inicia con la primera emisión de líquido seminal en el varón, y con la menstruación en la mujer. La Adolescencia es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes que resolver, los que deben ser correctamente encarados para llegar a una vida adulta normal. ⁽²⁶⁾

La adolescencia se la considera como un proceso, durante el cual se va a ir conformando la identidad del sujeto. Los cuestionamientos más comunes en este momento ponen en evidencia la incertidumbre frente al futuro: ¿qué hacer?, ¿seguir estudiando?, ¿trabajar?, ¿realizar ambas cosas?, ¿formar una familia?, ¿irse a otro lugar lejos de la familia?, etc. ⁽²⁷⁾

El adolescente atraviesa desequilibrios e inestabilidades que implican transformaciones, tanto para el grupo familiar al que pertenece como para él mismo. Una de ellas está referida al esquema corporal. Generalmente se observa que el adolescente toma modelos con fuerte valoración social e intenta

adecuar su esquema a ellos. Los medios de comunicación tienen una incidencia relevante en este proceso. A su vez, los adultos que conforman su contexto familiar y social también adhieren a esos modelos, situación que genera enfrentamientos intergeneracionales a partir de una franca competencia entre lo que se desea y lo que se tiene (la imagen pretendida y la real). Cabe destacar que los cambios corporales y la identificación con las personas que desempeñen el rol de padre y madre son elementos de gran incidencia en la constitución de la identidad sexual. ⁽²⁸⁾

Para Gregorio Marañón en su obra "Ensayos sobre la Vida sexual", en 1951, definía la libido como "una manifestación vegetativa del instinto sexual", señalando que "El instinto sexual como expresión de la energía que cada ser viviente desarrolla para perpetuarse en la especie, aparece a cada instante". Pero la sexualidad es mucho más que un instinto. Hay que entender el sexo como una actividad de relación afectiva interhumana. Solo es instintiva la capacidad para la excitación sexual y el orgasmo. Los patrones sexuales son hábitos que se adquieren y que tienen diferencias individuales, en función de las características personales, la experiencia previa y el ambiente cultural en que se desenvuelve el individuo. ⁽²⁹⁾

1.2.4 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA:

a) Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

(1)(30)

b) Adolescencia intermedia (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. ⁽¹⁾⁽³⁰⁾

c) Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. ⁽¹⁾⁽³⁰⁾

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". Está claro que no todas las adolescencias son iguales pero hay algunos cambios físicos y psicológicos que provocan reacciones muy similares en la mayoría de los adolescentes. ⁽³⁰⁾

1.2.5 EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

El embarazo precoz es el que sucede antes, usualmente entre los 11 y 17 años de la edad preferible de embarazo, cuando las mujeres son tan sólo niñas o adolescentes desarrolladas sexualmente implicando con ello posibles trastornos psicológicos, problemas para el bebé, durante el parto y el cuidado muchas veces irresponsable por parte de los padres al nuevo hijo, los niños nacidos de

un embarazo precoz suelen ser prematuros y tener un peso por debajo del normal. ⁽³¹⁾

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. ⁽³¹⁾

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. ⁽³⁾

2. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Variables Asociados: Son los aspectos que van a caracterizar a la adolescente embarazada. Estas variables se medirán a través de siguientes indicadores:

- a) Edad: Tiempo que un adolescente ha vivido desde que nació, hasta el momento de la recolección de datos.
 - Menor edad: Cuando las adolescentes refirieron tener entre las edades de 10 a 14 años.
 - Mayor edad: Cuando las adolescentes refirieron tener entre las edades de 15 a 19 años.

- b) Nivel educativo: Referido al nivel de educación formal que ha logrado la adolescente hasta el momento de la recolección de datos. será medido a través de los siguientes niveles:
 - Nivel Educativo alto.- Cuando la adolescente refiere tener estudios de secundaria.
 - Nivel Educativo bajo.- Cuando la adolescente refiere tener primaria.

- c) Estado Civil: Es la situación civil de la adolescente en embarazo se medirá con los siguientes niveles:
 - Con pareja: es cuando la adolescente embarazada está casada o vive con su pareja en convivencia.
 - Sin pareja: es cuando la adolescente embarazada esta soltera o separada de su pareja.

- d) Ocupación: Es la actividad que realiza la adolescente embarazada en su vida diaria y se medirá en dos niveles:
 - Con remuneración: cuando la adolescente embarazada recibe un pago por la actividad que realiza ya sea semanal o mensual.

- Sin remuneración: cuando la adolescente embarazada no recibe pago alguno por la actividad que realiza diariamente.
- e) Edad de inicio de la relación sexual: Es el tiempo en que la adolescente realizo por primera vez el acto sexual, se medirá en tres niveles:
- Temprana: aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.
 - Intermedia: aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.
 - Tardía: aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.
- f) Edad del primer embarazo: tiempo en que la adolescente queda embarazada por primera vez, se medirá en tres niveles:
- Temprana: aquella adolescente que quedó embarazada entre los 10 a 13 años.
 - Intermedia: aquella adolescente que quedó embarazada entre los 14 a 16 años.
 - Tardía: aquella adolescente que quedó embarazada entre los 17 a 19 años.
- g) Número de embarazos: es la cantidad de embarazos que la adolescente tiene hasta el momento de la recolección de datos, se medirá en dos niveles:
- Menor: 0 - 1 a un embarazos
 - Mayor: 2 - a mas embarazos
- h) Número de hijos: son los hijos vivos o muertos que la adolescente ha tenido hasta el momento de la recolección de datos, se medirá en dos niveles:
- Menor cantidad: 0-1 hijos.
 - Mayor cantidad: 2- a más hijos.

2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Funcionalidad familiar. Es la forma como la adolescente observa la dinámica y la organización de su familia y como enfrentan y superan las diferentes etapas de sus miembros y las crisis por las que atraviesan sus integrantes. Se considerará dos indicadores:

- a) **Familia funcional.** Familia que tiene la capacidad de satisfacer las necesidades. Cuando la adolescente a la aplicación del Test de percepción del funcionamiento familiar alcanza un puntaje de 43 -70 Puntos.
- b) **Familia disfuncional.** Familia que no satisface las necesidades. Cuando la adolescente a la aplicación del Test de percepción del funcionamiento familiar alcanza un puntaje de 14 – 42 Puntos.

3. HIPOTESIS GENERAL

Existe relación estadísticamente significativa entre las variables asociados al embarazo (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos) y la funcionalidad familiar en las adolescentes, Puesto de salud I-2 Zungaro-cocha, San Juan 2015.

CAPITULO III

1. METODOLOGIA

1.1 Método de Investigación: En el presente estudio se utilizará el *método Cuantitativo*, porque el procesamiento y análisis de los datos investigados serán expresados cuantitativamente y se utilizará pruebas estadísticas para probar las hipótesis planteadas y dar respuesta al problema de la investigación.

1.2 Diseño de investigación: El diseño que se empleará en el presente estudio será el no experimental, porque se observará el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo, transversal porque se hará un corte en el tiempo para tomar la muestra de estudio, descriptivo permitirá describir cada una de las variables del estudio: factores personales (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la actividad sexual, edad del primer embarazo, número de embarazo, número de hijos) con la variable dependiente (funcionalidad familiar), correlacional porque se describirá relaciones entre las variables.

Diagrama de la investigación:

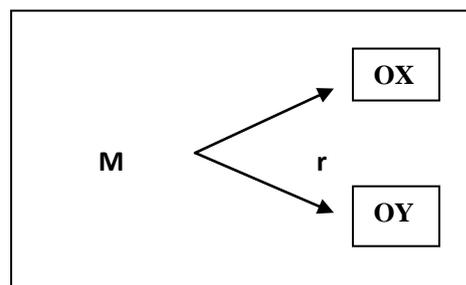
Especificaciones:

M: Muestra

O: Observaciones

XY: Sub índices (observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r: Indica la relación entre las variables de estudio.



1.3 Población y Muestra:

Población: La población del presente estudio estará constituida por el total de adolescentes embarazadas que se atienden en el Puesto de Salud I-2 Zungarococha, cuya jurisdicción son el Caserío Zungarococha, Nina rumi y LLanchama, del distrito de San Juan Bautista, que hace un total de 57 adolescentes.

Muestra: El tamaño de la muestra es de 50 adolescentes embarazadas, se determinó aplicando la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

N	Muestra que está sujeto a estudio.
Z ²	1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%)
P	0.5, proporción de la muestra.
Q	0.5, complemento de p.
E ²	Nivel de precisión.
N	Tamaño de la población accesible.

$$n = \frac{57 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.005)^2 * (57-1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 50$$

Tipo de muestreo: En el presente trabajo de investigación se empleara el muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple, es decir todos los elementos de la población tendrán la misma probabilidad de participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluirá en el estudio a aquellas adolescentes que reúnan los siguientes criterios de inclusión.

- a) Adolescentes entre 10 y 19 años.
- b) Adolescentes embarazadas.
- c) Adolescentes que tuvieron un embarazo en el 2014.
- d) Adolescentes que deseen participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado por la madre o tutor.

1.4 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se empleara en el presente estudio será:

- a) Visita familiar integral: Es una técnica que permitirá el acercamiento a la familia de la adolescente para la recolección de la información mediante la aplicación de los instrumentos.
- b) Entrevista: técnica que permitirá la interrelación entre el investigador y la adolescente embarazada para facilitar la recolección de la información y el desarrollo del cuestionario y el test de percepción del funcionamiento familiar.

Los instrumentos que se emplearan en el presente estudio serán los siguientes:

- a) Cuestionario: El cuestionario fue elaborado por las investigadoras, consta de 09 preguntas cerradas con sus respectivas alternativas para recaudar información sobre las variables (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer

embarazo, número de embarazos, número de hijos) que caracterizan a las adolescentes embarazadas.

Validez: Para determinar la validez de los instrumentos del presente anteproyecto de investigación se empleó la técnica del juicio de expertos o método Delphi, para lo cual participaron los profesionales de la salud expertos en el tema, teniendo como resultado de un **84%**.

Confiabilidad: Así mismo para determinar la confiabilidad de los instrumentos se empleó la prueba piloto que estuvo constituida con el 20% del total de la muestra de las adolescentes embarazadas atendidas en el P.S I-2 Zungaro-Cocha y se aplicó la prueba estadística de Alpha de Cromback teniendo como resultado de **0.817**, lo que indica que el instrumento es confiable para su uso.

- b)** Test de percepción del Funcionamiento Familiar; Instrumento estandarizado elaborado por magister en psicología en salud Teresa Ortega y Dolores de la Cuesta Freijomil para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar y entender mejor su salud integral, consta de 14 ítems la cual mide las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, el instrumento se aplica a todas las adolescentes embarazadas. Sujetos de estudios.

El instrumento fue sometido en el año 1999 y 2000 en Cuba a varios procedimientos que evidenciaron su validez mediante juicio de expertos. En Loreto el instrumento fue sometido al método de criterios de evaluación para determinar la validez de un instrumento a través del método Delphi “(juicio de expertos)” donde se consultó a profesionales expertos en el tema enfermeras docentes y sociólogos. Tuvo una validez de 94.3 %.

En Iquitos en el año 2007 se evaluó el Test de Funcionamiento Familiar con los indicadores de familia funcional y familia disfuncional, se aplicó a 23 mujeres para medir la confiabilidad a través del método Alpha de Crombach con resultado de 0.88.

1.5 Procedimientos de Recolección de datos:

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a) A través de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana se solicitó la carta de presentación de las tesis dirigidas al Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha-San Juan, donde se llevará a cabo el presente estudio.
- b) Se presentó la solicitud al Jefe del Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha-San Juan con el fin que nos brinde la información necesaria de las adolescentes embarazadas.
- c) Posteriormente se coordinó con el teniente gobernador del caserío de Zungaro-Cocha.
- d) Se recolectó el número de historia clínica de todas las adolescentes embarazadas para proceder al sorteo de las adolescentes que participaran en el estudio.
- e) Luego se realizó la visita al domicilio de las adolescentes embarazadas seleccionadas para la aplicación de los instrumentos previa firma de consentimiento informado por la madre o tutora de la adolescente.
- f) Las investigadoras se presentaron con uniforme de salud pública para aplicar el formato de consentimiento informado y los instrumentos estructurados.
- g) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración entre 10 y 20 minutos como máximo dejando en claro cualquier duda o inquietud del adolescente será resuelto inmediatamente, sobre los instrumentos de investigación.

- h)** Se realizó la aplicación de los instrumentos en horario de mañana y tarde; de 8:00am a 2:00 pm. lunes a viernes.
- i)** Al término de la aplicación de los instrumentos se verifico si fueron correctamente llenados, de no ser así se harán las correcciones necesarias.
- j)** Luego de la aplicación de los instrumentos se procedió a la sistematización de la recolección de datos para su análisis estadístico correspondiente.
- k)** Finalizado el procedimiento y análisis de la información se procedió a la destrucción de los instrumentos de recolección de datos.

1.6 Análisis de datos:

Para el proceso de análisis e interpretación de datos se utilizó la estadística descriptiva y se realizó de la siguiente manera:

- Análisis Univariado: Se realiza la estadística descriptiva a través de porcentajes y medidas de tendencia central, en tablas unidimensionales y bidimensionales.
- Análisis Bivariado: se utiliza el análisis para relacionar las variables de estudio, la funcionalidad familiar, para lo cual se emplea la prueba no paramétrica (chi cuadrado = x^2)

La presentación se da mediante el método tabular y gráficos de acuerdo a la naturaleza de estudios a través del paquete estadístico PASW Statistics v.18.0, para un entorno de Windows Xp

1.7 Limitaciones:

- Durante la recolección de datos tuvimos dificultad en la accesibilidad a los hogares de las adolescentes embarazadas objeto de estudio, debido a la carretera accidentada por las constantes lluvias y creciente de los ríos Nanay ya que se ubicaban en distintas partes de la comunidad de Zungaro-cocha.
- Durante la ejecución del proyecto de investigación tuvimos un poco de dificultad por la huelga de administrativos en la universidad ya que eso retrasó los trámites para poder continuar a la aprobación del informe final del proyecto.

1.8 Protección de los Derechos Humanos:

Los derechos humanos de los sujetos de estudio serán respetados mediante los siguientes aspectos:

- a. Los instrumentos: (cuestionario y Test de percepción de funcionamiento familiar) que se aplicaran a las adolescentes serán diseñados por las investigadoras (KGM), de tal manera que se garantizará su desarrollo en forma totalmente anónima.
- b. La participación de los adolescentes será en forma voluntaria con explicación previa de los objetivos del estudio (Consentimiento y consentimiento informado).
- c. Las preguntas del cuestionario o ítems serán elaborados de tal forma que no representaran una amenaza contra la salud física ni mental de los sujetos de estudio.
- d. Los datos recolectados serán de uso exclusivo de las investigadoras los cuales serán analizados en forma agrupada sin singularizar ningún caso y finalizado el proceso de análisis estadístico serán destruidos.

- e. Finalmente en todo momento de la ejecución de la recolección de datos se respetaran los derechos humanos de los participantes y se aplicaran los valores éticos y morales.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

Tabla N° 01

VARIABLES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL “PUESTO DE SALUD I-2 ZUNGARO-COCHA; SAN JUAN 2015”.

Variables independientes

	Ni	%	()	(S)
Edad			16.54	1.644
Menor edad	2	4.0		
Mayor edad	48	96.0		
Total	50	100.0		
Nivel educativo				
Bajo	14	28.0		
Alto	36	72.0		
Total	50	100.0		
Estado civil				
Sin pareja	10	20.0		
Con pareja	40	80.0		
Total	50	100.0		
Ocupación				
Con remuneración	48	96.0		
Sin remuneración	2	4.0		
Total	50	100.0		
Edad primera relación sexual			14.48	1.297
Temprana	9	18.0		
Intermedia	36	72.0		
Tardía	5	10.0		

Total	50	100.0		
Edad primer embarazo			15.86	1.527
Temprana	2	4.0		
Intermedia	28	56.0		
Tardía	20	40.0		
Total	50	100.0		
Número de hijos				
Menor cantidad	47	94.0		
Mayor cantidad	3	6.0		
Total	50.0	100.0		
Número de embarazos				
Menor	45	90.0		
Mayor	5	10.0		
Total	50	100.0		

En la **tabla n° 01**: se observa que del **100% (50)** de las adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, el **96.0% (48)** tiene mayor edad y el **4.0% (2)** menor edad, con una edad promedio de **16.54** y desviación estándar de **1.644** años. Con respecto al nivel educativo el **28.0% (14)** tienen bajo nivel y el **72.0% (36)** alto nivel de estudio. El **20.0% (10)** no tiene pareja, mientras que el **80.0% (40)** si lo tiene. Asimismo el **96.0% (48)** tienen ocupación remunerada contra un **4.0% (2)** que no tienen ocupación remunerada. . El **72.0% (36)** de las adolescentes tuvo su primera relación a una edad intermedia y el **10.0% (5)** en edad tardía, con una edad promedio de **14.48** y desviación estándar de **1.297** años. En cuanto al primer embarazo el **56.0% (28)** tuvo en edad intermedia mientras que el **4.0% (2)** en edad temprana, con un promedio de **15.86** y desviación estándar de **1.527** años. El **94.0% (47)** tiene menor cantidad de hijos y mayor cantidad de hijos tiene el **6.0% (3)** de los adolescentes. El **90.0% (45)** presenta menor número de embarazos y el **10.0% (5)** mayor número de embarazos

Tabla N°02

Funcionalidad Familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Variable dependiente

Funcionalidad Familiar	Ni	%
Funcional	41	82.0
Disfuncional	9	18.0
Total	50	100.0

En la **tabla n° 02:** se observa que del **100% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, el **82.0% (41)** presenta familia funcional, mientras que el **18% (9)** presenta familia disfuncional.

ANALISIS BIVARIADO

Relación entre la edad y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 03

Edad	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional			
	N	%	N	%	ni	%
Menor edad	2	4.0	0	0.0	2	4.0
Mayor edad	39	78.0	9	18.0	48	96.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 0.457$ $P = 0.499$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 03**, se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, El **78.0% (39)** de ellas tienen mayor edad y una familia funcional, mientras que el **18.0% (9)** que también presentan mayor edad tienen una familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 0.457$** y un valor de significancia **$p = 0.499$** , por lo que podemos concluir que no existe relación estadística entre la variable asociada edad y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 04

Relación entre el nivel educativo y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Nivel educativo	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional		ni	%
	N	%	N	%		
Bajo nivel	8	16.0	6	12.0	14	28.0
Alto nivel	33	66.0	3	6.0	36	72.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 8.140$ $P = 0.004$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 04**: se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, El **66.0% (33)** presentan alto nivel educativo y una familia funcional, mientras que el **12.0% (6)** con bajo nivel educativo presentan familia disfuncional.

Realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 8.140$** y un valor de significancia **$p = 0.004$** , por lo que podemos concluir que existe relación estadísticamente significativa entre la variable asociada nivel educativo y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 05

Relación entre el estado civil y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Estado civil	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional		ni	%
	N	%	N	%		
Sin pareja	8	16.0	5	10.0	13	26.0
Con pareja	33	66.0	4	8.0	37	74.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 4.983$ $P = 0.026$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 05**: se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, El **66.0% (33)** tienen pareja y una familia funcional, mientras que el **10.0% (5)** no tienen pareja y presentan familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de $y X^2 = 4.983$ un valor de significancia $p = 0.026$, por lo que podemos concluir que existe relación estadísticamente significativa entre la variable asociada estado civil y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 06

Relación entre la ocupación y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Ocupación	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional			
	N	%	n	%	Ni	%
Con remuneración	40	80.0	8	16.0	48	96.0
Sin remuneración	1	2.0	1	2.0	2	4.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 1.445$ $P = 0.229$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 06**: se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, El **80.0% (40)** tienen ocupación remunerada y una familia funcional, asimismo **16.0% (8)** que también tienen ocupación con remuneración y sin embargo presentan familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 1.445$** y un valor de significancia **$p = 0.229$** , por lo que podemos concluir que no existe relación estadística entre la variable asociada ocupación y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 07

Relación entre la edad de la primera relación sexual y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Edad de la primera relación sexual	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional		Ni	%
	N	%	n	%		
Temprana	4	16.0	5	10.0	9	18.0
Intermedia	33	66.0	3	6.0	36	72.0
Tardía	4	8.0	1	2.0	5	10.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 10.893$ $P = 0.004$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 07**: se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, El **66.0% (33)** que sus primera relación sexual lo tuvieron a una edad intermedia presentan familia funcional, mientras que el **10.0% (5)** que tuvieron a edad temprana tienen familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 10.893$** y un valor de significancia **$p = 0.004$** , por lo que podemos concluir que existe relación estadísticamente significativa entre la variable asociada edad de la primera relación sexual y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 08

Relación entre la edad del primer embarazo y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Edad del primer embarazo	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional		Ni	%
	N	%	n	%		
Temprana	1	2.0	1	2.0	2	4.0
Intermedia	20	40.0	8	16.0	28	56.0
Tardía	20	40.0	0	0.0	20	40.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 7.898$ $P = 0.019$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 08**: se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, el **40.0% (20)** tuvieron su primer embarazo en edad tardía y presentan familia funcional, asimismo un **16.0% (8)** de ellas con edad de embarazo intermedio tienen familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 7.898$** y un valor de significancia **$p = 0.019$** , por lo que se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la variable asociada edad del primer embarazo y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 09

Relación entre el número de hijos y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Número de hijos	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional		Ni	%
	N	%	n	%		
Menor cantidad	40	80.0	7	14.0	47	94.0
Mayor cantidad	1	2.0	2	4.0	3	6.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 5.121$ $P = 0.024$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 09**: se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, el **80.0% (40)** presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional, asimismo un **14.0% (7)** que están dentro de la categoría menor número de hijos tienen familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 5.121$** y un valor de significancia **$p = 0.024$** , por lo que se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la variable asociada número de hijos y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Tabla N° 10

Relación entre el número de embarazos y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

Número de embarazos	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional		Disfuncional		Ni	%
	N	%	n	%		
Menor número	39	78.0	6	12.0	45	90.0
Mayor número	2	4.0	3	6.0	5	10.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0
$X^2 = 6.640$ $P = 0.010$ $\alpha = 0.05$						

En la **tabla n° 10**, se observa que del **100.0% (50)** de adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”, el **78.0% (39)** presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional, asimismo un **12.0% (6)** de ellas que también presentan menor número de hijos y sin embargo presentan familia disfuncional.

AL realizar el cálculo del chi cuadrado se encontró un valor de **$X^2 = 6.640$** y un valor de significancia **$p = 0.010$** , por lo que se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la variable asociada número de embarazos y la funcionalidad familiar en adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”.

2. DISCUSION

La adolescencia es aquella etapa donde se dan grandes cambios, debido a su desarrollo físico se produce una intensa actividad hormonal y es allí donde se puede producir un embarazo precoz; que es un proceso de la fecundación que sucede en adolescentes menores de 18 años. En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo: Determinar las variables asociados al embarazo (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, edad de inicio de la relación sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, número de hijos) relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes que se atienden en el “Puesto de Salud I-2 Zungaro-cocha; San Juan 2015”. Se obtuvieron hallazgos muy importantes acerca de las variables asociados al embarazo y funcionalidad familiar.

En cuanto a Funcionalidad Familiar, se encontró un 82.0% de adolescentes embarazadas que presenta funcionamiento familiar funcional, estos resultados son semejantes al de M. Guridi (Cuba-2011) donde indica una repercusión funcional moderada (32,2%) y favorable (64,2%); así mismo Urreta M. (Perú-2008); obtuvo como resultado el 51.3% que poseen un funcionamiento familiar funcional; por el contrario, se opone a los resultados reportados por R. Osorio (Perú-2013) que indica que el 64% provienen de familias desintegradas; y así mismo G. Panduro (Perú-2008), el 86.6% manifiesta disfuncionalidad familiar predominando la disfunción leve en el 59.9%. creemos que los resultados de la investigación se debe a que la comunidad de Zungaro-Cocha está en la zona rural y su cultura permite que la niña a temprana edad sea comprometida con un hombre para su pareja y las familias lo ven como normal por estas razones es que la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan familias funcionales donde predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad; así

mismo forman parte del embarazo de la adolescente demostrándole el cariño y apoyo, ya sea por parte de la pareja o de la familia.

Respecto a la Edad se encontró; que del 100% de adolescentes embarazadas tuvieron como edad promedio de 16.54 y desviación estándar de 1.644 años. Al realizar el análisis estadístico entre edad y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $p = 0.499$, Estos resultados son similares a lo reportado por V. Rodríguez (Ecuador-2013); los mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%; así mismo M. Guridi (Cuba-2011); dio como resultados, que predominó el grupo de 15 a 18 años de edad (96,2%); por otro lado, C. Gómez; L. Montoya (Colombia-2012); informa que con respecto a la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14); . R. Osorio (Perú-2013); entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes; el 90% se encuentro entre los 14 a 19 años de edad.

De acuerdo a los hallazgos encontrados, podemos decir que en el lugar que se realizó nuestro estudio de investigación se encontró en mayor porcentaje a las adolescentes embarazadas en las etapas de edad intermedia (14-16) y edad tardía (17-19), esto se debe que en dicho lugar las adolescentes empiezan su vida sexual a temprana edad y es donde algunas se encuentran embarazadas en el primer encuentro sexual o en varias practicas realizadas, ya sea por falta de conocimientos de uso de anticonceptivos, el querer acelerar una etapa de vida, o la búsqueda de una vida mejor con la pareja económicamente o simplemente porque a los padres le representa gasto tenerle bajo su cuidado por eso son entregadas en tempranamente.

Con respecto al nivel educativo el 72.0% de adolescentes embarazadas tienen alto nivel de estudio, al realizar el análisis estadístico entre nivel educativo y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $P = 0.004$, estos hallazgos son semejantes con lo reportado por; M. Guridi (Cuba-2011); indica que la escolaridad secundaria (47,2%), por otro lado R. Osorio (Perú-2013);

entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes; de las cuales 75% tienen grado de instrucción secundaria. Pensamos que los hallazgos encontrados en nuestra investigación muestran un mayor porcentaje a las adolescentes embarazadas que se encontraban en estudios secundarios, la educación es un indicador importante porque mediante ella se va a realizar modificaciones en la cultura de los pueblos que favorezcan el desarrollo de las adolescentes, además va a favorecer el buen entendimiento entre los miembros de la familia a pesar de la condición de la adolescente, pese a ello algunas adolescentes continuaron sus estudios por decisión propia, con el apoyo de la pareja o de la familia, por todo lo expuesto hace relevante el resultado encontrado, de esta manera la adolescente pueda vivir en una familia funcional.

En cuanto al estado civil; se encontró que el 80.0% tiene pareja. Al realizar el análisis estadístico entre estado civil y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $P=0.026$, se encontró que no guarda semejanza con lo presentado por N. Montalvo (México-2007); en su estudio muestra como resultado que el estado civil de las adolescentes fue sin pareja en un 82% y un 9% correspondió a las adolescentes con pareja. Suponemos que los resultados de nuestro estudio de investigación muestran mayor porcentaje a las adolescentes embarazadas con pareja, se debe a las costumbres que tienen las familias de entregar a sus hijas en convivencia al hombre responsable del embarazo y tiene que encargarse de todo el sustento económico que necesita la adolescente, porque la familia tienen muchos hijos y la economía es escasa en los hogares en zonas rurales,

En cuanto a la ocupación; se encontró que el 80.0% tienen ocupación remunerada. Al realizar el análisis estadístico entre ocupación y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $p=0.229$, por otro lado C. Gómez; L. Montoya (Colombia - 2012) presentó un resultado de ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), creemos que se debe a que las adolescentes embarazadas realizan actividades por las cuales reciben un pago, estas ocupaciones son como empleadas del hogar que realizan en casas vecinas o un puesto de venta de alimentos de

primera necesidad en su casa o cerca al campo u otro lugar, así mismo tienen el apoyo de sus familiares cercanos o pareja.

Referente a la edad de la primera relación sexual, el 72.0% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual a los 14 a 16 años, con una edad promedio de 14.48 y desviación estándar de 1.2 años. Al realizar el análisis estadístico entre la edad de la primera relación sexual y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $P= 0.004$, en los presentes resultados se encuentra similitud con lo indicado por, C. Gómez; L. Montoya (2012) indica que el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5); J. Arrieta, E. Ramos (2010); encontró que 27,5% tuvieron su primera relación sexual a los 15 años; G. Huarcaya. (2008); Encontró que la edad de inicio de relaciones sexuales fueron (<15 años) OR=6 IC=1,9-18,6); R. Osorio (2013); indica que el 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años. Creemos que esto se debe a la falta de educación sexual, comunicación con los padres y maestros en los colegios, las adolescentes no tienen la responsabilidad de su propia sexualidad, no planifican ni lo desean por completo, la mayoría de adolescentes lo realiza de forma inesperada, por curiosidad, estímulos del sexo opuesto, no querer ser diferente, o no saber decir no, además en muchos casos los son mucho mayores que ellas.

En cuanto a la edad del primer embarazo, el 56.0% se embarazó entre los 14 a 16 años, con un promedio de 15.86 y desviación estándar de 1.5 años. Al realizar el análisis estadístico entre la edad del primer embarazo y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $P= 0.019$, estos resultados son similares con lo reportado por G. Huarcaya. (2008); encontró que (<15 años) la edad del primer embarazo (OR=6,3 IC=2,2-17,8). Esto se debe a que realizan la relación sexual sin ninguna protección en relación de algún método anticonceptivo ni responsabilidad esto lleva como consecuencia el embarazo a temprana edad, además se pudo observar en los hogares que en varios de ellos

la madre y la adolescente se encontraron embarazadas; estas situaciones se observaron en varias familias al momento de la aplicación de nuestro instrumento.

En relación al número de hijos el 94.0% tiene entre menor cantidad de hijos, al realizar el análisis estadístico entre el número de hijos y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $P = 0.024$. De acuerdo a los hallazgos encontrados creemos que esto se debe a que la mayoría de las adolescentes de nuestro estudio, después de dar a luz su primer hijo empiezan a acudir al puesto de salud a controlarse y llevar una planificación familiar adecuada, usando algún tipo de anticonceptivo, sin embargo se encontraron diez adolescentes que tenían dos hijos y que eran producto siempre de una primera relación.

En relación al número de embarazos el 78.0% presentan menor cantidad de hijos, al realizar el análisis estadístico entre el número de embarazos y funcionalidad familiar se tuvo como resultado $p = 0.010$, creemos que esto se debe a que el fenómeno de embarazo en adolescentes es un problema que involucra al sector salud para que enfatice en las medidas de promoción de la salud y la prevención del embarazo en las adolescente empleando todos los recursos disponibles por el ministerio de salud.

CONCLUSION

Luego de la discusión de los resultados en la presente investigación y de acuerdo a los objetivos planteados, del 100% de adolescentes embarazadas, se concluye lo siguiente:

Resultados Univariados:

- De 100.0% (50) adolescentes presentan edad promedio de 16.54 y desviación estándar de 1.644 años con un porcentaje 96.0% (48) tiene mayor edad y el 4.0%.
- De 100.0% (50) adolescentes presentan 28.0% (14) tienen bajo nivel y el 72.0% (36) alto nivel de estudio.
- De 100.0% (50) adolescentes presentan el 20.0% (10) no tiene pareja, mientras que el 80.0% (40) si lo tiene.
- De 100.0% (50) adolescentes el 96.0% (48) tienen ocupación remunerada contra un 4.0% (2) que no tienen ocupación remunerada.
- De 100.0% (50) adolescentes el 72.0% (36) de las adolescentes tuvo su primera relación a una edad intermedia y el 10.0% (5) en edad tardía, con una edad promedio de 14.48 y desviación estándar de 1.297 años.
- De 100.0% (50) adolescentes presentan el 56.0% (28) tuvo en edad intermedia mientras que el 4.0% (2) en edad temprana, con un promedio de 15.86 y desviación estándar de 1.527 años.
- De 100.0% (50) adolescentes presentan el 94.0% (47) tiene menor cantidad de hijos y mayor cantidad de hijos tiene el 6.0% (3) de los adolescentes.
- De 100.0% (50) adolescentes el 90.0% (45) presenta menor número de embarazos y el 10.0% (5) mayor número de embarazos.
- De 100.0% (50) adolescentes presentan Funcionalidad familiar 82.0% presenta familia funcional, mientras que 18% presenta familia disfuncional.

Resultados Bivariados: Estadísticamente significativo

- Al relacionar nivel educativo y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 8.140$ y un valor de significancia $p = 0.004$.
- Al relacionar estado civil y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 4.983$ un valor de significancia $p = 0.026$.
- Al relacionar edad de la primera relación sexual y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 10.893$ y un valor de significancia $p = 0.004$.
- Al relacionar edad del primer embarazo y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 7.898$ y un valor de significancia $p = 0.019$.
- Al relacionar número de hijos y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 5.121$ y un valor de significancia $p = 0.024$.
- Al relacionar número de embarazos y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 6.640$ y un valor de significancia $p = 0.010$.

Estadísticamente no significativo:

- Al relacionar edad y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 0.457$ y un valor de significancia $p = 0.499$.
- Al relacionar ocupación y la funcionalidad familiar se encontró un valor de $X^2 = 1.445$ y un valor de significancia $p = 0.229$.

RECOMENDACIONES

- Al puesto de salud de zungarococha.- Consideramos, que el trabajo debe centrarse en las acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable, que pretendan disminuir el embarazo y el aborto en la adolescencia todo ello requiere responsabilidades y esfuerzos compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el sistema de salud y el sistema educacional.
- A los centros educativos de zungarococha.- La educación en materia de sexualidad no debe empezar a los quince años; la sexualidad empieza desde que las niñas empiezan a explorarse. Para ello es importante realizar acciones que se trabajen desde grupos multidisciplinarios donde tengan participación diferentes especialistas como el maestro, el psicólogo y trabajador social, por su participación en la sociedad, que puede incidir de manera importante en las adolescentes de Zungaro-cocha.
- A la facultad de enfermería.- Independientemente de la labor realizada por el área materno infantil se propone estructurar estrategias sobre sexualidad responsable, dirigidos a las adolescentes y población en general por equipos multidisciplinarios, en el marco de la proyección social mediante la educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Angulo MV. El Embarazo en los Adolescentes. Monografía de Sub Secretaría de Educación República bolivariana de Venezuela. Caracas [serial online] 2012. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos91/embarazo-adolescentes/embarazo-adolescentes2.shtml>
2. ReproductiveHealth Outlook. Embarazo adolescente en el mundo. Biblioteca adolescente en el mundo. Chile. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en: URL:<http://www.docstoc.com/docs/118339685/UNIDAD-DE-ANALISIS>
3. Rojas SG, La Adolescencia en el Perú. Foro de Salud Regional de Cusco. Perú. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL:www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/adolescencia.pdf
4. Vega JM. Embarazo Precoz en el Perú. Monografía sobre embarazo. Perú. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL:<http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazo-precoz.shtml>
5. Sierra J. Embarazo prematuro. Embarazo en la adolescencia otro sitio más de WordPress.com [serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL:<http://embarazoprematuro.wordpress.com/>
6. Urreta M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2008.
7. Navarro A. Disfunción familiar en adolescentes embarazadas. México 2003. Tesis pregrado
8. Mosquera J. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad, con inicio de vida sexual, escolarizados y residentes en el municipio de buenaventura. Colombia, 2007. Tesis pregrado.

9. Montalvo N. Factores que predisponen al embarazo en adolescentes. México, 2007. Tesis pregrado.
10. Arrieta J, Ramos E, Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Cartagena 2010. Tesis pregrado.
11. Gómez C. Montoya L. Factores sociales demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes. Colombia, 2012. Tesis pregrado.
12. Rodríguez V. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús. Ecuador, 2013. Tesis pregrado.
13. Diego P, Huarcaya G, Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes, Instituto Nacional, Materno Perinatal. Perú 2008. Tesis pregrado.
14. Osorio R, Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, Perú 2013. Tesis pregrado.
15. Panduro G. Ruiz M. Variables Demográficas-Culturales y las Actitudes de los Adolescentes hacia el Embarazo Precoz en el Asentamiento Humano Juan Carlos Del Águila. Tesis de pregrado, Iquitos 2008.
16. Welti C. Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. Papeles de la población octubre-diciembre. Universidad Autónoma del Estado de México; 2000. p. 43-87.
17. Bernal Isabel. Editorial. Enfoque familiar en el análisis de la situación de salud. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. [revista en internet] 2011 [citado 2013 Jun. 15]; 49(2):151-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es
18. Clemente C. O.M.S. [Serie en internet]. 2010;[2014 mayo 21];[Alrededor de 2 páginas]. Disponible en URL: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>

19. Biblioteca de congreso nacional. [Serie en internet]. 2011;[2014 mayo 21];[Alrededor de 1 página]. Disponible en URL:<http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
20. Herrera Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [revista en internet] 1997 Nov.-Dic. [citado 2013 Jun. 15]; 13(6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-21251997>.
21. García A, Martínez C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Rev. Salud Pública [revista en internet] 2011 [citado 2012 Marzo 30]; 3(2). Disponible en:
22. Díaz Z. Magallanes C. Sifuentes C. Factores psicosociales (autoestima, ansiedad, funcionalidad familiar) y el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; Iquitos, 2012. Tesis pregrado.
23. Catacora Rosa Y. Inicio sexual en madres adolescentes peruanas: cuando el despertar se torna difícil. Rev. Salud Pública [revista en internet]. 2011 Dic. [citado 2013 Jun. 15]; 2(2): 45-55. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3801>
24. Reyes Antonio. La familia y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de la Habana. Rev. Cubana de Med. Gen. Integr. [revista en internet] 2008 [citado 2013 May. 30]; 25(2): 354-389. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000100003&lng=en
25. Godoy María, González María, González Alicia, Guardia Daniela, Libreros Liliana y González Jesús. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes de dos unidades educativas de Valencia, Venezuela. Rev. Salud Pública [revista en internet] 2009 [citado 2013 Jun. 8]; 8(2). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2259/1/>

26. Puentes Elisa, Enríquez Bárbara, Rodríguez Yisel, Correa Manuel. La sexualidad en adolescentes de la secundaria básica “VietNam”. Rev. Cubana de Med. Integr. [revista en internet] 2012 Oct.-Dic. [citado 2013 Junio 15]; 28(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000100003&lng=en
27. Magipo E. Pérez R. Funcionalidad familiar y el inicio de las relaciones sexuales en estudiantes de secundaria nocturna del Colegio Rosa Agustina Donayre de Morey Iquitos-2013. Tesis pregrado. <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/2259/1/pdf>
28. El Almanaque [homepage en internet]. Argentina; c2011 [actualizada 15 Jun. 2013; citado 15 Jun. 2013]. Disponible en: <http://www.elalmanaque.com/Medicina/consejos/report23.htm>
29. Uretra. M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes. Perú, 2008. Tesis pregrado.
30. Abreu Rafael, Reyes Oliva, Garcia George, León Marisel, Naranjo Maria. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana [revista en línea] 2008 [citado 2012 Marzo 30]; 10(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.%282%29_01/vol.10.2.01.pdf

ANEXOS

**VARIABLES ASOCIADOS AL EMBARAZO RELACIONADO A LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL “P.S I-2
ZUNGAROCOCHA; SAN JUAN 2015”**

Código:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada señorita:

Tenga Ud. muy Buenos Días, somos Bachilleres de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, estamos realizando una investigación para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería. Este estudio tiene por finalidad conocer “Variables asociados al embarazo relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes del “P.S I-2 Zungarococha; San Juan 2015”

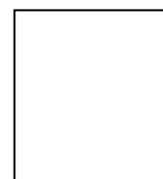
La información que Ud. nos brinda será recolectada y procesada en forma anónima y manejada por el equipo de investigadoras responsables. Por ello solicitamos su valiosa colaboración respondiendo a las preguntas en forma veraz. Si Ud tiene alguna duda puede pedir aclaraciones

¿Desea participar en el proyecto de investigación?

SI ()

NO ()

Si la respuesta es sí:



Firma

Huella digital

MUCHAS GRACIAS

**“VARIABLES ASOCIADOS AL EMBARAZO RELACIONADO A LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL “P.S I-2
ZUNGAROCOCHA; SAN JUAN 2015”**

CUESTIONARIO DE VARIABLES ASOCIADOS

Código:

I. PRESENTACIÓN:

Estimada señorita:

Tenga Ud. muy Buenos Días, somos Bachilleres de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, estamos realizando una investigación para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería. Este estudio tiene por finalidad conocer **“VARIABLES ASOCIADOS AL EMBARAZO RELACIONADO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DEL “P.S I-2 ZUNGAROCOCHA; SAN JUAN 2015”**

II. INSTRUCCIONES:

Escuche atentamente cada una de las preguntas planteadas que a continuación, se le presentara a modo de alternativas que usted responderá según criterio. La entrevista tendrá una duración de 15 minutos. Si usted tiene alguna duda puede pedir la aclaración respectiva.

Le agradeceremos nos brinde información verdadera para favorecer el éxito del estudio.

III. DATOS GENERALES (Llenado por las Investigadoras):

Fecha de la Entrevista:

Lugar :

Hora de la Entrevista : Inicio..... Terminó.....

Nombre de la Investigadora:

Observaciones Generales

IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

PREGUNTAS	CÓDIGO
<p>1.- ¿Qué edad tienes? -----</p> <p>a) Menor Edad (10 – 14 años) ----- <input type="checkbox"/></p> <p>b) Mayor Edad (15 – 19 años) ----- <input type="checkbox"/></p>	<p>a= 1 b= 2</p>
<p>2.- ¿Hasta qué grado estudiaste?-----</p> <p>a) Primaria ----- <input type="checkbox"/></p> <p>b) Secundaria ----- <input type="checkbox"/></p> <p>c) Otros ----- <input type="checkbox"/></p>	<p>a= 1 b= 2 c=3</p>
<p>3.- ¿Cuál es tu estado civil?</p> <p>a) Soltera ----- <input type="checkbox"/></p> <p>b) Casada ----- <input type="checkbox"/></p> <p>c) Conviviente ----- <input type="checkbox"/></p>	<p>a= 1 b= 2 c= 3</p>
<p>4.- ¿Qué ocupación tienes actualmente?</p> <p>a) Estudiante ----- <input type="checkbox"/></p> <p>b) Trabajadora ----- <input type="checkbox"/></p> <p>c) Desocupada ----- <input type="checkbox"/></p>	<p>a= 1 b= 2 c= 3</p>
<p>5.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</p> <p>a) Temprana (10 - 13 años) ----- <input type="checkbox"/></p> <p>b) Intermedia (14 - 16 años) ----- <input type="checkbox"/></p> <p>c) Tardía (17 - 19 años) ----- <input type="checkbox"/></p>	<p>a= 1 b= 1 c= 2</p>
<p>6.- ¿A qué edad tuviste tu primer embarazo?</p> <p>a) Temprana (10 - 13 años) ----- <input type="checkbox"/></p> <p>b) Intermedia (14 - 16 años) ----- <input type="checkbox"/></p> <p>c) Tardía (17 - 19 años) ----- <input type="checkbox"/></p>	<p>a= 1</p>

7.- ¿Cuántos hijos tienes actualmente?		b= 2
a) 1 Hijo -----	<input type="checkbox"/>	c= 3
b) 2 Hijos -----	<input type="checkbox"/>	
c) 3 a más hijos -----	<input type="checkbox"/>	a= 1
		b= 2
		c= 3
8.-¿Cuántos embarazos tienes actualmente?		
a) 1 embarazo -----	<input type="checkbox"/>	
b) 2 o más embarazos-----	<input type="checkbox"/>	
		a= 1
		b= 2

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¡Muchas gracias Por Su Participación!

TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

NOMBRE:.....

PRESENTACIÓN:

Este instrumento permite evaluar la función familiar y entender mejor su salud integral.

Para cada pregunta marcar solo una (x). El instrumento consta de 14 ítems y parámetros de medición: Nunca (1), Pocas Veces (2), A Veces (3), Muchas Veces (4), Casi Siempre (5).

CONTENIDO:

SITUACIONES	Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
	1	2	3	4	5
1. ¿Toman decisiones en conjunto para cosas importantes de la familia?					
2. ¿En tu casa predomina la armonía?					
3. ¿En tu familia cada uno cumple con sus responsabilidades?					
4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana?					

5. ¿En tu familia cuando discuten lo hacen sin presencia de los hijos?					
6. ¿Pueden aceptar, los defectos de los demás y sobrellevarlos?					
7. ¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?					
8. ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?					
9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?					
10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11. ¿Pueden conversar sobre diversos temas sin temor?					

12. Ante una situación familiar difícil ¿somos capaces de buscar ayuda en otras personas?					
13. ¿Los intereses y necesidad de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
14. ¿Se demuestran el cariño que se tienen?					

EVALUACIÓN:

Familias Funcionales : 43 -70 Puntos.

Familias Disfuncionales : 14 – 42 Puntos.

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Muchas Gracias por su Colaboración

		<p>ESTADO CIVIL</p> <p>en la adolescente refiere tener primaria y secundaria incompleto.</p> <p>Es la situación civil de la adolescente en embarazo Relaciones a la condición de vivir o no con pareja, se medirá con los siguientes niveles:</p> <p>Con pareja: Es cuando la adolescente embarazada está casada o vive en convivencia.</p> <p>Sin pareja: es cuando la adolescente embarazada esta soltera o separada de su pareja.</p>	Nominal	<p>3.- ¿Cuál es tu estado civil?</p> <p>a) Soltera</p> <p>b) Casada</p> <p>c) Conviviente</p>
		<p>OCUPACION</p> <p>Es la actividad que realiza la adolescente embarazada en su vida diaria y se medirá en dos niveles:</p> <p>Con remuneración: cuando la adolescente embarazada recibe un pago por la actividad que realiza</p>	Nominal	<p>4.- ¿En qué te ocupas actualmente?</p> <p>a)Estudiante</p> <p>b)Trabajadora</p> <p>c) Desocupada</p>

		<p>INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL</p>	<p>ya sea semanal o mensual.</p> <p>Sin remuneración: cuando la adolescente embarazada no recibe pago alguno por la actividad que realiza diariamente.</p> <p>Es el tiempo en que la adolescente realiza por primera vez el acto sexual, se medirá en tres niveles:</p> <p>Temprana: aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.</p> <p>Intermedia: aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.</p> <p>Tardía: aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.</p>	Nominal	<p>5.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</p> <p>a) Temprana (10 - 13 años)</p> <p>b) Intermedia (14 - 16 años)</p> <p>c) Tardía (17 - 19 años)</p>
		<p>EDAD DEL PRIMER EMBARAZO</p>	<p>Es la cantidad de embarazos que la adolescente tiene hasta el momento de la recolección de datos, se medirá en dos niveles:</p> <p>Temprana: aquella adolescente que quedó embarazada entre los</p>	Nominal	<p>6.- ¿A qué edad tuviste tu primer embarazo?</p> <p>a) Temprana (10 - 13 años)</p>

					<p>las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?</p> <p>8. ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?</p> <p>9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado? 10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?</p> <p>11. ¿Pueden conversar sobre diversos temas sin temor?</p> <p>12. Ante una situación familiar difícil ¿somos capaces de buscar ayuda en otras personas?</p> <p>13. ¿Los intereses y necesidad de cada cual son respetados por el núcleo familiar?</p> <p>14. ¿Se demuestran el cariño que se tienen?</p>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------