

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA
ESCUELA DE POST GRADO “JOSÉ TORRES VÁSQUEZ”
MAESTRÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE SAN
LORENZO - 2014.”**

**PRESENTADO POR : Lic. MARLENE CHUMBES NICHÓ
Lic. CINTHIA MUÑOZ CARRILLO**

ASESORES : Lorena Reátegui Del Castillo. Dra. SP.

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN
ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

YURIMAGUAS – PERÚ

2015

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE SAN LORENZO – 2014.

El Objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo 2014.

La Metodología fue cuantitativa, no experimental, descriptiva, correlacional y transversal; participaron 75 gestantes adolescentes entre 12 y 19 años de la ciudad de San Lorenzo. La información fue recolectada utilizando como técnica la encuesta y la entrevista y como instrumento el cuestionario de APGAR Familiar Modificado. El análisis de datos se hizo mediante el uso del paquete estadístico de Excel y SPSS22.

Los Resultados fueron que del 100% (75) de gestantes adolescentes 89% (67) presentaron algún grado de disfunción familiar, dentro de esta disfuncionalidad familiar la más representativa fue la disfunción familiar leve con 46% (35). Respecto a las etapas de la adolescencia que se identificó, el mayor porcentaje 52% (39) se encontraron en la etapa de adolescencia tardía. Al analizar la disfuncionalidad familiar por Función básica se tiene como resultado que en Adaptación 87% (65) presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar de las cuales la mayoría de ellas con 47% (35) es de grado leve; en Participación 92% (69) tuvieron disfuncionalidad familiar, de las cuales 40% (30) fue leve y 40 % moderada; para Ganancia 91% (68) presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales 44% (33) fue leve. Respecto a Afecto 93% (70) presentaron disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales 57% (43) fue leve. Finalmente en Recursos 81% (61) presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar, de las cuales 47% (35) fue leve. **Conclusiones:** Según el test de APGAR familiar modificado la mayoría de las adolescentes embarazadas presentó disfuncionalidad familiar de algún tipo, la que se encontró en las cinco Funciones básicas evaluadas siendo mayor la disfunción familiar leve. De las cinco Funciones básicas evaluadas el Afecto tuvo mayor grado de disfunción. Existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en las Funciones básicas de Adaptación 95%, Ganancia 90% y Afecto 90%.

Palabras Clave: Funcionalidad Familiar, Embarazo Adolescente.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FUNCTION AND TEEN PREGNANCY IN THE CITY OF SAN LORENZO - 2014.

The objective was to determine the relationship between family functioning and adolescent pregnancy in the city of San Lorenzo 2014.

The methodology was quantitative, not experimental, descriptive, correlational and cross; involving 75 pregnant adolescents between 12 and 19 years of the city of San Lorenzo. The information was collected using as technical survey and interview and questionnaire as a tool Modified Family APGAR. Data analysis was done using the Statistical Package for Excel and SPSS22.

The results were that 100% (75) of pregnant adolescents 89% (67) showed some degree of family dysfunction, family dysfunction within this the most representative mild family dysfunction was 46% (35). Regarding the stages of adolescence who identified the highest percentage 52% (39) were found in the stage of late adolescence. Researching family dysfunction per basic function is resulting in Adaptation 87% (65) showed some degree of family dysfunctionality of which the majority with 47% (35) is mild; Venture 92% (69) had dysfunctional families, of which 40% (30) was mild and 40% moderate; to gain 91% (68) had dysfunctional families, of which 44% (33) was mild. Regarding Affection 93% (70) had family dysfunction; within which 57% (43) was mild. Finally Resources 81% (61) showed some degree of family dysfunction, of which 47% (35) was mild. **Conclusions:** According to the family APGAR test modified most pregnant teenagers presented family dysfunction of some sort, which was found in the five basic functions evaluated to be more mild family dysfunction. Of the five basic functions evaluated Affection had greater dysfunction. There is a statistically significant relationship between family functioning and adolescent pregnancy in Adaptation Functions 95%, 90% and Affection Gain 90%.

Keywords: Family Functionality, Teen Pregnancy.

**Tesis para obtener el grado de Maestro en Salud Familiar y Comunitaria
presentada en sustentación pública el día 08 del mes de abril del 2015.**

JURADO CALIFICADOR

**JUANA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ. Dra. Ciencias SC
PRESIDENTE**

**ANGELA RODRIGUEZ GÓMEZ. Dra. Ciencias SC
MIEMBRO**

**ZORAIDA SILVA ACOSTA. Dra. Ciencias SC
MIEMBRO**

**LORENA REÁTEGUI DEL CASTILLO. Dra. SP
ASESOR**

DEDICATORIA

A Dios, mi eterno guía y fortaleza, a la Virgen María, pues con su presencia espiritual me acompañan siempre y solo con su ayuda y protección supe entender la razón de mi existencia y continuar sin desistir en el cumplimiento de mis metas a pesar de tantos obstáculos.

A mis amados padres Alcides y Mercedes, a mi hijo adorado Alcinho, quienes inspiraron en mí la perseverancia, fuerza de voluntad y el deseo de superación constante.

A mis queridos hermanos: Susi, Carolina, Greticia, Rey, a mis sobrinos: Almendra, Piero Ángel, Juan Diego y Jesús Gabriel; que me acompañaron en la distancia en todo momento especialmente en los más difíciles de mi vida y con quienes también comparto la alegría y la fe de vivir; anhelo que este trabajo les sirva como fuente de inspiración para superar sus propios retos.

Cinthia.

A Dios por darme la vida, la salud y permitirme alcanzar mis metas.

A mi más grande tesoro, mi familia, en especial a mis padres Víctor Manuel y Carmen Rosa por su gran apoyo en cada etapa de mi vida en el ámbito personal y profesional, es un privilegio para mí ser su hija.

Marlene

AGRADECIMIENTOS

A las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo que fueron nuestros sujetos de estudio, por su importante participación y colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Jurado calificador a cargo de evaluar la presente tesis conformado por Dra. Juana Fernández Sánchez, Dra. Ángela Rodríguez Gómez, Dra. Zoraida Silva Acosta.

Expresamos nuestro agradecimiento de manera especial a la Dra. Lorena Reátegui Del Castillo, por el acompañamiento y apoyo constante en la asesoría para el desarrollo y culminación de nuestra tesis.

A la Dirección Regional de Salud Loreto, por autorizarnos la ejecución del presente estudio en la Red de Salud Datem del Marañón: Centro de Salud San Lorenzo.

Al personal Técnico del Centro de Salud San Lorenzo: Karin Gonzales Encinas, Lina Ramirez Encinas, Betty Sajamí Torres, Patricia Tamani Carrión, Belecni Pipa Shapiama, quienes contribuyeron en la recolección de la información del presente estudio.

A nuestro asesor estadístico Dr. Hernán O. Cortez Gutiérrez, por sus valiosos aportes en el análisis de los resultados de esta investigación.

Las autoras

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
CAPITULO I	
Introducción	01
Planteamiento del Problema	01
Objetivos	03
- General	03
- Específicos	03
CAPITULO II	
Antecedentes	04
Marco Teórico	09
Definiciones operacionales	35
Hipótesis	36
CAPITULO III	
Metodología	37
3.1. Tipo De Investigación	37
3.2. Diseño de la Investigación	37
3.3. Población y Muestra	37
3.4. Procedimiento de recolección de datos	38
3.4.1. Procedimiento	38
3.4.2. Técnica	39
3.4.3. Instrumento	39
3.5. Procesamiento de la Información	40
3.6. Protección de los derechos humanos	42
CAPITULO IV	
Resultados	43
CAPITULO V	
Discusión	55
CAPITULO VI	
Conclusiones	64
CAPITULO VII	
Recomendaciones	66
CAPITULO VIII	
Referencias Bibliográficas	68
CAPITULO IX	
ANEXOS	

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1: Funcionalidad Familiar en gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	43
Cuadro 2: Distribución según etapas de la adolescencia de las gestantes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	44
Cuadro 3: Funcionalidad familiar en la Función básica de Adaptación de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	45
Cuadro 4: Funcionalidad familiar en la Función básica de Participación de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	46
Cuadro 5: Funcionalidad familiar en la Función básica de Ganancia de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	47
Cuadro 6: Funcionalidad familiar en la Función básica de Afecto de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	48
Cuadro 7: Funcionalidad familiar en la Función básica de Recursos de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	49
Cuadro 8: Relación entre la Funcionalidad familiar y el embarazo en gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.	50

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ciudad de San Lorenzo es la capital de la Provincia de Datem del Marañón, Región Loreto; se encuentra en la margen izquierda del río Marañón, y pertenece al Distrito de Barranca. Su jurisdicción corresponde a la Red de Salud Datem del Marañón, que involucra a 06 distritos: Barranca, Cahuapanas, Morona, Manseriche, Andoas y Pastaza.

El Distrito de Barranca cuenta con una población de 13,043 habitantes (INEI 2013), de ellos 3,176 (24,3 %) corresponden a la estratificación de población adolescente de ambos sexos.

La ciudad de San Lorenzo tiene una población de 4,998 Habitantes, de ellos 1,176 (23,5 %) son adolescentes de 10 a 19 años (INEI 2013). En San Lorenzo durante los últimos 4 años, los casos de embarazos en población adolescente ha sido un número bastante representativo, dada esta problemática se han presentado una serie de complicaciones relacionadas con la precoz gestación. Esta razón se ha mantenido respecto al porcentaje en función al número de embarazos presentados en la población, tal como se muestra en el Anexo 1.

La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materno fetal. La ciudad de San Lorenzo no escapa a esta realidad, pues la Región Loreto presenta tasas importantes de morbimortalidad materna y perinatal.

Se señalan muchos factores causales, dentro de ellos se ubica el embarazo en adolescentes, reconociéndolo como una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, y que por lo tanto se convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica, y siendo un tema de actualidad y poco estudiado en nuestro medio, se realiza el

presente estudio, teniendo en cuenta además la creciente incidencia de embarazo en adolescentes, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo.

Todo esto genera problemática social y consecuentemente la salud pública se ve afectada, frente a esta realidad se plantea la siguiente interrogante:

¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE SAN LORENZO - 2014?

El desarrollo del presente estudio es importante porque permitirá identificar cuál es la relación que existe entre la Funcionalidad familiar y el embarazo de adolescentes, lo que pudiera desencadenar o incrementar la incidencia de casos de embarazos en adolescente en la ciudad de San Lorenzo.

Los resultados del estudio pretenden servir de base teórica para el inicio de otros estudios, incentivando la investigación. Asimismo mismo servirá como marco de referencia para plantear estrategias locales y/o regionales, tendientes a disminuir el embarazo en adolescentes, ya que al conocer las características de una escala como la del APGAR Familiar Modificado en gestantes adolescentes nos permitirá contar con una forma breve de evaluación de la funcionalidad familiar para que se puedan explorar las variables asociadas al embarazo adolescente y la funcionalidad familiar, y de esta manera se pueda intervenir en forma oportuna y eficaz en el ámbito familiar como elementos de apoyo en la búsqueda de una adecuada atención integral familiar.

Pretendemos también que los trabajadores de salud, a partir de los resultados, faciliten el acercamiento multidisciplinario para la realización de acciones preventivas del embarazo precoz, teniendo como base el enfoque de Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre la Funcionalidad Familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Objetivos Específicos:

1. Identificar a las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo según etapas de la adolescencia.
2. Identificar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la función básica de Adaptación.
3. Identificar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la función básica de Participación.
4. Identificar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la función básica de Ganancia.
5. Identificar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la función básica de Afecto.
6. Identificar el grado de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas en la función básica de Recursos.
7. Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes de la ciudad de San Lorenzo, 2014.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES:

En el ámbito internacional

Existe en la literatura revisada estudios de investigación relacionados con nuestro trabajo como el estudio: *Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez*, donde se identificó que los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: ausencia de confidente (36,3%), sensación de depresión (23,4%), participación en peleas (12,1%) e ideas de muerte (8,1%). La prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción severa del 4%. La percepción de buena funcionalidad familiar por parte de los adolescentes estuvo relacionada con bajo riesgo biopsicosocial, mayor comunicación con los padres, ausencia de sensación de depresión, ausencia de ideas de muerte y ausencia de intentos suicidas. Concluyó que los mayores problemas encontrados en los adolescentes fueron: ausencia de un confidente, sensación de depresión, participación en peleas e ideas de muerte. La familia funcional se mostró como un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas. (Ulate, 2013).

En el estudio: *Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales*, encontró que 72,1% de la población del estudio presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, y concluyo: La población de adolescentes gestantes estudiada tiene características similares a las poblaciones de otras ciudades de Colombia, y otros países. Se demuestra que, como prácticamente en todos los ámbitos del ser humano, en este también la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes. (Arias et al, 2012).

Por su parte el estudio: *Caracterización de las familias con adolescente gestante: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar*, fue de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo encontrando en los riesgos de la salud familiar que 62% de las familias estudiadas presentaron riesgo alto, 36% riesgo medio y 2% riesgo bajo, asimismo identificó 54,1% de familias saludables lo que llama la atención en relación al 62% de familias en alto riesgo, lo que quiere decir que no se perciben como familias en riesgo y por lo tanto se dicen ser saludables, con lo cual concluyó: De las familias estudiadas, las del área rural tienen mayores riesgos para la salud que las que viven en la zona urbana. Las familias estudiadas no tienen el conocimiento ni la práctica de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estos hallazgos exigen a la enfermería y demás trabajadores de la salud iniciar acciones contundentes que aseguren una prestación de servicios de salud, para disminuir el riesgo familiar total y mejorar el grado de salud familiar, teniendo en cuenta a las familias de las adolescentes gestantes y previendo con ellas acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. (Pérez, 2009).

Por otro lado, el estudio denominado *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*, cuyo objetivo fue determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención tuvo 52% de familias funcionales, 39% moderadamente disfuncionales y 9% severamente disfuncionales, con lo que concluyó que los más destacados factores relacionados a la funcionalidad familiar son: la comunicación directa y límites claros. (Mendoza, Soler, Sainz, Gil, Mendoza & Pérez, 2006).

Asimismo el estudio denominado: *Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada*, en el cual concluyó: La funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos 27% presentaron disfunción familiar moderada, 6% disfunción severa y 67% fue normal, la disfunción se encuentra identificada debido a que no tienen una

madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. Los aspectos en los que se encontraron mayor alteración fueron en el de crecimiento y afecto. (Rangel, Valerio, Patiño & García, 2004).

En el ámbito nacional:

De la revisión de investigaciones realizadas, encontramos en el ámbito nacional el estudio: *Relación entre el funcionamiento familiar y el inicio de las relaciones sexuales en escolares adolescentes del 4to y 5to año de secundaria del Centro Educativo Técnico Superior Javier Heraud - San Juan de Miraflores*; donde del grupo de adolescentes que iniciaron relaciones sexuales en el área estructural 52% fueron familias funcionales, mientras que 48% tenían la característica de disfuncionalidad familiar existiendo asociación estadísticamente significativa; en el área de solución de conflictos 67% de las familias de los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales fueron disfuncionales y 33% funcionales sin asociación estadística para esta área, finalmente el área de clima emocional del grupo de adolescentes que iniciaron relaciones sexuales 43% fueron familias disfuncionales y 57% funcionales siendo esta área medianamente fuerte la asociación estadística, con estos resultados determinaron que se encuentra correlación entre la disfuncionalidad familiar y el inicio de las relaciones sexuales que favorecen la presencia de un embarazo en adolescente; con lo que concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el inicio de relaciones sexuales en escolares adolescentes. (Quispe & Rosales, 2012).

Asimismo el estudio: *Ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal*, donde encontró que 75,71 % de las adolescentes embarazadas tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que 24,29 % tienen un ambiente social familiar adecuado, por otro lado 35,71 % de las adolescentes no embarazadas

tienen un ambiente social familiar inadecuado mientras que 64,29 % tiene un ambiente social familiar adecuado, con lo que concluyó que la adolescente con un ambiente social familiar inadecuado tiene mayor riesgo de un embarazo no planificado es por ello que se recomienda impulsar programas que fortalezcan los lazos familiares, así como crear programas dirigidos exclusivamente a adolescentes, para poder brindar información necesaria que ayude a resolver sus dudas y a tomar decisiones adecuadas. (Godiel, 2012).

Por su parte en el estudio: *Funcionamiento familiar y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la Institución educativa 0292-Tabalosos*, encontró respecto a la vulnerabilidad del funcionamiento familiar que 57,1% presentó nivel de vulnerabilidad media; 32,1% nivel de vulnerabilidad de media a menor; 7,1% de media a mayor y 3,6% en nivel de vulnerabilidad menor. Respecto al nivel de rendimiento académico 50,0% nivel de rendimiento académico bajo, 42,9% rendimiento académico medio y 7,1% alto rendimiento académico; con lo que concluyó que no existió una asociación significativa entre funcionamiento familiar y el rendimiento académico, de los estudiantes de la I. E. N° 0292, Tabalosos. Marzo 2011 - Abril 2012. (Carballo & Lescano, 2012).

Asimismo el estudio *Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal*, encontró que 90% de las gestantes adolescentes tiene disfuncionalidad familiar; respecto al área de adaptación 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de las cuales el 37% era de grado leve; en el área de participación 81% poseen disfuncionalidad familiar, de las cuales el 36% fue leve, en el área de crecimiento 69% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% fue leve, relacionándolo a que los adolescentes no perciben que sus padres les muestren apoyo en la realización de sus aspiraciones, esto a nuestro parecer puede ser debido a que no hay un nivel adecuado de comunicación ni de afecto lo cual no les permite mostrar sus expectativas respecto a su desarrollo. En el área de afecto 87%

presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de las cuales 32% fue leve, y otro 32% moderada, finalmente en el área de recursos 85% presentaron disfuncionalidad familiar, de las cuales el 34% fue moderado, esto se vincula con los sentimientos de rechazo, abandono y soledad que percibe la adolescente siendo el embarazo un medio para acercarse al ideal de sí mismas, ser respetadas y queridas, permitiéndoles sentirse vinculadas emocionalmente con su pareja, obtener preocupación y compañía de su familia; con lo que concluyó que el funcionamiento familiar según la calificación del test del APGAR familiar modificado de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, el cual se encuentra presente en las cinco áreas, de las cuales el grado de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar leve. (Angoma & Poccorpachi, 2011).

Por su parte en el estudio: *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*, encontró que 51,3% presentaron una estructura familiar funcional, mientras que 48,7% fue disfuncional, para las áreas estudiadas encontró en Estructura 52,6% disfuncional y 47,4% funcional, en el área de solución de conflictos 52,6% disfuncional y 47,4% funcional, para el Ambiente familiar 60,3% disfuncional y 39,7% funcional, asimismo respecto a la distribución de las gestantes adolescentes encontró que 64,1% (50) se encontraron en la adolescencia tardía, 33,3% (26) se encontraban en la etapa de adolescencia media y 2,6% (2) en la etapa de adolescencia temprana. Con lo que concluyó 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 de solución de conflictos y emocional en la misma proporción, esto vinculado a la falta de confianza que les permita expresar sus sentimientos y dedicar un tiempo para conversar. (Urreta, 2008).

Por otro lado en el estudio: *Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal*, encontró que 65% de las multigestas tuvieron antecedente de un familiar directo con embarazo adolescente, 35% considero mala relación con sus padres, 35% recibió apoyo parcial de sus padres, la reacción de los padres al enterarse del embarazo adolescente fue mala en su totalidad, 82,5% tuvo un periodo intergenésico corto, con lo que concluyeron 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. (Diego & Huarcaya, 2008).

De la misma manera el estudio denominado: *Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador*, respecto a los factores sociales en el entorno familiar encontró que 63,8% presenta inestabilidad familiar, 26.6% de sus madres experimentaron embarazo en la adolescencia, llegando a concluir: Los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes, esta es una relación significativamente representativa en comparación con otros factores como el biológico, psicológico y obstétrico. (Miranda, 2005).

MARCO TEORICO:

LA FAMILIA

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio -que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia-, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre

padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre la definición de la familia. Jurídicamente está definida por algunas leyes, y esta definición suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio. La familia nuclear no es el único modelo de familia como tal, sin embargo es la estructura difundida mayormente en la actualidad. Las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias monoparentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento legal de las familias homoparentales. (Wikipedia, 2007).

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad que ha experimentado, con la evolución histórica, transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

Con el paso del tiempo la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo definiciones, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud entiende por familia, “a los miembros del hogar emparentados entre sí por sangre, adopción y matrimonio, hasta un grado determinado”.

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender «al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje». En esta definición, en la que están reunidas tres acepciones de lo que se debe

entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar. (Gervilla 2008).

La literatura está aportando nuevos conceptos y nudos de discusión a la preocupación por la cohesión social, el rol público en materia social y el sentido de los términos desarrollo y bienestar. La familia aparece, no sólo como unidad de intervención en políticas sociales, sino como unidad de diseño y concepción de la agenda social de los países. (Serrano, 2005).

La familia se inserta en un contexto muy amplio de relaciones y variables, ya sean económicas, sociales, políticas y étnicas “que operan con ritmos y potencias diferentes”, de cuyo proceso surgen agrupamientos familiares diferenciados. Esto nos indica que para cualquier sociedad no existe una unicidad familiar, “sino que, más bien, una serie de modalidades de articulación familiar condicionadas social, económica y regionalmente”. Por lo tanto, la familia es una unidad cambiante, no estática, depende de muchas variables, como la estructura económica local, regional y nacional dentro de la cual se inserta, para que se vea más o menos influenciada por los cambios sociales, políticos y culturales. (Hipp, 2006).

La Familia occidental moderna:

La historia demuestra que el concepto de familia ha cambiado a lo largo del tiempo. Se puede decir que si bien ha habido cambios importantes en la definición de la familia moderna, el núcleo familiar aún sigue siendo la unidad social más común de un sistema social.

En la actualidad, existen cambios importantes en torno al rol de la mujer en la sociedad y su ingreso al mundo del trabajo, esto supone cambios en la organización familiar. Los roles en la familia han cambiado y se han indiferenciado en la modernidad.

La diversidad sexual se viene incorporando en el concepto de familia moderna viéndose de forma más frecuente y aceptada en las sociedades modernas, a matrimonios de homosexuales por ejemplo, conformando familias.

Otro hecho significativo de la familia moderna tiene que ver con matrimonios conformados por segunda vez. Es decir, matrimonios de personas que se separan de sus antiguas parejas y vuelven a contraer matrimonio y a formar una nueva familia, conservando relaciones con su familia anterior o integrándola en la nueva familia.

Se destaca también en la familia moderna que muchas parejas no contraen matrimonio pero conviven por mucho tiempo y tienen hijos.

Hoy en día la familia moderna tiene varias lecturas, formas, tipos y por lejos, ya no es algo único pero además, la velocidad de la época actual hace que estas transformaciones sean más diversas y dinámicas. Pero, aún sigue cumpliendo un rol importante en cuanto a ser un núcleo fundamental de la sociedad. (Méndez, 2013).

La familia es claramente el primer contexto de aprendizaje para las personas, en este sentido, es importante aclarar que en su seno aprenden no sólo los niños sino también los adultos. En la familia se ofrece cuidado y protección a los niños, asegurando su subsistencia en condiciones dignas. También ella contribuye a la socialización de los hijos en relación a los valores socialmente aceptados.

Las familias apuntan a educar a los niños para que puedan ser autónomos, emocionalmente equilibrados, capaces de establecer vínculos afectivos satisfactorios.

Partimos de que los valores, las reglas, los ritos familiares están al servicio de la estabilidad familiar, funcionan como sello de identidad para las distintas familias, están al servicio del sentido de pertenencia.

Por otro lado, existen fuerzas internas y externas, como el proceso evolutivo de los miembros de una familia, los conflictos, las crisis que funcionan como agentes de cambio. Del equilibrio entre ambas fuerzas resultará el sano crecimiento de la familia.

Desde una perspectiva evolutivo-educativa, podemos decir que la familia supone:

- Un proyecto vital de existencia en común con un proyecto educativo compartido, donde hay un fuerte compromiso emocional,
- Un contexto de desarrollo tanto para los hijos como para los padres y abuelos,
- Un escenario de encuentro intergeneracional,
- Una red de apoyo para las transiciones y las crisis.

Los cambios operados al interior de la familia desde los años 70, han dejado de lado el modelo racional, con una fuerte y rígida división de roles entre hombre y mujer y entre padres e hijos. Los padres optan por una educación para la libertad, valorizando la comunicación, el diálogo, la tolerancia. El estilo autoritativo recíproco es el que según las investigaciones actuales aparece como el más indicado para favorecer el crecimiento del hijo en todas las dimensiones. La familia es el lugar de la construcción de identidad, sin el otro, es imposible que exista el yo, sin lazos o relaciones no existe psiquismo unificado. La familia constituye entonces el compromiso de cada uno con un proyecto relacional que se construye en un determinado tiempo y espacio y que define por lo tanto los valores que en cada unidad familiar se ponen en juego. (Miranda, Ragni & Salas).

TIPOS DE FAMILIA

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas

existentes en el mundo. No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal. Por mencionar algunas, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar. (Saavedra, 2007).

La tipología familiar se puede clasificar en función a varias de sus características, entre ellas podemos describir:

- ✓ En base a su Estructura:
 - Nuclear: padre, madre e hijos.
 - Extensa: más abuelos.
 - Extensa compuesta: mas otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
 - Monoparental: padre o la madre y los hijos.
- ✓ En base a su Desarrollo:
 - Primitiva: clan u organización tribal.
 - Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
 - Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.
- ✓ En base a su Integración:
 - Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente
 - Semi-integrada: no cumplen sus funciones
 - Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.
- ✓ En base a su Demografía:
 - Urbana
 - Rural
 - Suburbana

- ✓ En base a su Ocupación:
 - Campesina, obrera, empleada
 - Profesional, Comerciante (Suarez, 2006).

FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

El conocimiento de la situación de salud familiar es un aspecto importante de la atención integral a la salud en el nivel primario. La estratificación de las familias según la situación de salud familiar es útil para la planificación de intervenciones en la comunidad.

El conocimiento de las condiciones de vida de la familia, su composición y funcionamiento, así como la disponibilidad de recursos para afrontar las exigencias cotidianas, son importantes para la adecuación de las políticas sociales a los contextos locales y a los requerimientos especiales de ciertas familias con mayor vulnerabilidad psicosocial.

Las familias funcionales o potenciadoras del desarrollo son aquellas que crean un clima en el hogar de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Estas enfrentan problemas y toman decisiones asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse de manera transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida, y son capaces de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesiten, sin adoptar mecanismos destructivos. Este tipo de familia actúa para satisfacer las necesidades de sus miembros, enfrentar las regularidades del tránsito por el ciclo vital, y producir motivaciones y comportamientos favorecedores de la salud. (Louro & Pría, 2008).

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no

presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

La disfuncionalidad familiar se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. (Ochoa, 2011).

El APGAR Familiar

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de las funciones básicas de la función familiar:

- Adaptación
- Participación
- Ganancia o Crecimiento
- Afecto
- Recursos

Diversos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas y sus somatizaciones tienen como sustrato la disfunción familiar. (Paz, 2007).

El APGAR familiar es un cuestionario que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su

opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el Dr. Gabriel Smilkstein:

- Adaptación: Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.

- Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
- Ganancia: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
- Afecto: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
- Recursos: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

Para el registro de los datos el APGAR familiar se realiza desarrollando un cuestionario, el cual debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una "X".

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- ✓ 0: Nunca
- ✓ 1: Casi nunca
- ✓ 2: Algunas veces
- ✓ 3: Casi siempre
- ✓ 4: Siempre

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:

- Buena función familiar : 18 – 20
- Disfunción familiar leve : 14 – 17
- Disfunción familiar moderada: 10 – 13
- Disfunción familiar severa: 9 ó menos (Alegre & Suarez, 2006).

Disfuncionalidad Familiar en la Adolescencia

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes. Constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor

calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto. (Rangel et. al, 2004).

LA FAMILIA EN LA DETERMINACION DE LA SALUD:

El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema que merita mayor atención en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar

El modelo de campo de salud presentado por M. Lalonde en 1974 para el análisis de la situación de salud de los canadienses, propuso cuatro elementos: la biología, el ambiente, los servicios de salud y los estilos de vida.

La salud de la población está determinada por las condiciones sociales y económicas que cada sociedad genera, se expresa en diferentes niveles y se concretiza en el ambiente natural y familiar, bajo específicas condiciones de los servicios de salud y mediante el componente individual de carácter psicobiológico.

El condicionamiento psicológico y social de la salud constituye un principio básico para su análisis integral, se profundiza al concebir los determinantes intermedios provenientes del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento y de la materialización de las condiciones económicas y sociales en el hogar.

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que

ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. (Louro, 2003).

LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE

El sistema relacional de una familia en la etapa adolescente se enfrenta a intensos cambios de uno a más de sus miembros y por lo tanto necesariamente también cambia su propio funcionamiento. Es una etapa en la cual la homeostasis se reajusta en un nuevo nivel de funcionamiento, más apropiado para el desarrollo de sus miembros. Hay interacciones que muestran que la retroalimentación positiva predomina sobre la negativa, es decir, se producen cambios que a su vez activan nuevos cambios.

En esta etapa las tareas parentales son difíciles. Los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo y darle progresivamente las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. Las opciones que el adolescente toma en algunos momentos pueden coincidir o no con las expectativas de los padres, lo que produce conflictos que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar. A veces los padres se cierran y asumen una actitud controladora que retarda la independencia del joven. Idealmente deben reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y dando las posibilidades emocionales y materiales para que el joven comience una vida independiente exitosa. También es posible que tengan una postura desinteresada o impotente, manifestada en una excesiva permisividad, y que también tiene consecuencias negativas para el desarrollo adolescente.

Es en este contexto donde el adolescente negocia permanentemente con los padres la posibilidad de romper los lazos de dependencia infantil y llegar a ser persona.

La familia debe ofrecer al adolescente oportunidades reales de encontrar nuevos roles que le permitan ejercitarse en el papel de adulto que tiene que asumir, alcanzando así una autonomía suficiente para su funcionamiento adulto. (Carrasco, 2012).

LA ADOLESCENCIA

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años.

La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

- Adolescencia temprana (10 a 13 años)
- Adolescencia media (14 a 16 años)
- Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Perfil de los adolescentes a nivel mundial

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por HIV (más de 7000 por día ocurre en jóvenes).

- La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % en niñas y en 3 a 29 % en niños.
- El 10 % de los partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva.

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes.

Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican

La etiología tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

También se relaciona con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es, madres que también lo fueron a edades tempranas.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”

Muchos problemas se suscitan dado que la adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial, constituyendo un grave problema en salud pública tanto en América Latina como en el resto del mundo. (Ulanowiks, Parra, Wendier, & Monzón, 2006).

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa.

Resulta de especial importancia en el caso de las adolescentes, porque ellas son las que podrían embarazarse y de esta forma facilitar la presencia de complejos problemas personales. Aunque la adolescencia se considera una etapa de la vida plena de salud, durante este periodo puede existir una morbilidad excesiva. El adolescente convive con importantes factores de riesgo, los cuales en gran medida le son desconocidos, puede estar en condiciones de mantener actitudes no saludables respecto a éstos y convertirlos en habituales conductas de riesgo.

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública en América Latina y el resto del mundo. En los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes ha aumentado significativamente y muchos de estos embarazos presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirá de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana. (Carreón, Mendoza, Pérez, Gil, Soler, & Gonzáles, 2004).

Esta problemática está incluida en un escenario donde las tasas de muerte perinatal y mortalidad fetal muestran casi el mismo perfil epidemiológico de

hace cuatro décadas y continúan siendo altas comparadas con las observadas en países desarrollados.

Los adolescentes, ya sea que estudien o trabajen, encontrarán en las relaciones sexuales una fuerza biológica que los llevará a la búsqueda de pareja y a desempeñar papeles de adultos. Cuando surge el embarazo en una adolescente, la familia se ve obligada a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración.

Las condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente. (Arana et. al, 2005).

Consecuencias del Embarazo Adolescente.

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

➤ Complicaciones somáticas

Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad maternofetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

➤ Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas

adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son razones específicas de deserción.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes

“engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos. (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008).

Consideraciones demográficas

Perú es un extenso país que cuenta con 30 millones 475 mil 174 personas (INEI 2013) habitantes, de los cuales 50,1% son varones y 49,9 % mujeres.

El tamaño de la población por departamento fue heterogéneo: por una parte, destacó Lima por albergar al 32,3 % de la población del país; seguido por; cuatro departamentos que en conjunto concentraron el 21,9 % de la población: Piura (6,1 %), La Libertad (6,0 %), Cajamarca (5,0 %) y Ancash (4,8 %).

La mayoría de la población (70,1 %) habitaba en el área urbana, porcentaje que fue superior al 71,0 % en 11 departamentos, destacando entre ellos Lima y Tumbes con el 96,2 % y 91,2 %, respectivamente. En cambio, en Huancavelica, Cajamarca, Apurímac y Amazonas, dicha proporción se encontró entre 20,7 % y 32,1 %, siendo su población predominantemente rural.

La condición de la maternidad en adolescentes es un tema de reconocida importancia no sólo porque, generalmente, se trata de embarazos no deseados y está muy relacionado con abortos, sino también por las consecuencias sociales, económicas y de salud en las adolescentes embarazadas y en su entorno familiar. Se consideran como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, muestran que del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez.

De acuerdo con el área de residencia, el porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez en el área rural, representan el doble de aquellas que viven en el área urbana.

En efecto, 22 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres en el área rural, mientras que, en el área urbana la relación es de 10 de cada 100 mujeres adolescentes.

La tendencia histórica muestra que, en 16 años, el porcentaje promedio de madres adolescentes se ha mantenido alrededor de 13% a nivel nacional, en 10% en el área urbana y en 21% en el área rural.

El comportamiento de las adolescentes de 15 a 19 años de edad presenta diferencias sociales y demográficas. Entre los años 1996 y 2012, se incrementó el porcentaje de mujeres cuya primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años de edad, al pasar de 4,6% a 6,0%.

Las jóvenes que en el año 2012 tenían entre 15 y 19 años muestran mayor conocimiento y uso de algún método de planificación familiar. En el año 1996 el 93,4% de las adolescentes conocían algún método de planificación, en el año 2012 es casi generalizado, alcanzando el 99,8%.

Asimismo, hace dieciséis años, el 7,5% de las adolescentes usaba algún método de anticoncepción, incrementándose a 14% en el año 2012, también destaca el incremento al uso de algún método moderno de planificación familiar, de 4,7% a 10,2% entre los años 1996 y 2012.

Por otro lado, se advierte la mejora en el nivel educativo de este grupo poblacional. El porcentaje de adolescentes con nivel de educación primaria que en el año 1996 representaba el 20,4% disminuyó a 10,9%. Aquellas con nivel educativo secundaria o superior se incrementaron de 12,0% en 1996 a 23,1% en 2012.

Consistentemente con las inequidades persistentes en el país, los porcentajes más altos de embarazo adolescente se hallan en las zonas de mayor pobreza y exclusión, y en los grupos humanos con menores niveles de educación.

El embarazo temprano, usualmente no intencionado, tiene efectos de largo plazo no solo en la salud de la mujer sino en su calidad de vida y la de sus hijos, sus proyectos y sus posibilidades de desarrollo futuro. (ENDES, 2012).

LA ENFERMERA DE SALUD FAMILIAR

Cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados. Es así como ella se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de alguno de sus miembros, la salud familiar se refiere tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad.

La salud familiar es el resultado de la interacción de sus componentes:

- a) Salud física y psicológica de cada integrante de la familia y manejo de los problemas familiares.
- b) Calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.
- c) Características socio-económicas, demográficas y culturales de cada familia, que condicionan el tipo de problema que la familia enfrenta y resuelve durante su ciclo.

Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería debe tener una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar en estas un sentimiento de unidad y promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación; propiciar algunas formas de adaptación a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de su ciclo vital familiar; ver a las familias como cuidadoras de sus propios miembros, e identificar el hogar como el lugar en que viven el paciente y sus familiares y amoldarse a ellos.

Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario. El lograr establecer relaciones interpersonales durante las visitas domiciliarias de enfermería es la base para influir efectivamente en el comportamiento de salud y ayudar a que la gente se haga cargo de sus propias vidas.

Se hace necesario que el profesional de enfermería tenga una visión amplia del cuidado, que se salgan de las rutinas hospitalarias y del esquema de que todo lo saben y que el paciente y la familia son seres pasivos de atención.

Cuando todavía no conoce al paciente y a la familia, o cuando los procesos son complicados, los riesgos son muchos o las expectativas puestas por la familia en la enfermera son desproporcionadas.

El cuidar a la familia se convierte en un reto profesional, ya que nos salimos de los esquemas del cuidado, bien sea en hospitales o centros de salud, en donde la situación familiar muy poco se vislumbra a plena luz.

La atención domiciliaria será el futuro de gran parte de la profesión, siempre y cuando como enfermeras nos demos a conocer con una atención de calidad y logremos que reconozcan nuestro lugar fundamental en el sistema de salud.

Es de suma importancia la participación de los profesionales de enfermería en el ámbito de la salud familiar, pues estos son los llamados a brindar cuidados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Hallando las potencialidades internas de la familia se busca reorientar su utilización o la identificación de los recursos externos que se encaminen a solucionarles sus necesidades.

Cuando abordamos la familia en procesos preventivos, promocionales y de rehabilitación, estamos brindando cuidados de enfermería y estamos dando cumplimiento al sueño de Florence Nightingale: *“Sueño que algún día las*

enfermeras del mundo irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas que sufren y no tienen suficiente atención. Pero eso tal vez sea para el año 2000". Florence Nightingale (1820-1910). (Pérez B, 2009).

BASE TEORICA DE ENFERMERÍA:

El estudio de los paradigmas, las concepciones, definiciones y los principios que han guiado a la profesión desde Florence Nigthingale, así como las diferentes teorías de Enfermería, es esencial para la comprensión de la naturaleza del cuidado enfermero.

Modelo de Dorothea Orem

Bases teóricas:

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría general de sistemas.

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El auto cuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autos cuidados.

Hay tres tipos de Autocuidado:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar,
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia,

- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

Respecto a las Funciones de Enfermería, en el modelo de Orem está referido al actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud reproductiva y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Los cuidados de Enfermería constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los auto cuidados.

Hay tres tipos de asistencia:

- a) El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- b) El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- c) El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

Modelo de Callista Roy

Tiene como Bases Teóricas:

- Modelo de interrelación.
- Teoría de la adaptación de Helson.
- Teoría general de sistemas.

Para esta teorista, el ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

- Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.
- Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el «continuum» (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- a) Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.
- b) Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente,
- c) Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros,

Para Callista Roy las Funciones de Enfermería deben estar abocadas a promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4

esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería, teniendo como objetivo que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación.(Romero Y, 2011).

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Embarazo en Adolescentes:

El embarazo adolescente está considerado al periodo gestacional que se desarrolla en una mujer de 10 a 19 años. Se consideran tres indicadores:

- Embarazo Temprano: Aquel embarazo producido entre los 10 y de 13 años de edad.
- Embarazo Intermedio: Aquel embarazo producido entre los 14 y 16 años de edad.
- Embarazo Tardío: Aquel embarazo producido entre los 17 y 19 años de edad.

Funcionalidad Familiar:

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. En el presente estudio se considerará las funciones básicas siguientes:

1. Adaptación: Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
2. Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de

interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.

3. Ganancia: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
4. Afecto: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
5. Recursos: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

HIPOTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre la Funcionalidad familiar y el embarazo en las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo en el año 2014.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación fue de tipo CUANTITATIVO, porque se realizó la recolección sistemática de la información de acuerdo al planteamiento del problema donde se describió el comportamiento de las variables Funcionalidad Familiar y Embarazo en adolescentes y determinó la relación que existe entre dichas variables.

3.2. Diseño de la Investigación

El presente proyecto fue de tipo no experimental, descriptivo, correlacional, y transversal.

Fue no experimental porque no se manipuló ninguna de las variables en cuestión, se observó el fenómeno tal como se presentó en su contexto natural.

Descriptivo porque buscó especificar las características familiares asociados con el embarazo en adolescentes.

Correlacional porque se buscó asociar la relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes: para ello se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrado. Es estudio es Transversal porque la recolección de datos se desarrolló en un determinado periodo de tiempo. (Hernández, 2006).

3.3. Población y Muestra

Población:

Se trabajó con el universo de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo encontradas en el periodo de aplicación del instrumento, que fueron 75 gestantes adolescentes.

Muestra:

La muestra lo constituyeron el 100% de gestantes adolescentes captadas en el período de Mayo a Junio del año 2014 haciendo un total de 75 sujetos de estudio.

Proceso de selección de la muestra:

Se desarrolló la captación a través de las visitas domiciliarias en la ciudad de San Lorenzo al 100 % de viviendas locales con los encuestadores capacitados por las investigadoras.

Se trabajó con el 100 % de gestantes adolescentes captadas en la ciudad de San Lorenzo durante los meses mayo y junio que fueron 75, a través de la aplicación del Test de APGAR Familiar Modificado.

- Criterios de inclusión:

- ✓ Gestante adolescente que aceptó participar en el estudio.
- ✓ Gestante adolescente que radica en la ciudad de San Lorenzo desde hace más de 6 meses.
- ✓ Gestante adolescente con edades comprendidas entre los 10 a 19 años.
- ✓ Gestante adolescente que hable castellano

- Criterios de exclusión:

- ✓ Gestante adolescente con alteraciones mentales
- ✓ Gestante adolescente con tratamiento psiquiátrico
- ✓ Gestante adolescente cuyo embarazo sea producto de abuso sexual
- ✓ Gestante adolescente analfabeta
- ✓ Gestante adolescente sordomuda.

3.4. Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos**3.4.1. Procedimiento:**

- a) Se solicitó el permiso a la Dirección Regional de Salud Loreto, desde donde se informó a la de Red de Salud Datem del Marañón y Centro de salud San Lorenzo, a fin de tener la respectiva autorización del establecimiento.
- b) Se seleccionó a personal Técnico de Enfermería que participó junto con las investigadoras en la aplicación del Instrumento establecido.
- c) Se capacitó a personal técnico seleccionado que participó en el recojo de información.
- d) Se coordinó el horario ideal que permitió las facilidades del caso a los entrevistadores y entrevistados.

3.4.2. Técnica

Se utilizó la visita domiciliaria para la ubicación de las gestantes adolescentes y la encuesta con la entrevista para la recolección de la información.

3.4.3. Instrumento:

En el desarrollo del presente estudio se utilizó como instrumento el cuestionario del APGAR Familiar Modificado que fue aplicado en la Tesis de Angoma L. y Poccorpachi D, en el 2011 en la investigación titulada: *Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes – Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima.*

Este instrumento alcanzó un nivel de confiabilidad de 95%, por lo que se concluyó que el instrumento evaluado es confiable porque el Alfa de Cronbach es α 0.5, como estos valores son muy altos, la inclusión o la eliminación de cada pregunta,

dentro de un modelo, siguen siendo altos (valores altos de las correlaciones de cada pregunta) por lo que prácticamente todas las preguntas son válidas.

3.5. Procesamiento de la información

Los datos se presentan a través de Cuadros y Gráficos.

Para determinar la correlación se utilizó el paquete estadístico del programa SPSS22, con un margen de error del 0.05 y de 0.10. Es decir se obtuvo los estadísticos de prueba y se comparó con los estadísticos críticos de las tablas al 95% y 90% de confianza.

Se realizó el análisis descriptivo e inferencial respectivamente. Para el análisis descriptivo se trabajó con métodos estadísticos utilizando: frecuencias absolutas. Para el análisis inferencial se utilizaron pruebas no paramétricas como Chi cuadrado para determinar la relación de las variables en estudio.

$$X^2 = \left[\frac{\sum (f_0 - f_e)^2}{f_e} \right]$$

Donde:

X^2 = Ji cuadrada

f_0 = Frecuencia observada

f_e = Frecuencia esperada

Σ = Sumatoria

Si X^2 calculado es mayor X^2 teórico, entonces existe relación entre lo calculado y lo esperado

Si X^2 calculado es menor X^2 teórico, entonces no existe relación entre lo calculado y lo esperado

El Ji cuadrada de la tabla se obtiene a partir de los grados de libertad y del nivel de significancia

Grados de libertad (número de columna -1) (número de filas -1)

g.l. = Grados de libertad

Para la contrastación de la hipótesis sobre la relación entre la variable dependiente y la función familiar representada por sus 5 dimensiones (adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos), se realizó una regresión logística lineal múltiple dada que la variable dependiente embarazo que puede ser considerada intermedio o tardío representa una variable dicotómica. Asimismo la variable independiente quedó representada por las cinco dimensiones (funciones básicas de la funcionalidad familiar).

Este modelo logístico se aplica justamente para explicar y predecir una variable categórica binaria (dos grupos) en función de varias variables independientes que a su vez pueden ser cuantitativas o cualitativas. Permite modelizar la probabilidad de que ocurra un evento dado una serie de variables independientes. En el problema de embarazo considerando solamente dos grupos. La importancia radica en que el modelo logístico es dado por una expresión de la forma:

$$Z = B_0 + B_{1 \times 1} + B_{2 \times 2} + B_{3 \times 3} + B_{4 \times 4} + \dots + B_{n \times n}$$

Donde $X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$ son las variables independientes. Los coeficientes son denominados pendientes betas y tienen la siguiente interpretación:

Un coeficiente beta positivo aumenta la Odds ratio (OR), es decir la probabilidad de ocurrencia del suceso (variable dependiente) aumenta. Un coeficiente beta negativo disminuye la OR.

La fórmula del OR está dada en función de los coeficientes:

$OR = \exp(\text{coeficiente beta})$. Esto justifica el hecho de que un valor de beta positivo incrementa la probabilidad de ocurrencia.

3.6. Protección de los derechos humanos

Para el desarrollo del presente estudio se consideró obtener la autorización respectiva de la institución, el consentimiento informado de los padres de familia o persona responsable de las adolescentes embarazadas sujetas del estudio de la ciudad de San Lorenzo, así como el asentimiento informado de las adolescentes embarazadas, garantizando el respeto de los derechos humanos considerando la confidencialidad, anonimidad, respeto a la integridad física y moral de la información recolectada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Análisis Univariado

Cuadro 01: Funcionalidad Familiar en gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Nº	%
Buena funcionalidad Familiar (18-20)	8	11,0
Disfunción Familiar Leve (14-17)	35	46,0
Disfunción Familiar Moderada (10-13)	24	32,0
Disfunción Familiar Severa (9-0)	8	11,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

El Cuadro 01 nos permite observar la distribución de la característica referida a la funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo según la calificación del APGAR Familiar Modificado en el momento del desarrollo de la presente investigación, en la que se observa que del total de gestantes adolescentes 100% (75), el mayor porcentaje de ellas 89% (67) presenta algún grado de disfuncionalidad familiar y 11% (8) tienen una Buena funcionalidad familiar.

Al hacer el análisis sólo de la característica de disfuncionalidad familiar en el mismo cuadro se observa que la disfunción familiar leve es la que ha

presentado el mayor porcentaje con 46% (35), en segundo lugar se ubica la disfunción familiar moderada con 32% (24) y finalmente tenemos a la disfunción familiar severa que estuvo representada por el 11% (08). (Ver Gráfico N° 1, Anexo 8).

Cuadro 02: Distribución según etapas de la adolescencia de las gestantes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

ETAPAS DE ADOLESCENCIA	N°	%
Adolescencia temprana (De 10 a 13 años)	0	0,0
Adolescencia media (De 14 a 16 años)	36	48,0
Adolescencia tardía (De 17 a 19 años)	39	52,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

En el Cuadro 02 se observa la distribución de las gestantes adolescentes de acuerdo a la etapa de adolescencia en la que se encontraron al momento del desarrollo del presente estudio y donde se observa que del 100% (75) de encuestadas el mayor porcentaje 52% (39) de las gestantes se encontraron en la etapa de Adolescencia tardía, asimismo el 48% (36) de las gestantes sujeto de estudio se encontraron en la etapa de Adolescencia intermedia. No se identificaron gestantes en la etapa de adolescencia temprana aunque si hay presencia de las mismas al tener las referencias de los reportes de atención en los servicios de salud del establecimiento. (Ver Gráfico N° 2, Anexo 9).

Cuadro 03: Funcionalidad familiar en la Función básica de Adaptación de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FUNCIÓN BÁSICA ADAPTACIÓN	Nº	%
Buena funcionalidad Familiar (18-20)	10	13,0
Disfunción Familiar Leve (14-17)	35	47,0
Disfunción Familiar Moderada (10-13)	20	27,0
Disfunción Familiar Severa (9-0)	10	13,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

En el Cuadro 03 se aprecia el resultado del análisis de la función básica de Adaptación en la que se logró identificar que del 100 % (75) de las gestantes adolescentes entrevistadas el mayor porcentaje 87% (65) presentaron algún grado de disfunción familiar en el momento de aplicar el instrumento; dentro de esta calificación el mayor porcentaje 47% (35) de gestantes adolescentes presentan disfunción familiar leve, seguido de 27% (20) que presentaron disfunción familiar moderada y finalmente 13% (10) tuvieron disfunción familiar severa. Solo 13% (10) de las entrevistadas presentaron buena funcionalidad familiar en esta Función básica. (Ver Gráfico N° 3, Anexo 10).

Cuadro 04: Funcionalidad familiar en la Función básica de Participación de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FUNCIÓN BÁSICA PARTICIPACIÓN	Nº	%
Buena funcionalidad Familiar (18-20)	6	8,0
Disfunción Familiar Leve (14-17)	30	40,0
Disfunción Familiar Moderada (10-13)	30	40,0
Disfunción Familiar Severa (9-0)	9	12,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

En el Cuadro 04 observamos los resultados de la evaluación referida a la función básica de Participación, en la que se ha identificado que del 100 % (75) de las gestantes entrevistadas el 92% (69) presentaron algún grado de disfunción familiar a momento de desarrollar la investigación, de ellas el mayor porcentaje 40% (30) presentaron disfunción familiar leve, con el mismo porcentaje 40% (30) se presentó la disfunción familiar moderada y por último 12% (9) presentó disfunción familiar severa. Solo 8% (6) de las entrevistadas presentaron una buena funcionalidad familiar en esta Función básica. (Ver Gráfico N° 4, Anexo 11).

Cuadro 05: Funcionalidad familiar en la Función básica de Ganancia de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FUNCIÓN BÁSICA GANANCIA	Nº	%
Buena funcionalidad Familiar (18-20)	7	9,0
Disfunción Familiar Leve (14-17)	33	44,0
Disfunción Familiar Moderada (10-13)	23	31,0
Disfunción Familiar Severa (9-0)	12	16,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

En el Cuadro 05 podemos observar el análisis de la funcionalidad familiar en la Función básica de área Ganancia, en la que se observa que del 100 % (75) de sujetos de estudio el 91% (68) de las gestantes entrevistadas presentó algún grado de disfunción familiar, analizando a este grupo tenemos que el mayor porcentaje 44% (33) presentó disfunción familiar leve, seguida de 31% (23) con disfunción familiar moderada y finalmente 16% (12) que presentó disfunción familiar severa. Solo 9% (7) presentó una buena funcionalidad familiar en esta Función básica. (Ver Gráfico N° 5, Anexo 12).

Cuadro 06: Funcionalidad familiar en la Función básica de Afecto de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FUNCIÓN BÁSICA AFECTO	Nº	%
Buena funcionalidad Familiar (18-20)	5	7,0
Disfunción Familiar Leve (14-17)	43	57,0
Disfunción Familiar Moderada (10-13)	22	29,0
Disfunción Familiar Severa (9-0)	5	7,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

En el Cuadro 06 observamos los resultados obtenidos al analizar la funcionalidad familiar en la Función básica de Afecto, donde encontramos que del 100 % (75) de entrevistadas la mayoría de gestantes adolescentes 93% (70) presentó algún grado de disfunción familiar, de este grupo el mayor porcentaje 57% (43) presentaron disfunción familiar leve, seguida de 29% (22) de gestantes adolescentes con disfunción familiar moderada y por último 7% (05) presentó disfunción familiar severa. Sólo 7% (5) presentó una buena funcionalidad familiar.

Esta es la Función básica que ha presentado el mayor porcentaje de disfuncionalidad familiar de las demás funciones básicas evaluadas a través del cuestionario de APGAR Familiar Modificado. (Ver Gráfico N° 6, Anexo 13).

Cuadro 07: Funcionalidad familiar en la Función básica de Recursos de las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FUNCIÓN BÁSICA RECURSOS	Nº	%
Buena funcionalidad Familiar (18-20)	14	19,0
Disfunción Familiar Leve (14-17)	35	47,0
Disfunción Familiar Moderada (10-13)	22	29,0
Disfunción Familiar Severa (9-0)	4	5,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014

El Cuadro 07 nos permite observar que en el análisis de la funcionalidad familiar en la Función básica de Recursos del 100 % (75) de gestantes adolescentes entrevistadas, el 81% (61) presentaron disfunción familiar; dentro de este grupo el mayor porcentaje 47% (35) de las entrevistadas presentó disfunción familiar leve, seguida de 29% (22) con disfunción familiar moderada y por último 5% (04) con disfunción familiar severa. Solo 19 % (14) de las gestantes adolescentes entrevistadas presentaron una buena funcionalidad familiar. (Ver Gráfico N° 7, Anexo 14).

Análisis Bivariado

Cuadro 08: Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo de las adolescentes en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Función Básica	Característica de Función Familiar	Etapa de la Adolescencia		Total	
		Adolescencia media	Adolescencia tardía	Nº	%
Adaptación	Buena	8	2	10	13,0
	Leve	11	24	35	47,0
	Moderada	12	9	21	28,0
	Severa	5	4	9	12,0
	Total	36	39	75	100
Participación	Buena	4	2	6	8,0
	Leve	15	15	30	40,0
	Moderada	12	18	30	40,0
	Severa	5	4	9	12,0
	Total	36	39	75	100
Ganancia	Buena	5	1	6	8,0
	Leve	13	21	34	46,0
	Moderada	11	14	25	33,0
	Severa	7	3	10	13,0
	Total	36	39	75	100
Afecto	Buena	5	0	5	7,0
	Leve	21	22	43	57,0
	Moderada	8	14	22	29,0
	Severa	2	3	5	7,0
	Total	36	39	75	100
Recursos	Buena	5	9	14	19,0
	Leve	17	18	35	47,0
	Moderada	12	10	22	29,0
	Severa	2	2	4	5,0
	Total	36	39	75	100

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014

El Cuadro 08 nos presenta la relación que existe en el presente estudio de investigación entre la Funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes

según etapa identificada de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014, en la que encontramos al realizar la distribución porcentual de los datos observados tenemos que la presencia de embarazo está relacionada con algún tipo de disfuncionalidad familiar ya que ésta se presentó en las 5 Funciones básicas de funcionalidad familiar evaluadas a saber: Adaptación con 87% (65), Participación con 92 % (69), Ganancia con 92% (69), Afecto con 93% (70) y Recursos con 86% (61).

La Función básica de Afecto es la que ha presentado el mayor porcentaje de disfuncionalidad con 93.3%, seguida de las funciones básicas de Participación y Ganancia con 92%.

Asimismo al evaluar la Funcionalidad familiar se encontró que la Disfuncionalidad leve fue la que alcanzó el mayor porcentaje, siendo la Función básica de Afecto la más representativa, seguida de las Funciones básicas de Adaptación y Recursos. (Ver Gráfico N° 8 Anexo 15)

Al realizar la verificación estadística de la relación entre Funcionalidad familiar y embarazo adolescente con la prueba Chi cuadrado, se encontró que existe relación relevante en la Función básica de Adaptación dependiente del embarazo en adolescentes al 95% con Chi cuadrado=8.862, Gl=3, P=0.031, asimismo en la Función básica de Afecto dependiente del embarazo en adolescentes al 90% con Chi cuadrado=6.75, Gl=3, P=0.080<0.10 y la Función básica de Ganancia dependiente del embarazo en adolescentes al 90% con Chi cuadrado=6.399, Gl=3, P=0.094<0.10. (Ver Anexo N° 7).

Si bien es cierto existe una diferencia entre los resultados obtenido en la distribución porcentual y el análisis estadístico ésta se explicaría en la variación que puede ocurrir entre los eventos observados de los esperados, lo que sí es importante del presente estudio es que existe la relación entre las variables del estudio de investigación siendo importante el efecto que tiene la disfuncionalidad familiar con la presencia de embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Prueba estadística Chi Cuadrado:

Relación entre la Funcionalidad familiar y el Embarazo en adolescentes de la ciudad de San Lorenzo - 2014.

1. PRUEBA CHI-CUADRADO ENTRE LA VARIABLE ADAPTACION Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Pruebas de chi-cuadrado

Valor gl Sig. asintótica (2 caras)

Chi-cuadrado de Pearson 8,862a 3 ,031

Razón de verosimilitud 9,222 3 ,026

Asociación lineal por lineal ,000 1 ,983

N de casos válidos 75

- a) 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,32.

INTERPRETACION: Existe asociación entre la variable Adaptación y el embarazo adolescente al 95%.

2. PRUEBA CHI-CUADRADO ENTRE LA VARIABLE PARTICIPACION Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Pruebas de chi-cuadrado

Valor gl Sig. asintótica (2 caras)

Chi-cuadrado de Pearson 1,861a 3 ,602

Razón de verosimilitud 1,879 3 ,598

Asociación lineal por lineal ,380 1 ,537

N de casos válidos 75

- b) 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,88.

INTERPRETACION: No existe asociación entre la variable Participación y el embarazo adolescente.

3. PRUEBA CHI-CUADRADO ENTRE LA VARIABLE GANANCIA Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Pruebas de chi-cuadrado

Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,399a 3	,094
Razón de verosimilitud	6,698 3	,082
Asociación lineal por lineal	,128 1	,721
N de casos válidos	75	

c) 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,88.

INTERPRETACION: Existe asociación entre la variable Ganancia y el embarazo adolescente al 90%.

4. PRUEBA CHI-CUADRADO ENTRE LA VARIABLE AFECTO Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Pruebas de chi-cuadrado

Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,750a 3	,080
Razón de verosimilitud	8,693 3	,034
Asociación lineal por lineal	3,767 1	,052
N de casos válidos	75	

d) 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,40.

INTERPRETACION: Existe asociación entre la variable Afecto y el embarazo adolescente al 90%.

5. PRUEBA CHI-CUADRADO ENTRE LA VARIABLE RECURSO Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Pruebas de chi-cuadrado

Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
-------	----	---------------------------

Chi-cuadrado de Pearson	1,235a	3	,745
Razón de verosimilitud	1,250	3	,741
Asociación lineal por lineal	,897	1	,344
N de casos válidos	75		

e) 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,92.

INTERPRETACION: No existe asociación entre la variable Recurso y el embarazo adolescente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue identificar la relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo en las Funciones básicas de adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos.

El Cuadro 01 nos permite observar que las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo tienen 89% (67) de disfuncionalidad familiar con lo que podemos relacionar esta característica con la presencia del embarazo adolescente. Estos resultados se parecen a los que obtuvieron Arias Carlos et al (Colombia, 2012) que desarrollaron el estudio: *“Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales”*, que tuvo como objetivo analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal, estudiando a una población de 190 adolescentes embarazadas entre los 12 y 21 años, a través de una encuesta anónima se interrogó sobre variables sociodemográficas, relación con sus padres, niveles de comunicación con los padres, situaciones conflictivas en la familia y funcionalidad familiar medida por el APGAR familiar, en este estudio 72,1% de la población encuestada presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa enmarcando su justificación a que la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes. Contrariamente el estudio de Ulate Daniel (Costa Rica, 2013), quien realizó el estudio titulado *“Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez”* encontrando que la prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción severa del 4% demostrando que la familia funcional es un factor protector. En el ámbito nacional el estudio de Angoma Leydy y Poccorpachi Denis (Lima, 2011), *“Funcionalidad familiar en gestantes*

adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal” obtuvieron como resultado que la mayoría de las adolescentes embarazadas 90% presentaron disfuncionalidad familiar en las cinco áreas predominando en todas ellas la disfunción familiar leve. Asimismo Godiel Ethel (Tacna, 2012) en su estudio “*Ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal*” encontró que 75,71% de las adolescentes encuestadas tienen un ambiente familiar inadecuado, con lo que concluyen que la adolescente con un ambiente familiar inadecuado tiene mayor riesgo de un embarazo no planificado, por lo que recomienda impulsar el desarrollo de programas que fortalezcan los lazos familiares y crear programas que brinden información necesaria que les permita resolver sus dudas y tomar decisiones adecuadas. De la misma manera Arias et al (Colombia, 2012) en su estudio “*Funcionalidad Familiar y Embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE Manizales*” encontró que 72,1% de la población en estudio presentó disfuncionalidad familiar, considerando a la familia como parte decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz en estas adolescentes. Por último Pérez (Colombia, 2009) encontró que 62% de las familias presentaron riesgo alto, 36% riesgo medio y 2% riesgo bajo, relacionando este riesgo con el hecho de no tener conocimiento ni práctica de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por lo tanto la presencia de la disfuncionalidad familiar se constituye en un importante factor de riesgo para la presencia de un embarazo en la etapa de vida adolescente.

El Cuadro 02, presenta la distribución de las gestantes adolescentes según etapas de la adolescencia encontrando que 48% (36) se encontraban en la adolescencia media y 52% (39) en adolescencia tardía. Al respecto el estudio de Marisa Urreta (Lima 2008), coincide con nuestra investigación al obtener en sus resultados la siguiente distribución: adolescencia media 33,3% (26) y adolescencia tardía 64.1% (50); al igual que nuestro estudio la mayor proporción de gestantes adolescentes se encontraron en la etapa de adolescencia

tardía. Estos resultados demuestran la poca intervención sanitaria en este grupo de edad, en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, desde los sectores salud y educación; además el 100% de las adolescentes de nuestro estudio presentaron antecedente familiar de gestación adolescente al tener éstas adolescentes el 59% de antecedentes maternos de embarazo adolescente, además de la presencia de embarazo precoz en las hermanas de las adolescentes de nuestro estudio (35%).

En el Cuadro 03 tenemos el resultado de la disfuncionalidad familiar en la Función Básica de Adaptación donde se identifica que el 87% (65) de las gestantes adolescentes entrevistadas presentaron algún tipo de disfuncionalidad familiar, de las cuales 47% (35) fue disfunción familiar leve, seguida de 27% (20) con disfunción familiar moderada y 13% (10) disfunción familiar severa. Solo 13% (10) presentó una buena funcionalidad familiar. Los resultados de esta Función básica nos permiten evaluar la forma cómo los miembros de la familia utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis para resolver sus problemas y adaptarse a nuevas situaciones. Estos resultados no coinciden con Urreta Marissa (Lima, 2008) quien en su estudio encontró que 52,6% de los sujetos de estudio tienen una adecuada capacidad de solución de conflictos, es decir que son funcionales ya que a partir de ello la familia puede enfrentar como grupo familiar la problemática de la etapa adolescente y mucho más si se encuentra asociada a un embarazo precoz, así como el 47,4% no presentan esta capacidad que se ve fortalecida con la comunicación frecuente entre los padres y la adolescente. Estos resultados se explican porque la población estudiada se ubica en el área geográfica selva baja, asimismo los estudios se realizaron en costa y el nuestro en selva, por otro lado el 37% de ellas tuvieron estudios primarios y 47% secundaria incompleta que incluye solo los primeros años de estudio, lo que demuestra que no utilizaron sus recursos intra ni extra familiares en los momentos y periodos de crisis para resolver sus problemas y adaptarse a nuevas situaciones

En el Cuadro 04 nos presenta la caracterización de la función básica de Participación en la que logramos identificar que 92% (69) de las gestantes entrevistadas presentó algún tipo de disfuncionalidad familiar, de las cuales 40% (30) corresponde a disfunción familiar leve, seguida de 40% (30) con disfunción familiar moderada y 12% (9) presentó disfunción familiar severa. Solo 8% (6) presentó una buena funcionalidad familiar, estos resultados nos permiten evaluar el grado de satisfacción de los miembros de la familia en relación al grado de comunicación en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas, teniendo relevancia la imposición de ideas que tiene que asumir la adolescente por parte de sus padres sin considerar su opinión. Al respecto nuestros hallazgos son opuestos a los que obtuvo Mendoza Luis et al (México, 2007), en su estudio *“Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria”* cuyo objetivo fue determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención y donde los más destacados factores relacionados a la funcionalidad familiar son: la comunicación directa y límites claros es decir la función básica de participación repercute en el logro de una familia funcional encontró que 52% pertenecían a familias funcionales, 39% moderadamente disfuncionales y 9% severamente disfuncionales. Asimismo el estudio de Ulate Daniel (Costa Rica, 2013) titulado *“Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez”* encontró que 31.4% de funcionalidad está asociado a la comunicación de los adolescentes con sus padres.

Los hallazgos del presente estudio demuestran la insatisfacción de los miembros de la familia en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común.

En el Cuadro 05 se aprecia la característica de la función básica de Ganancia en el grupo de adolescentes entrevistadas y donde se ha identificado que 91% (68) presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar, de las cuales 44%

(33) tuvieron disfunción familiar leve, seguida de 31% (23) con disfunción familiar moderada y 16% (12) tuvieron disfunción familiar severa. Solo 9% (7) presentó una buena funcionalidad familiar. Lo que nos permite apreciar la forma en que el grupo familiar encuentra satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que se emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal, tomando vital importancia la falta de apoyo económico a la adolescente en su crecimiento personal. Al respecto se encontró similitud con el estudio de Angoma Leydy y Pocorpachi Denis (Lima, 2011), titulado “*Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal*”, donde encontró que en la función básica de crecimiento o ganancia el 69% presentó disfuncionalidad familiar, de las cuales 43% fue leve, 20% moderada y 6% severa; esto asociado con la calidad de tiempo compartido entre los miembros de la familia que les permita expresar sus anhelos y metas trazadas, es percibido por los adolescentes como muy insuficiente, motivo por el cual sus expectativas no son cubiertas favoreciéndose así la disfunción familiar en esta función básica de ganancia. Asimismo Rangel (México, 2004) en su estudio encontró que 33% de la funcionalidad familiar estaba alterada y en mayor proporción en el área de ganancia. Dada esta similitud podemos afirmar que cuando existe un proyecto de vida en el que la adolescente prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una conducta de prevención del embarazo, lo que no sucedió en la población de estudio quienes iniciaron relaciones sexuales por presión de la pareja (47%).

En el Cuadro 06 se aprecia la característica de la función básica de Afecto donde 93% (68) presentó algún grado de disfuncionalidad familiar, dentro de ellas 57% (43) presentaron disfunción familiar leve, seguida de 29% (22) con disfunción familiar moderada y 7% (05) presenta disfunción familiar severa. Solo 7% (05) presentaron buena funcionalidad familiar. Los resultados de la evaluación de ésta área nos permite apreciar el grado de satisfacción de cada

miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia; encontramos que hay mayor dificultad en no encontrarse satisfechas de su relación afectuosa con sus padres. Este resultado difiere con el estudio de Rangel José Luis (México, 2004), denominado: “*Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada*”, donde determinó que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos debido a que no tienen madurez emocional, no reciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen, lo que las obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja desencadenándose un embarazo precoz. A su vez encontramos coincidencia con Marisa Urreta (Lima, 2008) quien al realizar la evaluación del ambiente emocional en su estudio encontró que 60,3% tiene un ambiente disfuncional y 39,7% es funcional, esto está relacionado a la falta de afecto entre sus integrantes y la disfuncionalidad se vincula la falta de confianza que les permita expresar sus sentimientos y dedicar un tiempo para conversar. Nuestros hallazgos se explican en esta característica por el hecho de que el 35% de adolescentes entrevistadas refirieron tener familias incompletas, lo que se detalla al obtener como resultado que el 28 % de ellas solo vivía con la madre y hermanos antes de embarazarse, el 4% con padre y hermanos y 3% únicamente con hermanos, afectando esta condición la Función básica de Afecto.

En el Cuadro 07 nos presenta la caracterización de la función básica de Recursos en las gestantes adolescentes entrevistadas donde se ha identificado que 81% (61) presentó algún grado de disfuncionalidad familiar, de las cuales 47% (35) presentaron disfunción familiar leve, seguida de 29% (22) con disfunción familiar moderada y 5% (04) disfunción familiar severa. Solo 19% (14) presentó una buena funcionalidad familiar. Con estos resultados se puede evaluar la satisfacción de los miembros de la familia en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás, siendo estos esenciales en la dinámica familiar, encontrando que no están satisfechas en la forma cómo se distribuyen los

recursos económicos en su familia. Al respecto de este resultado se encuentra similitud en la investigación de Quispe Joselyn y Rosales Karen (Lima, 2012), denominada: *“Relación entre el funcionamiento familiar y el inicio de las relaciones sexuales en escolares adolescentes del 4to y 5to año de secundaria del Centro Educativo Técnico Superior Javier Heraud - San Juan de Miraflores”*; quienes encontraron que en el área de solución de conflictos donde hacen uso de todos los recursos disponibles en la familia, donde 67% presentaron disfuncionalidad familiar relacionado con el inicio de relaciones sexuales y 33% eran familias funcionales en el grupo que inician relaciones sexuales, y donde se concluyó que la disfuncionalidad familiar se relaciona en el uso de los recursos con los que cuenta el grupo familiar para solucionar sus conflictos por lo que se encontró relación entre la disfuncionalidad familiar y el inicio de las relaciones sexuales precozmente exponiéndose altamente al riesgo de un embarazo temprano. Asimismo Angoma Poccoorpachi encontró el 85% de disfuncionalidad familiar para esta función básica. Contrariamente el estudio de Rangel encontró disfuncionalidad de 33%, relacionándola con el poco apoyo y cariño por parte de su familia. A través de la similitud de los hallazgos en estos estudios y el nuestro podemos afirmar que el tiempo que comparte la familia para integrarse, recrearse, compartir recursos propios, es insuficiente por lo tanto afecta la dinámica familiar para el desarrollo adolescente poniéndolo en riesgo de un embarazo precoz.

Por último se presenta el Cuadro 08 donde se describe la relación entre las características de la Funcionalidad familiar con la presencia de un embarazo adolescente, observando que existe disfunción familiar en todas las Funciones básicas y es la disfunción familiar leve la que se presentó con mayor frecuencia, por lo tanto se comprobó que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables al obtener los siguientes resultados al aplicar la prueba de Chi cuadrado y corroborar la relación teniendo como resultados relevantes: Para la Función básica de Adaptación un α de 95%, para la Función básica de Ganancia 90 % y para de Función básica de Afecto

también 90%, además no se encontró significancia estadística en las Funciones básicas de Participación y Recursos; estos resultados coinciden con el estudio de Quispe J. y Rosales K.(Lima,2012), denominado “*Relación entre el funcionamiento familiar y el inicio de las relaciones sexuales en escolares adolescentes del 4to y 5to año de secundaria del Centro Educativo Técnico Superior Javier Heraud – San Juan de Miraflores*”, donde del grupo de adolescentes que iniciaron relaciones sexuales en el área estructural 52% fueron familias disfuncionales, mientras que 48% tenían la característica de buena funcionalidad familiar existiendo asociación estadísticamente significativa; en el área de solución de conflictos 67% de las familias de los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales fueron disfuncionales y 33% funcionales sin asociación estadística para esta área, finalmente el área de clima emocional del grupo de adolescentes que iniciaron relaciones sexuales 43% fueron familias disfuncionales y 57% funcionales siendo esta área medianamente fuerte la asociación estadística, con estos resultados determinaron que se encuentra correlación entre la disfuncionalidad familiar y el inicio de las relaciones sexuales que favorecen la presencia de un embarazo en adolescente; con lo que concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el inicio de relaciones sexuales en escolares adolescentes. De la misma forma Leydy Angoma y Denis Poccorpachi (Lima, 2011) en su estudio “*Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal*” la mayoría de las familias de las adolescentes embarazadas es disfuncional y se encuentra la disfunción en las 5 áreas siendo la disfunción familiar leve a que se presenta con mayor frecuencia. Asimismo Urreta M (Lima, 2008) en el estudio “*Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*” solo llega a establecer que la mayoría de las familias de las gestantes adolescentes presentan característica de buena funcionalidad familiar (51,3%) mas no llega a determinar la relación que existe entre la funcionalidad con el embarazo ya que solo valora las características de

funcionalidad en las áreas de estructura familiar, solución de conflictos y ambiente emocional. Los resultados de nuestro estudio permiten afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en las Funciones básicas: Adaptación, Ganancia y Afecto, lo que influye grandemente en la presencia de embarazo en adolescentes de la ciudad de San Lorenzo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

El presente estudio de investigación permitió plantear las siguientes conclusiones:

1. Se presentó disfunción familiar en el 89% (67) de las gestantes adolescentes entrevistadas durante la ejecución del presente estudio en la ciudad de San Lorenzo 2014.
2. Las gestantes adolescentes identificadas en el presente estudio se encontraron en mayor porcentaje en la etapa de adolescencia tardía con 52% (39) seguidas de 48% (36) en adolescencia media.
3. El grado de funcionalidad en la Función básica de Adaptación fue equivalente al 13% (10), siendo el mayor porcentaje de 87% (65) quienes presentaron algún grado de disfuncionalidad familiar.
4. La Funcionalidad familiar en la Función básica de Participación tuvo como resultado que 92% (69) presentó disfuncionalidad familiar, siendo 40% (30) disfuncionalidad leve, 40% (30) disfunción familiar moderada y 12 % (9) disfunción familiar severa.
5. La Funcionalidad familiar en la Función básica de Ganancia presentó que 92% (69) tuvieron disfuncionalidad familiar, de los cuales 44% (33) fue para disfunción leve, 31% (23) disfunción familiar moderada y 16% (12) disfunción familiar severa.
6. La Funcionalidad familiar en la Función básica de Afecto encontró que 93% (70) presentó disfuncionalidad familiar, correspondiendo 57% (43)

a disfuncionalidad leve, 29% (22) disfunción familiar moderada y 7% (5) de disfunción familiar severa.

7. La Funcionalidad familiar en la Función básica de Recursos se encontró que 86% (61) presentó disfuncionalidad familiar, correspondiéndoles 47% (35) a la disfuncionalidad leve, 29% (22) a la disfunción familiar moderada y 5 % (4) a la disfunción familiar severa.
8. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo 2014, al demostrarlo con la prueba Chi cuadrado obteniendo un α de 95% para la Función básica Adaptación, 90% para la Función básica Afecto y 90% en la Función básica Ganancia.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. Los responsables de la Etapa de Vida adolescente deberán organizar actividades que incorpore al equipo multidisciplinario del Centro de Salud San Lorenzo que tengan como objetivo fomentar y fortalecer las Funciones básicas en el Funcionamiento familiar a fin de promover la disminución de los embarazos precoces y ayudar a la familia en su rol de soporte crucial ante la presencia de un embarazo en adolescentes.
2. La DRSL a través de los responsables Etapa de Vida Adolescente debe monitorizar en forma permanente el cumplimiento de la normatividad específica para el desarrollo de acciones educativas con la participación del equipo multidisciplinario teniendo como base el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.
3. Los estudiantes de Pre y Post Grado de las Universidades de la Región Loreto deben iniciar y continuar con el desarrollo de investigaciones relacionadas al tema utilizando el Cuestionario de APGAR Familiar Modificado siendo un instrumento de libre uso y que utiliza poco tiempo para aplicarlo.
4. Los responsables de la Etapa de Vida Adolescente del Centro de Salud San Lorenzo deben garantizar el desarrollo de Programas Educativos con Adolescentes que busquen vincular lazos maternos y paternos en los espacios donde se concentran.
5. Los decisores locales de salud de la ciudad de San Lorenzo deben fortalecer estrategias con los actores sociales e implementar y desarrollar programas laborales con adolescentes que impulsen el

desarrollo del deporte, la educación (sexual y reproductiva) y la salud con prácticas saludables.

6. El equipo multidisciplinario del Centro de Salud San Lorenzo debe brindar una Educación sexual oportuna dirigida al adolescente, a la familia y comunidad, que le permita tomar decisiones responsables en su vida.
7. La DRSL en coordinación con el Gerente de la Red Datem del Marañón deben monitorizar la funcionalidad de los consultorios diferenciados para garantizar la atención integral de salud de los/las adolescentes que brinda cada establecimiento de salud.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alegre, Y., & Suarez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *I(1)*, 48-57. Perú. Recuperado el 15 de Enero de 2014, de <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>
- Angoma, L., & Poccorpachi, D. (2011). Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal. *Tesis para optar el título de licenciado en obstetricia - UNMSM*. Lima, Perú.
- Arana, F., & otros. (2005). Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med IMSS*, *XLIII(3)*, 267-271. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im0531.pdf>
- Arias, C., & otros. (2012). Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales. Colombia. Recuperado el 20 de junio de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753004>.
- Carballo, G., & Lescano, E. (2012). Funcionamiento familiar y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la institución educativa 0202 en Tabalosos. Tarapoto, Perú. Recuperado el 15 de Octubre de 2013, de http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_98_Binder1.pdf
- Carrasco, E. (2012). Curso Salud y Desarrollo del adolescente. Chile. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>
- Carreón, & otros. (2004). Factores socioeconómicos relacionados al embarazo adolescente. *Revista Medigraphic*, *VI*, 70-73. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>

- Diego, P., & Huarcaya, G. (2008). Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes del Instituto nacional Materno Perinatal. *Tesis para optar el título de licenciado en obstetricia - UNMSM*. Lima, Perú.
- ENDES. (2012).
- Gervilla, A. (2008). Familia y Educación familiar: Concepto clave, situación actual y valores. Madrid: Narcea S:A: de Ediciones. Obtenido de <http://www.publidisa.com/PREVIEW-LIBRO-9788427716056.pdf>
- Godiel, E. (2012). Ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Obtenido de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/244/129_2013_Godiel_Villanueva_ERA_FACS_Ostetricia_2013_Resumen.pdf?sequence=2
- HIPP, R. (2006). Orígenes del matrimonio y de la familia modernos. *Revista Austral cienc. soc.* (11), 59-78. Recuperado el 15 de Octubre de 2013
- León, P. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, V(I). Obtenido de http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
- Louro, I. (2003). La familia y la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, XXIX(1), 48-51. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es.
- Louro, I., & Pría, M. d. (Diciembre de 2008). Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, IV(24). Recuperado el 16 de Diciembre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400006&lng=es.

- Méndez, S. (2013). Concepto de la familia moderna. Perú. Recuperado el 12 de Octubre de 2013, de <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-concepto-familia-moderna.html>.
- Mendoza, L., & otros. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, VIII(1), 27-32.
- Miranda, R. (2005). Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. *Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia - UNMSM*. Villa el Salvador, Perú.
- Miranda, R., & otros (2007). Educación y Valores, Rancagua. Chile .Recuperado el 02 de Julio del 2013 de <http://www.monografias.com/trabajos64/educacion-valores/educacion-valores2.shtml>.
- Ochoa, M. (2011). Funcionalidad familiar con adolescentes programa niño trabajador área tres INFA. *Tesis de Maestría en Intervención psicosocial familiar*. Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2685>.
- Paz, S. (2007). Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB 1. *Rev de la Facultad de Medicina*. Obtenido de http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/revistafacultad/vol_8_n_1_2007/cap5.pdf
- Pérez, B. (Junio de 2009). Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichán, Norteamérica. Recuperado el 15 de Octubre de 2013, de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/31>.
- Pérez, B. (2009). El cuidado de la enfermería en familia: Un reto para el siglo XXI. Aquichán, Norteamérica. Recuperado el 12 de Noviembre de 2013, de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19/37>

- Quispe, J., & Rosales, K. (2012). Relación entre el funcionamiento familiar y el inicio de las relaciones sexuales en escolares adolescentes del 4to y 5to año de secundaria del Centro Educativo Técnico Superior Javier Heraud. *Tesis para optar el título de licenciado en Obstetricia - UNMSM*. San Juan de Miraflores, Lima, Perú.
- Rangel, J., & otros. (2004). Funcionalidad familiar de la adolescente embarazada . *Rev Fac Med UNAM*, 47(1). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Romero, Y. (2011). Modelos y Teorías de la Enfermería. *San Fernando Edo. Apure*. Venezuela. Obtenido de: <http://www.monografias.com/trabajos89/modelos-y-teorias-enfermeria/modelos-y-teorias-enfermeria.shtml>
- Saavedra, J. (2007). Familia: Tipos y Modos. *IV*, 16. Chile. Obtenido de http://www.monografias.com/usuario/perfiles/jose_g_saavedra Familia: tipos y modos. Chile. 2007
- Serrano, C. (2005). Familia como unidad de intervención de políticas sociales. CEPAL. Chile. Obtenido de http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Claudia_Serrano.pdf
- Suarez, M. A. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Papeña Med Fam., III(4)*, 95-100. Obtenido de http://mflapaz.com/Revista_4_Pdf/12%20ATENCIÓN%20A%20LA%20FAMILIA.pdf
- Ulanowiks, M., Parra, K., Wendier, G., & Monzón, L. (Enero de 2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina(153)*. Obtenido de http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf
- Ulate, D. (2013). Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes del sexto grado en la escuela Jesús Jimenez. *Acta médica costarricense*, 55(1), 18-23. Recuperado el 04 de Enero de

2014,

de

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022013000100004&lng=es.

Urreta, M. (2008). Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho 2005. *Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería - UNMSM*. Perú.

Wikipedia. (12 de Octubre de 2007). Detalles bibliográficos de la familia. Recuperado el 12 de Octubre de 2013, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Familia>.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO N° 1:

**EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE SAN
LORENZO. 2008 – 2013.**

AÑO	TOTAL DE GESTANTES	GESTANTES ADOLESCENTES	
	N°	N°	%
2008	180	45	25,0
2009	208	42	20,2
2010	246	39	15,8
2011	285	58	20,3
2012	327	83	25,4
2013	369	103	27,9

Fuente: Registros de ESSSR-RSDM

ANEXO N° 2:

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE SAN LORENZO 2014.**

Edad de las Gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

EDAD	N°	%
De 10 a 13 años	0	0,0
De 14 a 16 años	36	48,0
De 17 a 19 años	39	52,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

El Cuadro 02 presenta las características de las gestantes adolescentes que fueron entrevistadas en el presente estudio y donde se encontró que del 100 % (75) de gestantes adolescentes el mayor porcentaje 52% (39) tienen edades comprendidas entre 17 y 19 años es decir se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, mientras que 48% (36) se encontraron en el grupo de edad de 14 a 16 años.

Grado de instrucción de las Gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Sin estudios	2	1,0
Primaria incompleta	16	21,0
Primaria completa	12	16,0
Secundaria incompleta	35	47,0
Secundaria completa	10	13,0
Superior	0	0,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Respecto al grado de instrucción 47% (35) no culminaron los estudios secundarios, seguido de 21% (16) que tienen primaria incompleta y el 1% (2) no tienen instrucción alguna. Hay 16% (12) con estudios de Primaria completa y 13% (10) con Secundaria completa.

Estado civil de las Gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltera	18	24,0
Conviviente	57	76,0
Casada	0	0,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Al evaluar el estado civil encontramos que el mayor porcentaje 76% (57) refieren ser convivientes, muchas de ellas viven actualmente con las familias de sus parejas y otras en viviendas independientes lejos de sus padres, 24% (18) están solteras y ninguna está casada.

En esta información podemos observar que de la muestra conformada por 75 gestantes adolescentes 52 % (39) de ellas se encontraban en la etapa de adolescencia tardía, 47 % (35) tienen estudios de secundaria incompleta y 76 % (57) son convivientes, dos de estos resultados: etapa de adolescencia tardía y estudios secundarios incompletos coinciden con el estudio realizado por Marissa Urreta (Lima, 2008), *“Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”*, el cual tuvo como objetivos determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias del HSJL. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 78 gestantes adolescentes. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, en el cual obtuvo que la adolescencia tardía tiene 64,1%, 53,8 % tienen estudios secundarios incompletos y 52,6% son solteras. A diferencia de nuestro estudio el estado civil predominante es el de conviviente ya que por la misma condición de gestación muchas familias deciden que la gestante inicie su vida de familia al lado de la pareja padre del niño, las adolescentes en mayor proporción se encuentran gestando en la etapa de adolescencia tardía y la mayoría no ha concluido sus estudios secundarios por la misma condición de tener que encargarse de su maternidad.

**CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE SAN LORENZO 2014.**

Tiempo de gestación de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

TIEMPO DE GESTACIÓN	Nº	%
Primer Trimestre	18	24,0
Segundo Trimestre	57	76,0
Tercer Trimestre	0	0,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Respecto a los datos relacionados con el embarazo la tabla 03 nos permite identificar que del 100 % (75) de entrevistadas 76% (57) se encontraban en el segundo trimestre de gestación y 24% (18) estaban en el primer trimestre de gestación.

**Antecedente de gestación en las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo
2014.**

ANTECEDENTES DE GESTACIÓN ADOLESCENTE	Nº	%
SI	75	100,0
NO	0	0,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Al indagar el antecedente de algún caso de gestación adolescente en la familia el 100 % (75) refiere un antecedente de gestación adolescente.

Antecedente de familiar con embarazo adolescente en las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

FAMILIAR CON EMBARAZO ADOLESCENTE	Nº	%
Madre	44	59,0
Hermana	26	35,0
Tía	4	5,0
Abuela	1	1,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Al evaluar la característica del antecedente de embarazo adolescente en su familia encontramos que el mayor porcentaje 59% (44) tuvo el antecedente de la madre embarazada en su adolescencia.

Pariente con el que vivía antes de su embarazo en las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

PARIENTE CON EL QUE VIVIA ANTES DE EMBARAZO	Nº	%
Madre y hermanos	21	28,0
Padre y hermanos	3	4,0
Padres y hermanos	48	64,0
Hermanos	2	3,0
Mamá o Papá	1	1,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

Al evaluar al pariente(s) con quien vivía antes de embarazarse el mayor porcentaje 64% (48) refieren haber vivido con padres y hermanos así como 28% (21) vivían solo con su madre y hermanos,

Motivo del inicio de relaciones sexuales en las gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

MOTIVO DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Nº	%
Decisión propia	40	53,0
Presión de pareja	35	47,0
TOTAL	75	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

En cuanto a motivo de inicio de relaciones sexuales del 100% (75), la mayoría de las gestantes adolescentes 53% (40) refieren haberlo hecho por decisión propia.

En los Datos relacionados al embarazo, se observa que del 100% de participantes, 76% (57) se encontraron en el segundo trimestre de gestación, 100% (75) presentan un antecedente familiar de gestación adolescente de las cuales 59% (44) refieren que este antecedente fue por parte de su madre. Similares resultados son los de Angoma Leydy y Poccorpachi Denis (Lima, 2011) en su estudio “*Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal*” que tuvo como objetivo determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el periodo de noviembre-diciembre del 2011 mediante la aplicación del Test APGAR familiar modificado. Este estudio es descriptivo en el que participaron 130 gestantes adolescentes, entre 12 y 17 años, que se atendieron en los servicios de hospitalización, psicoprofilaxis, estimulación prenatal y consultorios externos. La información fue recolectada a través de un formulario tipo encuesta, el análisis de datos se hizo mediante el uso del paquete estadístico de Excel y SPSS, quienes obtienen una alta frecuencia de gestación en el tercer trimestre 62 %, el tener un antecedente familiar con embarazo adolescente 74% y el serlo por la parte materna 38 % por lo que consideran una transmisión transgeneracional del embarazo, que viene principalmente a través de la familia de la madre.

Por otro lado Diego y Huarcaya (Lima, 2008) en su estudio “*Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal*”, encontró que 65% de las multigestas tuvieron antecedente de un familiar directo con embarazo adolescente.

Asimismo se encontró que 64% (48) de las gestantes adolescentes refieren haber vivido con sus padres y hermanos antes de embarazarse, en cuanto al motivo de inicio de relaciones sexuales 53% (40) fue por decisión propia, estos datos coinciden con el estudio de Marissa Urreta (Lima, 2008) quien encontró que 59% de las gestantes adolescentes viven con ambos padres y

hermanos antes de embarazarse y 70.5% inició las relaciones sexuales por decisión propia, en este estudio el porcentaje de adolescentes que viven con sus padres y hermanos es menor ya que al ser un estudio que se aplica en la ciudad dista de las costumbres de la población de la selva quienes tienen un vínculo de dependencia alto que acoge muchas veces a la nueva familia, por otro lado respecto a la decisión del inicio de las relaciones sexuales en la ciudad de Lima el porcentaje más alto corresponde a la característica “decisión propia” debido a la independencia que alcanzan las adolescentes en la ciudad, es decir que es más temprano respecto a la población de adolescentes de la selva. Observamos pues que existe alguna similitud en los resultados con nuestro estudio pero varían en la magnitud de los mismos debido a que la cultura de la población adolescente de la selva es diferente a la de la costa; en la selva inician su vida sexual a muy temprana edad, por lo cual se debe incorporar la temática de atención integral con énfasis en la salud reproductiva en espacios que involucren a la población de adolescentes con equipos de profesionales competentes a fin de fortalecer los conocimientos y responsabilidades de los adolescentes en la toma de sus decisiones a través de los diferentes programas de prevención y promoción de la salud integral.

ANEXO N° 3:

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL/ INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PREGUNTAS
Variable dependiente EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Es aquel embarazo producido entre la edad de 10 a 19 años, registrado en la estrategia SSR.	Embarazo temprano	Aquel embarazo producido entre los 10 y de 13 años de edad.	Nominal	¿A qué edad se embarazó Ud.?
		Embarazo intermedio	Aquel embarazo producido entre los 14 y 16 años de edad.	Nominal	¿A qué edad se embarazó Ud.?
		Embarazo tardío	Aquel embarazo producido entre los 17 y 19 años de edad.	Nominal	¿A qué edad se embarazó Ud.?

<p>Variable independiente: FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Se consideran 5 funciones básicas: Adaptación, Participación, Ganancia, Afecto y Recursos.</p>	<p>Adaptación</p>	<p>Es la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.</p> <p>La calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena función familiar : 18 – 20 - Disfunción 	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando estuviste frente a algún problema de salud, ¿has recibido apoyo de tu familia? - Cuando estuviste frente a algún problema escolar, ¿has recibido apoyo de tu familia? - Cuando estuviste frente a algún problema sentimental (enamorado), ¿has recibido apoyo de tu familia? - ¿Crees que fue la mejor opción de
---	---	-------------------	---	----------------	--

			<p>familiar leve : 14 – 17</p> <p>- Disfunción familiar moderada: 10 – 13</p> <p>- Disfunción familiar severa: 9 ó menos</p>		<p>buscar ayuda ante un problema en tu familia?</p> <p>- ¿Llegaste a resolver los problemas que tenías, con el apoyo de tu familia?</p>
		Participación	<p>Es la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y</p>	Nominal	<p>- Ante cualquier decisión que hayas tomado, ¿Crees que la opinión de tu familia fue importante?</p> <p>- ¿Alguna vez tus padres te han impuesto a tomar una decisión sin</p>

			<p>soluciones para sus problemas.</p> <p>La calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena función familiar : 18 – 20 - Disfunción familiar leve : 14 – 17 - Disfunción familiar moderada: 10 – 13 - Disfunción familiar severa: 9 ó menos 		<p>consultarte?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Ante un problema ocurrido, crees que todos los integrantes de tu familia participaron en su solución? - Las decisiones que se tomaban en tu familia, ¿tenían en cuenta tu opinión? - ¿Con qué frecuencia era la comunicación entre tu y tus padres?
		Ganancia	Es la forma en que los miembros de la	Nominal	- En mi familia ¿se respetan las

			<p>familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</p> <p>La calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena función familiar : 18 – 20 - Disfunción familiar leve : 14 – 17 		<p>diferencias de opinión?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia tus padres han manifestado sus expectativas respecto a tu superación? - ¿Tus padres han aceptado tus deseos de emprender nuevas actividades? - ¿Tus padres te han apoyado emocionalmente en la realización de tus metas? - ¿Tus padres te han apoyado
--	--	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Disfunción familiar moderada: 10 – 13 - Disfunción familiar severa: 9 ó menos 		<p>económicamente en la realización de tus metas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia tus padres te han guiado para enfrentar de una forma correcta las diferentes etapas de tu vida?
		Afecto	Es la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Te satisface la forma en que tus padres respondían ante tus emociones como rabia, tristeza, amor? - ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa

			<p>La calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena función familiar : 18 – 20 - Disfunción familiar leve : 14 – 17 - Disfunción familiar moderada: 10 – 13 - Disfunción familiar severa: 9 ó menos 		<p>entre tus padres te satisfizo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tu madre y tú te satisfizo? - ¿Con qué frecuencia la relación afectuosa entre tu padre y tú te satisfizo? - ¿Con qué frecuencia tus padres te mostraron afecto?
		Recursos	<p>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia los miembros de tu familia dedican su tiempo para

			<p>la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.</p> <p>La calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena función familiar : 18 – 20 - Disfunción familiar leve : 14 – 17 		<p>conversar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con qué frecuencia tu familia dedica un tiempo para la recreación? - ¿Te satisface cómo compartían el dinero entre los miembros de tu familia? - ¿Te complace los espacios de la casa que se compartían en familia? - ¿Te satisface el tiempo que compartían en familia?
--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- Disfunción familiar moderada: 10 – 13- Disfunción familiar severa: 9 ó menos		
--	--	--	---	--	--

ANEXO N° 4:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CIUDAD DE SAN LORENZO 2014

Objetivos:

A través de este estudio las investigadoras buscan relacionar la Funcionalidad Familiar con la presencia de embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo.

Procedimiento del estudio:

Su hija ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada “Relación entre la Funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo – 2014”.

Esta investigación es realizada por las Licenciadas en Enfermería: Chumbes Nicho Marlene y Muñoz Carrillo Cinthia; las cuales desean obtener el Grado académico de Magister en Enfermería con mención en Salud Familiar y Comunitaria, con la presentación de este trabajo de investigación.

La selección de su hija está dada por cumplir con ciertas características requeridas en nuestro estudio. Si está de acuerdo en participar, se le harán unas preguntas, las respuestas serán confidenciales y anónimas y serán tomadas por personal de salud capacitado; para esta actividad específica se le informará a su hija en forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación para pedirle su asentimiento antes de empezar.

Riesgos y Beneficios:

No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en el grupo poblacional de gestantes adolescentes.

Confidencialidad:

La identidad de la participante será protegida, ya que la información recolectada será anónima. Toda la información será manejada confidencialmente. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para efectos de la presente investigación.

Compensación:

No se realizará ningún pago por participar en este estudio.

Derechos:

Si ha leído este documento y ha aceptado que su hija participe, entiende que la participación es completamente voluntaria y que ella tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en el momento que quiera, sin ninguna penalidad o sanción.

Su firma en el presente documento significa que usted ha decidido que su hija participe, después de haber recibido la información, leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Padre/Madre/Tutor:

.....

Firma.....

Fecha.....

ANEXO N° 5:

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE RELACIÓN
ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES, CIUDAD DE SAN LORENZO 2014**

Permiso de la Adolescente:

Entiendo que con la presente investigación se quiere encontrar la “Relación entre la Funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de San Lorenzo”. He leído o me han leído los objetivos de este estudio y los beneficios y riesgos para mi salud si participo en este estudio. Me han hecho saber que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Se me informó además que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación, y será estrictamente confidencial. Acepto participar en la investigación.

Nombre de la participante:.....

Edad:..... Firma:..... Fecha:.....

Si la participante no puede leer el formulario, el personal del estudio deberá completar lo siguiente:

He explicado verbalmente los detalles del estudio al participante

Firmado:_____ Testigo:_____

Nombre completo : _____

Fecha: _____

ANEXO N° 6:

**CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR MODIFICADO
RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CIUDAD DE SAN LORENZO
2014.**

Fecha:.....

Dirección:..... Zona:

Referencia:

Código de Identificación:.....

Estimada joven:

La maternidad es una experiencia hermosa para la mayoría de las mujeres. Sin embargo cuando ésta se da en la adolescencia puede no ser tan fácil afrontarla. En nuestro país cada año se incrementa el número de embarazos en las adolescentes, lo que hace necesario seguir efectuando estudios al respecto. En esta oportunidad existe interés en saber cuál es la relación entre la Funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes, razón por la que se solicita tu colaboración para responder este cuestionario. Te hacemos saber que es anónimo y confidencial. Se espera que tus respuestas sean veraces y de antemano agradecemos tu colaboración.

INSTRUCCIONES

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

- Leer detenidamente y responder todas las preguntas
- Marcar una sola respuesta por pregunta

DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE

1. Edad que tenías cuando te embarazaste:

- a) De 10 a 13 años ()
- b) De 14 a 16 años ()

- c) De 17 a 19 años ()
2. ¿Hasta qué grado has estudiado?
- a) Sin estudios
 - b) Primaria incompleta
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria incompleta
 - e) Secundaria completa
 - f) Superior
3. ¿Cuál es tu estado civil?
- a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada

DATOS RELACIONADOS AL EMBARAZO

4. ¿Cuánto tiempo de gestación tienes actualmente?
- a) 1er trimestre (1 sem – 12 sem)
 - b) 2do trimestre (13 sem – 28 sem)
 - c) 3er trimestre (29 sem – a más)
5. En tu familia ¿Alguien tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?
- Si () No ()
- En caso afirmativo, ¿Quién tuvo su primer hijo(a) antes de los 20 años?
- a) Madre
 - b) Hermana
 - c) Tía
 - d) Abuela
 - e) 2 ó más de las anteriores
6. ¿Con quien vivías antes de embarazarte?
- a) Solo con mi madre y hermanos
 - b) Solo con mi padre y hermanos
 - c) Con ambos padres y hermanos

- d) Solo con mis hermanos
 - e) Solo con mamá o solo con papá
7. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?
- a) Decisión propia
 - b) Presión de pareja
 - c) Presión de amigos

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

FUNCIÓN BÁSICA/ PREGUNTAS	ALTERNATIVAS				
ADAPTACIÓN:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando estuviste frente a algún problema de salud, ¿has recibido apoyo de tu familia?					
2. Cuando estuviste frente a algún problema escolar, ¿has recibido apoyo de tu familia?					
3. Cuando estuviste frente a algún problema sentimental (enamorado), ¿has recibido apoyo de tu familia?					
4. ¿Crees que fue una mejor opción el buscar ayuda ante un problema en tu familia?					
5. ¿Llegaste a resolver los problemas que tenías, con el apoyo de tu familia?					
PARTICIPACIÓN:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Ante cualquier decisión que hayas tomado ¿Crees que la opinión de tu familia fue importante?					

2. ¿Alguna vez tus padres te han impuesto a tomar una decisión sin consultarte?					
3. ¿Ante un problema ocurrido, crees que todos los integrantes de tu familia participaron en su solución?					
4. Las decisiones que se tomaban en tu familia, ¿tenían en cuenta tu opinión?					
5. ¿Con qué frecuencia era la comunicación entre tu y tus padres?					
GANANCIA:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia tus padres han manifestado sus expectativas respecto a tu superación?					
2. ¿Con qué frecuencia tus padres han manifestado sus expectativas respecto a tu superación?					
3. ¿Tus padres te han apoyado emocionalmente en la realización de tus metas?					
4. ¿Tus padres te han apoyado económicamente en la realización de tus metas?					
5. ¿Con qué frecuencia tus padres te han guiado para enfrentar de una forma correcta las diferentes etapas de tu vida?					
AFECTO:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Te satisface la forma en que tus padres respondían ante tus emociones de rabia, tristeza, amor?					

2. ¿Con qué frecuencia te sentías bien de la relación afectuosa entre tus padres?					
3. ¿Con qué frecuencia te sentías bien de la relación afectuosa con tu mamá?					
4. ¿Con qué frecuencia te sentías bien de la relación afectuosa con tu papá?					
5. ¿Con qué frecuencia tus padres te mostraron afecto?					
RECURSOS:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia tu familia dedica un tiempo para conversar?					
2. ¿Con qué frecuencia tu familia dedica un tiempo para la recreación?					
3. ¿Estás satisfecha de cómo compartían el dinero los miembros de tu familia?					
4. ¿Estás a gusto en los espacios de la casa que se compartían en familia?					
5. ¿Te agrada el tiempo que compartían en familia?					

Gracias por su colaboración.

Valoración:

- Nunca = 0
- Casi nunca = 1
- Algunas veces = 2
- Casi siempre = 3
- Siempre = 4

ANEXO N° 7:

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EVALUAR LA RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE SAN LORENZO – 2014.

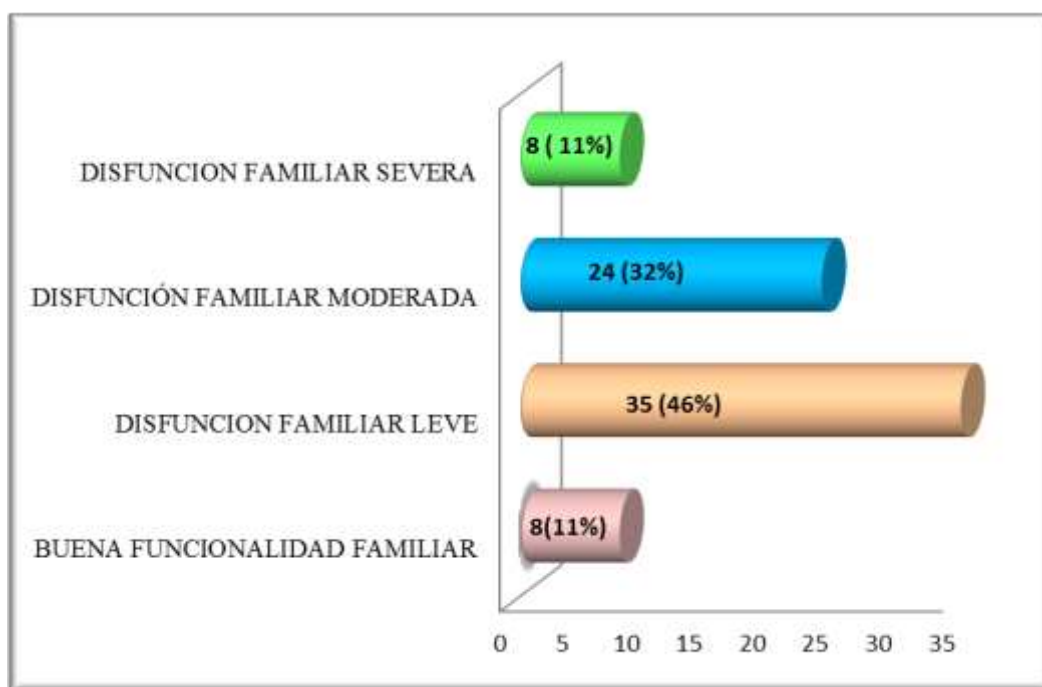
Estimaciones de parámetro								
EMBARAZO ^a	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
0 Interceptación	1,523	8979,567	,000	1	1,000			
[Función Adaptación=.00]	-18,987	5105,155	,000	1	,997	5,675E-9	,000	. ^b
[Función Adaptación =1.00]	,052	1,351	,002	1	,969	1,054	,075	14,883
[Función Adaptación =2.00]	-1,904	1,204	2,501	1	,114	,149	,014	1,577
[Función Adaptación =3.00]	0 ^c	.	.	0	.	.	.	.
[Función Participación =.00]	1,149	2,057	,312	1	,576	3,154	,056	177,581
[Función Participación =1.00]	-,035	1,579	,000	1	,983	,966	,044	21,315
[Función Participación =2.00]	1,031	1,551	,442	1	,506	2,804	,134	58,586
[Función Participación =3.00]	0 ^c	.	.	0	.	.	.	.

[Función Ganancia=.00]	35,522	10329,338	,000	1	,997	2673919230714503,000	,000	.	^b
[Función Ganancia =1.00]	16,277	8979,567	,000	1	,999	11722008,459	,000	.	^b
[Función Ganancia =2.00]	17,090	8979,567	,000	1	,998	26442507,421	,000	.	^b
[Función Ganancia =3.00]	17,033	8979,567	,000	1	,998	24972081,988	,000	.	^b
[Función Ganancia =4.00]	0 ^c	.	.	0	.	.	.	.	.
[Función Afecto=.00]	-19,312	1,548	155,557	1	,000	4,101E-9	1,972E-10	8,529E-8	
[Función Afecto =1.00]	-18,856	,737	655,085	1	,000	6,473E-9	1,528E-9	2,743E-8	
[Función Afecto =2.00]	-18,536	,000	.	1	.	8,915E-9	8,915E-9	8,915E-9	
[Función Afecto =3.00]	0 ^c	.	.	0	.	.	.	.	.
[Función Recursos=.00]	-,367	2,325	,025	1	,874	,693	,007	65,944	
[Función Recursos =1.00]	,858	1,180	,529	1	,467	2,359	,233	23,839	
[Función Recursos =2.00]	,545	1,053	,267	1	,605	1,724	,219	13,580	
[Función Recursos =3.00]	0 ^c	.	.	0	.	.	.	.	.
a. La categoría de referencia es: 1.									
b. Se ha producido un desbordamiento de punto flotante al calcular este estadístico. Por lo tanto, su valor se define como perdido del sistema.									
c. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.									

ANEXO N° 8:

GRÁFICO N° 1

Funcionalidad Familiar en gestantes adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014

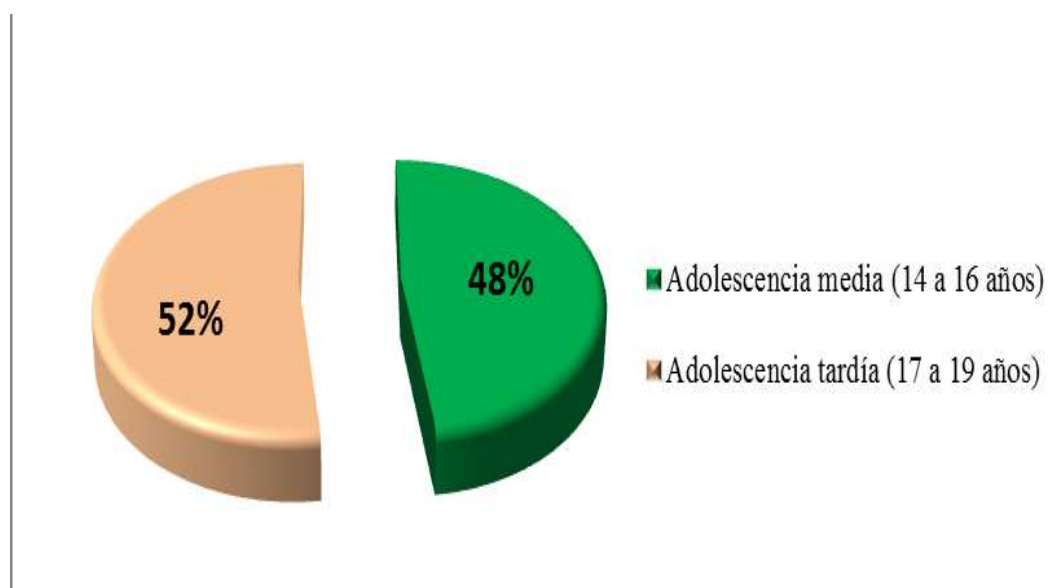


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 9:

GRÁFICO N° 2

Distribución según etapas de la adolescencia de las gestantes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

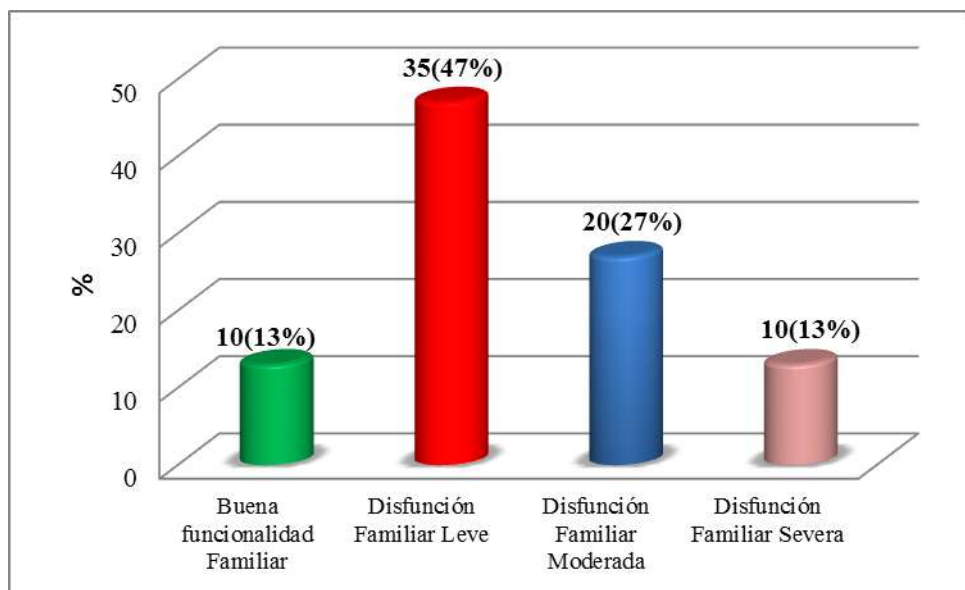


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 10:

GRÁFICO N° 3

Funcionalidad familiar en la Función básica de Adaptación de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

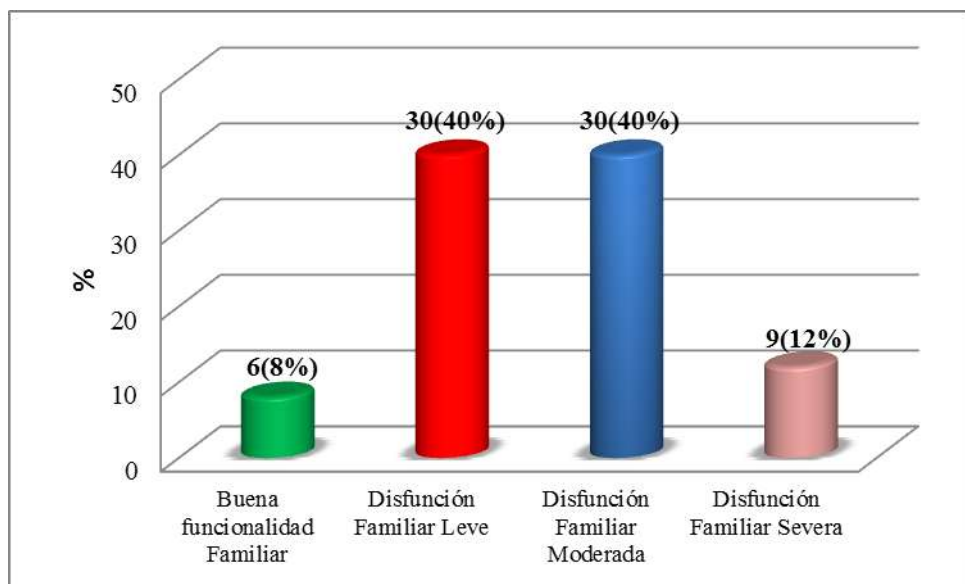


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 11:

GRÁFICO N° 4

Funcionalidad familiar en la Función básica de Participación de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

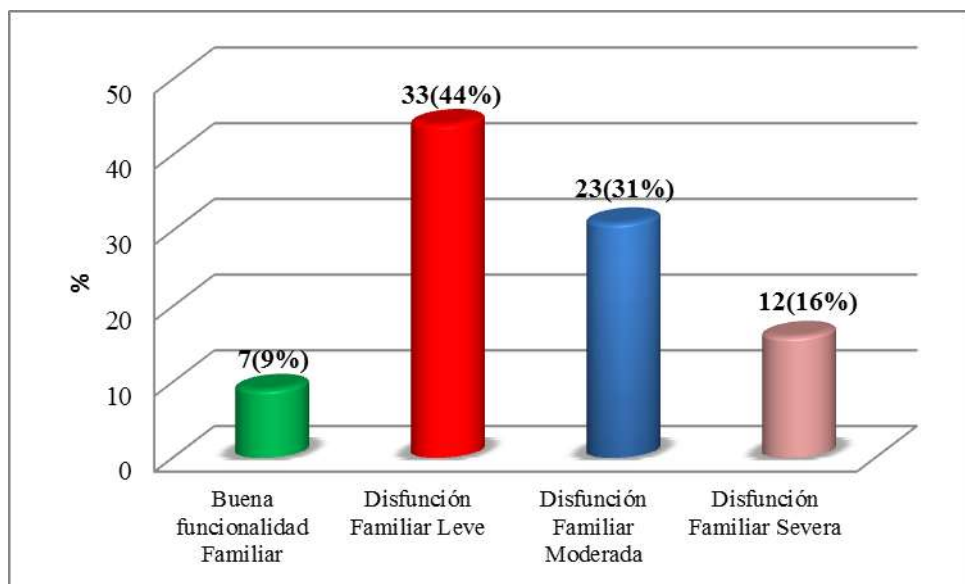


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 12:

GRÁFICO N° 5

Funcionalidad familiar en la Función básica de Ganancia de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

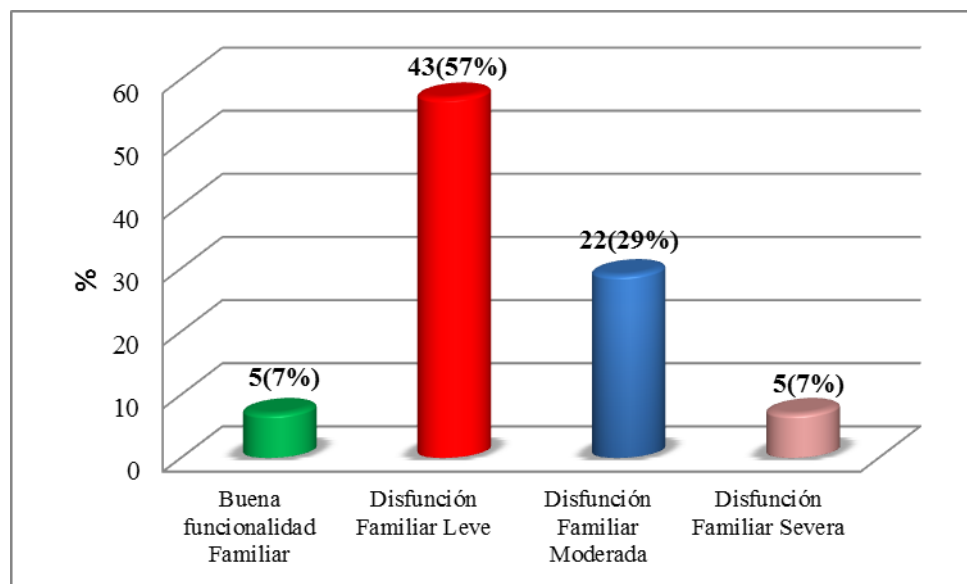


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 13:

GRÁFICO N° 6

Funcionalidad familiar en la Función básica de Afecto de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

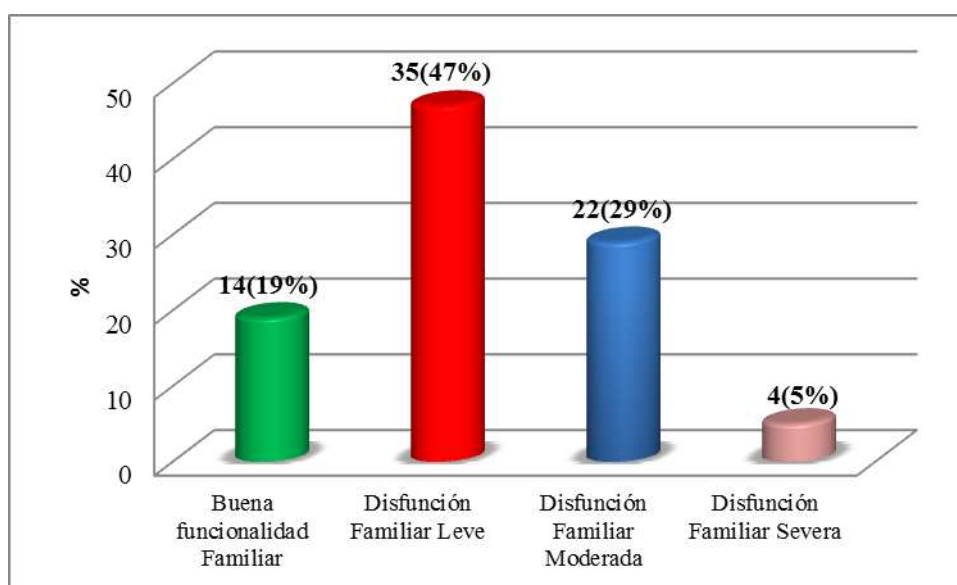


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 14:

GRÁFICO N° 7

Funcionalidad familiar en la Función básica de Recursos de las adolescentes de la ciudad de San Lorenzo 2014.

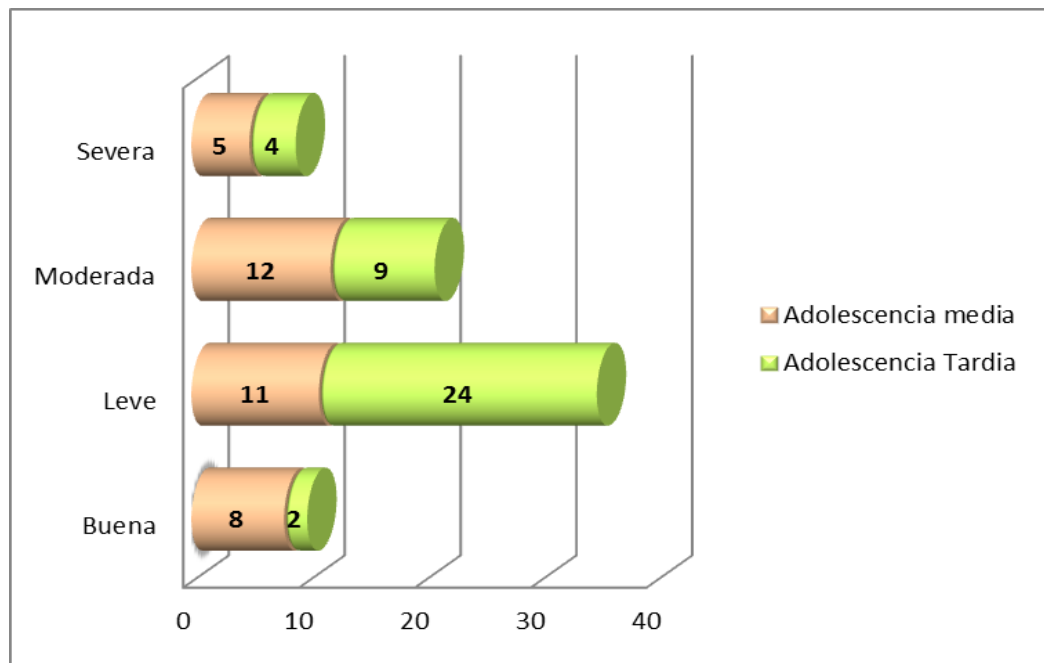


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014

ANEXO N° 15:

GRÁFICO N° 8

Relación entre la funcionalidad familiar en la Función básica de Adaptación y Embarazo de las adolescentes según etapas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

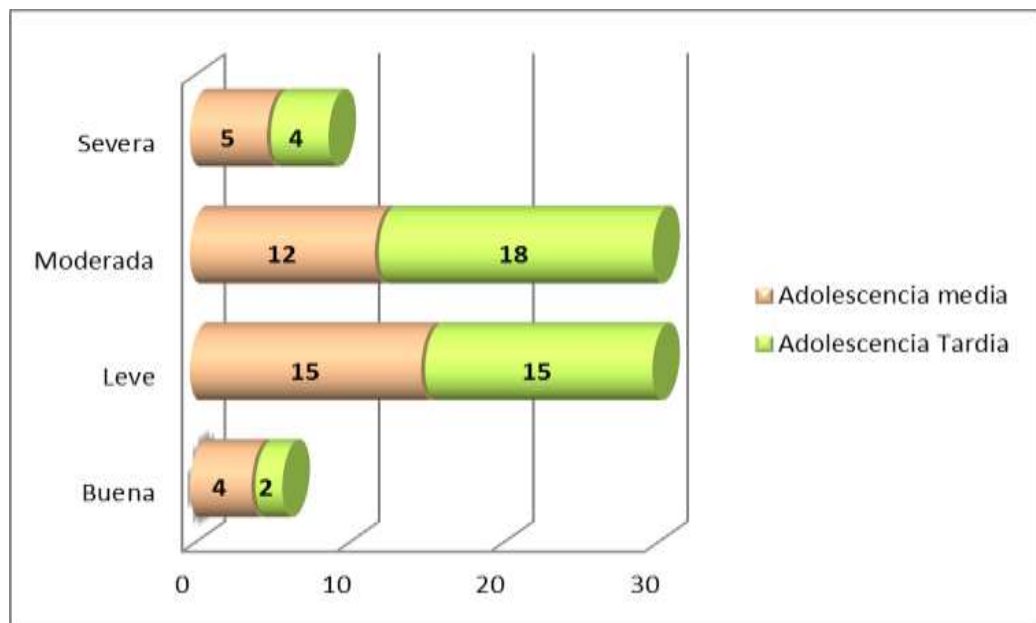


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 16:

GRÁFICO N° 9

Relación entre la funcionalidad familiar en la Función básica de Participación y Embarazo de las adolescentes según etapas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

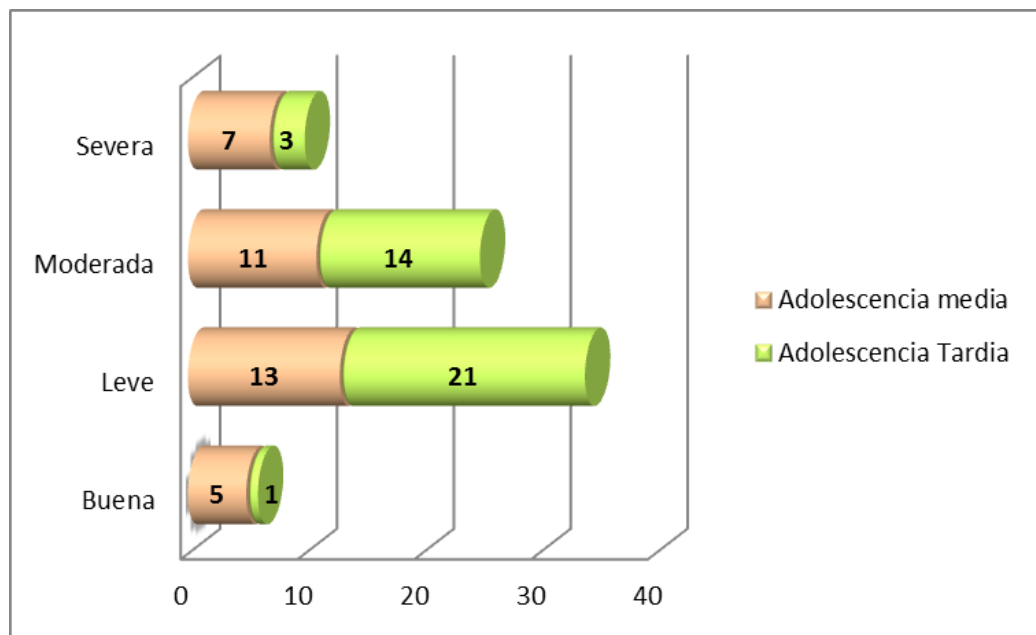


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 17:

GRÁFICO N° 10

Relación entre la funcionalidad familiar en la Función básica de Ganancia y Embarazo de las adolescentes según etapas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

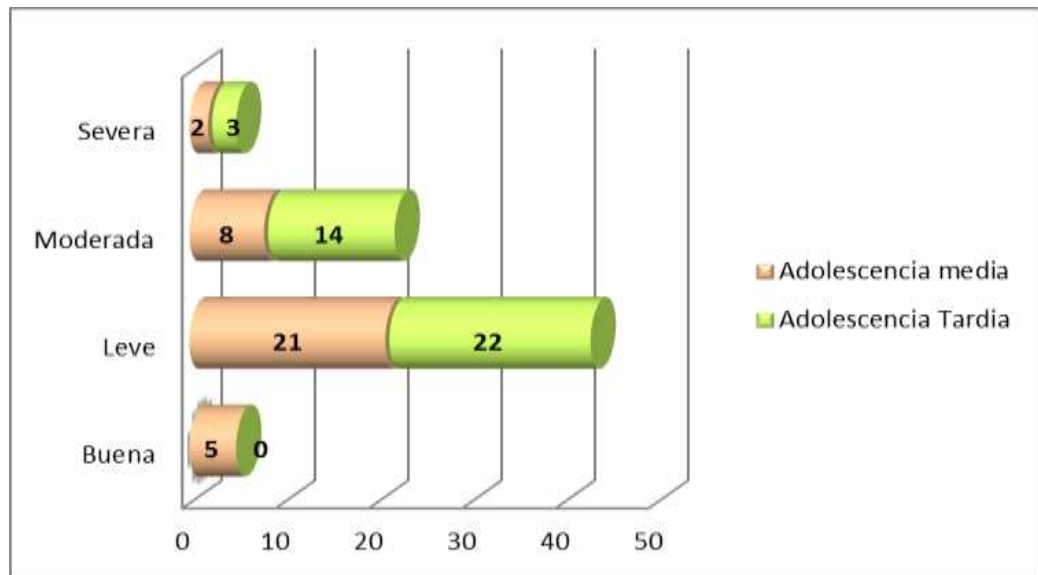


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 18:

GRÁFICO N° 11

Relación entre la funcionalidad familiar en la Función básica de Afecto y Embarazo de las adolescentes según etapas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

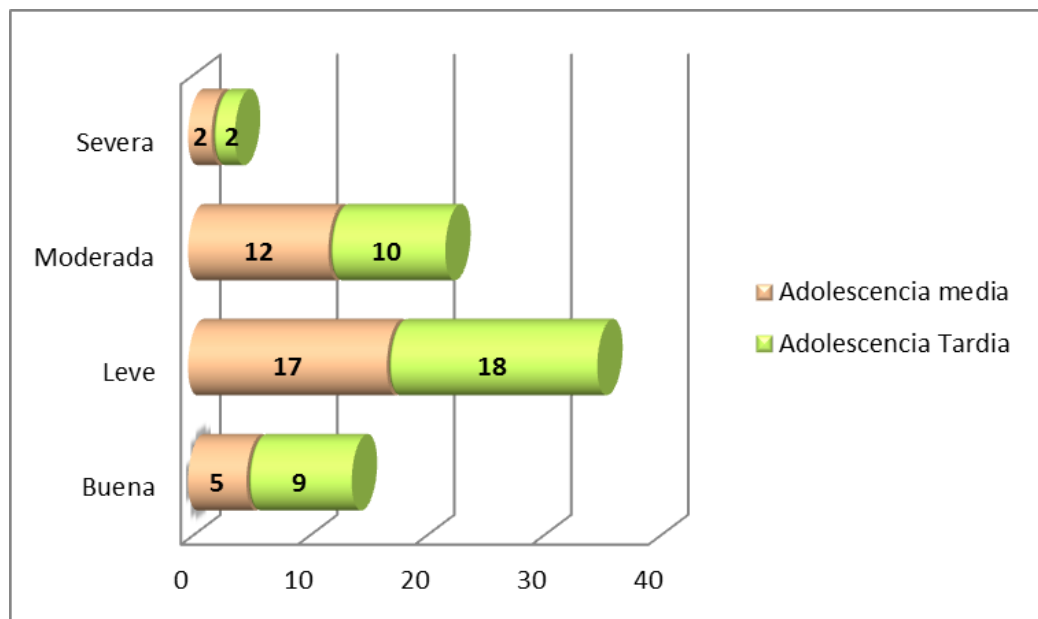


FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 19:

GRÁFICO N° 12

Relación entre la funcionalidad familiar en la Función básica de Recursos y Embarazo de las adolescentes según etapas en la ciudad de San Lorenzo 2014.



FUENTE: Instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas en la ciudad de San Lorenzo 2014.

ANEXO N° 20:

**PLAN DE CAPACITACIÓN
DIRIGIDO A ENCUESTADORES DEL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN “RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD
DE SAN LORENZO 2014”**

I. JUSTIFICACIÓN:

El Plan tiene la intención de guiar el entrenamiento de los encuestadores seleccionados para la recolección de datos por los investigadores, donde se detallará el procedimiento de la encuesta a realizar y las normas a cumplir en el campo, donde se abordaran temas como: el contenido de la encuesta, criterios de inclusión, criterios de exclusión, consentimiento informado, asentimiento informado, preguntas y respuestas, revisión del cuestionario de encuesta, distribuir copias del cuestionario de encuesta, demostrar cómo desarrollar el procedimiento en la entrevista por cada pregunta.

Asimismo en el proceso de capacitación se busca detectar dificultades en los encuestadores como: manejar el lenguaje corporal, evitando hacer gestos, en estar de acuerdo o en desacuerdo con el encuestado, llenar las respuestas antes que el encuestado termine de hablar, entrar en debate con el encuestado, decirle al encuestado la respuesta correcta, direccionar la respuesta.

La capacitación pretende uniformizar criterios sensibilizando y capacitando al encuestador con la responsabilidad que tiene en el manejo riguroso de la objetividad de la información a coleccionar, teniendo en cuenta la importancia para el estudio según las metas a trabajar.

Todos estos detalles servirán para preservar la autenticidad del resultado de la investigación cuantitativa y por lo tanto elevará la calidad del producto final.

II. NECESIDAD IDENTIFICADA

1. El desarrollo de la presente investigación necesitará en el proceso de recolección de datos contar con un grupo de encuestadores capacitados que garanticen la obtención de la muestra e información requerida.

III. OBJETIVO: Al término del curso los participantes estarán en condiciones de:

1. Aplicar correctamente la técnica de la entrevista.
2. Aplicar correctamente la técnica de encuesta.
3. Aplicar correctamente el instrumento específico: APGAR familiar modificado.

COMPETENCIAS:

1. Reconoce la estructura y contenido del cuestionario a utilizar.
2. Aplicar correctamente los criterios de inclusión y exclusión durante el desarrollo de la aplicación de la encuesta.

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PÚBLICO OBJETIVO.

El evento está dirigido a personal profesional y técnico de la salud del Centro de Salud de San Lorenzo seleccionado por las investigadoras.

Voluntad de participación.

Buenas relaciones e interacción intra y extra institucional.

Compromiso que afirma en su deseo de participación en el estudio.

V. RESULTADO ESPERADO:

Personal seleccionado se compromete a participar en el estudio y no abandonarlo mientras dure su ejecución.

La expectativa para el personal capacitado es de un 100%

VI. MODALIDAD EDUCATIVA:

- Conferencia
- Exposición-dialogo
- Demostración y Redemostración
- Sociodrama
- Curso taller

VII. RECURSOS DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA (Humanos, Materiales y Financieros)

a. Humanos:

- 05 participantes técnicos de enfermería seleccionados (recolección de datos).
- 01 expositora (Investigadora).

b. Materiales:

- Impresos :
 1. Fotocopia ponencias y de los instrumentos a utilizar en la el estudio de investigación, croquis de la ciudad.
 2. Carpeta: folder manila tamaño A4
 3. Lapiceros
 4. Lápiz
 5. Borrador
 6. Refrigerios
 7. Papel A4
- Equipo: Computadora portátil y Proyector multimedia.

c. Financieros

- Recursos propios (Pasajes para el desplazamiento a San Lorenzo, estadía y todas las compras que se requerirán para el evento)

VIII. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE	FINANCIAMIENTO	DIRIGIDO A:
Selección del grupo de encuestadores	21 Abril 2014	Lic.Cinthia Muñoz Carrillo	RECURSOS PROPIOS	Personal de Salud C.S. San Lorenzo.
Acondicionamiento del ambiente para el desarrollo de la capacitación	22 Abril 2014	Lic.Cinthia Muñoz Carrillo	RECURSOS PROPIOS	Personal de Salud C.S. San Lorenzo.
Capacitación del personal seleccionado.	22-24 Abril 2014	Lic.Cinthia Muñoz Carrillo	RECURSOS PROPIOS	Personal de Salud C.S. San Lorenzo.